



JURIDISKA FAKULTETEN

VID LUNDS UNIVERSITET

Rebecka Månsson

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

*Särskilt om skyldigheter gentemot foster/barn som vid
sen abort visar livsduglighet*

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet

30 högskolepoäng

Handledare: Yana Litins'ka

Termin: VT 2023

Innehåll

Summary	4
Sammanfattning	6
Förord.....	8
Förkortningar	9
1 Inledning.....	11
1.1 Bakgrund	11
1.2 Syfte och frågeställningar.....	12
1.3 Avgränsningar	12
1.4 Metod och material.....	13
1.5 Forskningsläge	14
1.6 Disposition	15
2 Gravitetens avbrytande.....	16
2.1 Introduktion.....	16
2.2 Abort före graviditetsvecka 18.....	16
2.3 Sen abort.....	18
2.4 Livsduglighet.....	20
2.4.1 Introduktion.....	20
2.4.2 Enligt abortlagen.....	20
2.4.3 Enligt konsensusdokumentet	22
2.5 Avbrytande av havandeskap.....	23
2.6 Gemensamma krav för utförandet.....	24
2.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter enligt abortlagen och SOSFS 2009:15	25
3 Livets början.....	27
3.1 Introduktion.....	27
3.2 Tidpunkten för livets början enligt abortlagen.....	28
3.3 Definitionen av ett barn i Barnkonventionen	30
3.4 Ett barns födelse ska registreras	33
3.5 F/B som människa ur en straffrättslig synpunkt.....	34
3.6 F/B:s rätt till liv	35
3.7 Livets början enligt svensk rätt	38
4 Hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna skyldigheter gentemot patienter.....	41
4.1 Introduktion.....	41
4.2 Människovärdesprincipen	42
4.3 God vård.....	43

4.4	Vård utifrån barnets bästa	45
4.5	Livsuppehållande behandling.....	46
4.6	Allmänna skyldigheter	47
5	Omvårdnad av F/B	48
5.1	Introduktion.....	48
5.2	IVO:s tillsyn	49
5.2.1	Introduktion.....	49
5.2.2	Omhändertagande av F/B efter sen abort.....	49
5.2.3	Felaktig uppgiven graviditetslängd.....	50
5.3	Nationella styrdokument	51
5.3.1	Introduktion.....	51
5.3.2	Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter enligt konsensusdokumentet	51
5.3.3	Åtagande gentemot F/B enligt omvårdnadsriktlinjerna..	52
5.3.4	Hälso- och sjukvårdspersonalens åliggande vid en prematur förlossning.....	53
5.4	Regionala riktlinjer avseende sen abort	54
5.4.1	Introduktion.....	54
5.4.2	Avsaknaden av regionala riktlinjer avseende omhändertagande av F/B som visar livsduglighet efter sen abort	54
5.5	Omhändertagandet av F/B enligt IVO:s tillsyn, nationella styrdokument samt regionala riktlinjer.....	57
6	Avslutning	58
6.1	Analys.....	58
6.2	Slutsats	63
	Bilaga A	65
	Källförteckning	71

Summary

During the last couple of years, there have been a few cases where foetuses/children show signs of life or viability after late abortion. This has led to a discussion ethical and legally, regarding the actions of the healthcare professionals towards the fetus/child. Some argue that healthcare professionals should provide the foetuses/children with the necessary care for the foetuses/children to survive. This argument is justified by the fact that it is partly the healthcare professionals' main purpose, and partly that foetuses/children, like all other individuals, has the right to health care. Some assert that the foetuses/children should not be offered health care with the aim of saving its life because it contends with the woman's wish to abort the fetus/child.

The purpose of this petition ought to investigate the obligations of healthcare professionals in the case of late abortions. Above all, in relation to foetuses/children who are born with viability. In order to fulfil the purpose, the time for when life begins according to Swedish laws is also investigated. This ought to determine at what time the healthcare professionals' obligation come into effect. In order to achieve its purpose and answer the framing questions, the legal dogmatic and the empirical method have been used.

The Swedish Abortion Act contains regulations regarding abortion, late abortion and termination of pregnancy. From the three measures follow equivalent obligations that are imposed on healthcare professionals towards the pregnant woman. The Swedish Abortion Act and SOSFS 2009:15 regulates obligations that healthcare professionals must take into account both before and during the procedure, such as a late abortion. In order to clarify the obligations of healthcare professionals towards a fetus/child, the time for when life begins needs to be determined.

There are several opinions regarding when human life begins. The perceptions can, for example, be based on ethical, philosophical, biological and religious aspects. From Swedish laws, it can be seen that there is no clear uniform understanding of when life begins, legally speaking. From the Swedish Abortion Act, it can be inferred that the protection value of the fetus/child increases gradually. But the fact that the protection value increases does not necessarily mean that the beginning of life occurs at the same rate. The provisions of the Convention on the Rights of the Child aim at the rights of the child from birth. Despite this, one of the recitals in its preamble states that a child has the right to legal protection both before and after birth. The European Court of Justice and the previously existing European Commission have expressed in their practice that it is imposed on the convention states to determine the time for when life begins.

The conclusion that can be drawn from this thesis is that it is unclear when life begins according to Swedish laws. However, it can be stated that the beginning of life occurs at birth at the latest. The lack of a clearly established time for when life begins according to Swedish laws leads to unpredictability for the Swedish healthcare professionals. A determination of the beginning of life is important in order to clarify which obligations are current for healthcare professionals at a certain time.

The obligations that healthcare professionals have to take into account in the event of a late abortion follows from Swedish legislation, national policy documents, IVO:s decisions, general recommendations and advice, regional guidelines and, in some cases, local guidelines. Through an empirical investigation, the regions' own guidelines regarding late abortions have been developed. In the majority of legal sources and binding and guiding documents, only the healthcare professionals' obligations towards a woman who has chosen to undergo an abortion are dealt with, as well as setting requirements for how the health care business must maintain good routines. The regional guidelines, like the Swedish Abortion Act and SOSFS 2009:15, deal with obligations towards the pregnant woman as well as requirements that must be met in order to establish routines for the regional healthcare activities. However, these guidelines are designed in a way that is all the more adapted to the regional healthcare operations. The clearest provision dealing with the obligations of healthcare professionals towards a fetus/child in the event of a late abortion is found in the guidelines regarding nursing care, which is a national guidance document. It stipulates that the fetus/child in the event of a late abortion must be cared for palliatively.

From what has been produced through the investigation, it can be stated that there are no clear guidelines for what obligations healthcare professionals have towards a fetus/child who, for example, performs reflexive movements after a late abortion.

Sammanfattning

Under de senaste åren har det uppkommit ett fåtal fall där foster/barn uppvisar livstecken eller livsduglighet vid sen abort. Det har medfört en diskussion, såväl etisk som rättslig, avseende hälso- och sjukvårdspersonalens agerande i den uppstådda situationen. En del anser att hälso- och sjukvårdspersonal bör ge foster/barn den vård som krävs med syfte att foster/barn ska överleva. Detta motiveras med att det dels är hälso- och sjukvårdspersonalens främsta syfte i arbetet, dels att foster/barn likt alla andra individer har rätt till vård. Andra menar istället att foster/barn inte ska erbjudas vård i syfte att räddas då det strider mot kvinnans önskan om att abortera fostret/barnet.

Syftet med denna framställning är att utreda vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonal har vid sena aborter. Framförallt gentemot foster/barn som framföds med livsduglighet. För uppfyllandet av syftet utreds även vilken tidpunkt livet börjar enligt svensk rätt. Detta för att fastställa vid vilken tidpunkt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter inträder. För att uppnå syftet samt besvarandet av frågeställningarna har den rättsdogmatiska samt den empiriska metoden använts.

Abortlagen behandlar abort, sen abort och avbrytande av havandeskap. Av de tre åtgärderna följer likvärdiga skyldigheter som åläggs hälso- och sjukvårdspersonal gentemot den gravida kvinnan. Abortlagen och SOSFS 2009:15 uppställer skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal måste beakta såväl före som under åtgärden, såsom vid en sen abort. För att klarlägga vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen åläggs gentemot ett foster/barn, behöver tidpunkten för livets början fastställas.

Det finns åtskilliga uppfattningar om när det mänskliga livet börjar. Uppfattningarna kan exempelvis grunda sig i etiska, filosofiska, biologiska och religiösa aspekter. Av svensk rätt kan tydas att det inte finns en tydlig enhetlig uppfattning om när livet börjar, rent juridiskt sett. Av abortlagen kan det utläsas att fostrets/barnets skyddsvärde ökar successivt. Men att skyddsvärdet ökar behöver inte nödvändigtvis betyda att livets början inträder i samma takt. Barnkonventionens bestämmelser tar sikte på barnets rättigheter från födelsen. Trots detta uttrycker ett av skälen i dess inledning att ett barn har rätt till rättsligt skydd såväl före som efter födelsen. Europadomstolen och den tidigare existerande Europakommissionen har i sin praxis uttryckt att fastställandet av livets början åläggs konventionsstaterna.

Slutsatsen som kan dras av denna framställning är att det är oklart när livet börjar enligt svensk rätt. Det kan dock konstateras att livets början infinner sig senast vid födelsen. Avsaknaden av en tydlig fastställd tidpunkt för när livet inträder enligt svensk rätt leder till oförutsägbarhet för den svenska hälso- och sjukvårdspersonalen. Ett fastställande av livets början är av

betydelse för att klarlägga vilka skyldigheter som är aktuella för hälso- och sjukvårdspersonalen vid en viss tidpunkt.

Vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal har att beakta vid sen abort följer av svensk lagstiftning, nationella styrdokument, IVO:s beslut, allmänna rekommendationer och råd, regionala riktlinjer och i vissa fall lokala riktlinjer. Genom en empirisk undersökning har regionernas egna riktlinjer avseende sena aborter tagits fram. I flertalet rättskällor och bindande samt vägledande dokument behandlas endast hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot en kvinna som valt att genomgå en abort samt uppställande krav för hur hälso- och sjukvårdsverksamheten ska upprätthålla goda rutiner. De regionala riktlinjerna behandlar, likt abortlagen och SOSFS 2009:15, skyldigheter gentemot den gravida kvinnan samt krav som ska uppfyllas för att fastställa rutiner på den regionala hälso- och sjukvårdsverksamheten. Dessa riktlinjer är dock utformade på ett sätt som är desto mer anpassat för de regionala hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Den tydligaste bestämmelsen som behandlar hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot ett foster/barn vid en sen abort återfinns i omvårdningsriktlinjerna, vilket är ett nationellt styrdokument med vägledande karaktär. Där stadgas att fostret/barnet vid framfödandet av en sen abort ska omhändertas palliativt.

Av vad som framställts genom utredningen kan det konstateras att det saknas tydliga riktlinjer för vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonal har gentemot ett foster/barn som exempelvis utför reflexmässiga rörelser efter en sen abort.

Förord

Med blandade känslor avslutar jag härmed min tid som juriststudent vid Lunds universitet med följande ord:

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare, Yana Litins'ka¹, för dina värdefulla kommentarer och vägledning. Vidare vill jag tacka Josefine, för att du aldrig tröttnar på att läsa mina utkast. Jag vill även tacka Emma som funnits vid min sida och förgyllt mina dagar under examensarbetets framväxt.

Slutligen vill jag tacka min familj som under hela min juristutbildning funnits där och stöttat mig trots dess med- och motgångar som följt därefter.

Lund, maj 2023.

Rebecka Månsson

¹ Juris doktor i medicinsk rätt och forskare i offentlig rätt vid Juridiska institutionen vid Lunds universitet.

Förkortningar

Abortlagen	Abortlag (1974:595)
Barnkonventionen	Förenta nationernas konvention om barnets mänskliga rättigheter
ChefsJO	Chefsjustitieombudsman
Europadomstolen	Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna
Europakonventionen	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
F/B	Foster/barn
Folkbokföringslagen	Folkbokföringslag (1991:481)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
HSLF-FS	Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
ÄHSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
Konsensusdokumentet	Konsensusdokumentet kring sen abort
PL	Patientlag (2014:821)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
Rättsliga rådet	Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor
SBF	Svenska Barnmorskeförbundet
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Smer	Statens medicinsk-etiska råd
SNF	Svenska Neonatalföreningen
SNQ	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling med föreskrifter och allmänna råd
SOU	Statens offentliga utredningar
TF	Tryckfrihetsförordningen
WHO	Världshälsoorganisationen

1 Inledning

1.1 Bakgrund

För nästan 50 år sedan kunde foster/barn (F/B) leva och vidareutvecklas utanför moderns kropp först i slutet av den 28:e graviditetsveckan.² En stor utveckling har skett sedan dess. Idag kan hälso- och sjukvården i vissa fall rädda extremt för tidigt födda F/B, så tidigt som i graviditetsvecka 22.³ Neonatalvårdens⁴ utveckling bidrar till att allt fler F/B kan räddas och överleva i ett allt tidigare skede. I takt med att neonatalvårdens metoder utvecklas blir de rättsliga reglerna i abortlag (1974:595) (abortlagen), vilka trädde i kraft år 1975, mer och mer obsoleta och mindre anpassade till nutid.⁵

Under år 2017 rapporterades det om en neonatalläkare som försökt rädda ett F/B som var tänkt att aborteras.⁶ Aborten var försenad och utfördes i graviditetsvecka 22+2 dagar. Den sena aborten resulterade i att F/B stöttes ut levande. Eftersom F/B andades och uppvisade reflexmässiga rörelser påbörjade neonatalläkaren livräddande insatser. Trots neonatalläkarens försök överlevde inte F/B.⁷ Fallet har skapat stor debatt kring huruvida hälso- och sjukvårdspersonalen agerat korrekt i att försöka rädda F/B, eller om handlandet strider mot de riktlinjer som hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att förhålla sig till.⁸ Å ena sidan argumenterades att neonatalläkaren hade agerat korrekt eftersom F/B som stöts ut i graviditetsvecka 22 ska behandlas som ett extremt för tidigt fött barn.⁹ Å andra sidan ansågs neonatalläkaren ha agerat felaktigt då en abort som sker efter graviditetsvecka 22 bryter mot abortlagen. Trots de skilda uppfattningarna anmäldes fallet aldrig, varken till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller som en polisanmälan om brott mot abortlagen.¹⁰

Fallet bidrog även till debatter om huruvida neonatalläkaren hade försökt rädda ett foster eller ett barn. Denna framställning kommer att använda både begreppet foster och begreppet barn. Det finns dock flertalet uppfattningar om när ett mänskligt liv uppstår, det vill säga vid vilken tidpunkt ett foster blir ett barn. Vid de fall då det enligt min mening anses vara oklart om begreppet foster eller begreppet barn ska tillämpas, kommer det istället att

² Lindqvist (1975) s. 9.

³ Nordman m.fl., *Association Between Year of Birth and 1-Year Survival Among Extremely Preterm Infants in Sweden During 2004–2007 and 2014–2016*, 2019-03-26.

⁴ Vård av sjuka nyfödda barn.

⁵ Prop. 1994/95:142 s. 31.

⁶ Yllner, *Läkare försöker rädda sent aborterade foster – "I lagens mening är de barn"*, 2017-08-14.

⁷ TT/Ekot, *Aborterade foster ska inte återupplivas*, 2018-09-03.

⁸ Jfr. Andersson, *Läkares livräddande insatser för aborterade foster väcker debatt*, 2017-08-15.

⁹ Yllner, *Rättsliga rådet: Läkaren gjorde inte fel*, 2017-08-14.

¹⁰ Yllner, *Ordförande i Socialstyrelsens rättsliga råd: Läkarna bryter mot lagen*, 2017-08-15.

refereras till begreppet F/B. I denna framställning avses begreppet F/B som människor med oklar status.

Mot bakgrund av det beskrivna fallet samt de skilda uppfattningarna kring neonatalläkarens agerande uppkommer frågan om hälso- och sjukvårdspersonalens bestämmelser är tillräckligt tydliga för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna agera på ett korrekt och enhetligt sätt. Det finns således anledning att ifrågasätta om bestämmelserna i 1975 års abortlag samt hälso- och sjukvårdspersonalens riktlinjer är förenliga med dagens teknik och den medicinska utvecklingen.

1.2 Syfte och frågeställningar

Det har förekommit fall där hälso- och sjukvårdspersonal försökt rädda F/B som visar livsduglighet vid sena aborter, trots att detta stridit mot kvinnans önskan. Syftet med denna framställning är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter vid sena aborter. För att uppnå det beskrivna syftet används följande frågeställningar:

- När börjar det mänskliga livet enligt svensk rätt?
- Vilka skyldigheter åläggs svensk hälso- och sjukvårdspersonal när F/B påvisar livsduglighet vid sen abort?

1.3 Avgränsningar

Abortlagen är tillämplig för samtliga kvinnor i Sverige oavsett ålder eller nationalitet, under förutsättning att de är svenska medborgare alternativt bosatta i Sverige. För de kvinnor som inte uppfyller detta samt för de kvinnor som är under 18 år, tillkommer ytterligare bestämmelser att beakta vid utförandet av abort. Dessa ytterligare bestämmelser kommer inte att redogöras för i denna uppsats.

Aborter kan genomföras genom medicinsk och kirurgisk abort, något som ej kommer att förtydligas vidare i denna uppsats, mer än en övergripande förklaring av begreppen. Detta eftersom det inte bidrar till uppsatsens syfte.

Skiljegränsen mellan sent aborterade F/B och extremt för tidigt födda barn är nästintill överlappande. Samtidigt som F/B aborteras i graviditetsvecka 21+6 dagar ges nödvändig livsuppehållande vård för de som föds för tidigt i graviditetsvecka 22. Trots den snäva skiljegränsen förekommer olika bestämmelser avseende de olika situationerna. Reglerna för omhändertagandet av ett sent aborterad F/B och ett extremt för tidigt fött barn ska hållas åtskilda. Uppsatsen kommer i viss mån beröra bestämmelserna för situationen då ett extremt för tidigt barn föds, i syfte att belysa en viss poäng. Utöver detta behandlar uppsatsen endast aborter och då framförallt sena aborter.

Ofödda foster erhåller i viss mån rättsskydd genom svensk lagstiftning, framförallt när det avser skada som kan tillfogas fostret genom modern. Fostret kan tillfogas skada genom exempelvis moderns eventuella missbruk eller hennes eventuellt farliga arbetsmiljö. Fostrets potentiella skada orsakad av modern samt det rättsskydd som följer, faller utanför ramen för denna framställning.

Vidare erhåller ofödda foster vissa potentiella rättigheter genom exempelvis ärvdabalken. Enligt 1 kap. 1 § ärvdabalken kan ett ofött F/B vara arvtagare under förutsättning att F/B senare föds levande. F/B:s potentiella rättigheter avseende arv och lagstiftarens uppfattning om livets början enligt ärvdabalken kommer inte att utredas. Eftersom ärvdabalken inte tillför något ytterligare än vad som redan framgår av de i denna uppsats behandlade lagstiftningar, kommer ärvdabalken inte att redogöras för.

Framställningen baseras på svensk rätt och genomförandet av abort i Sverige. Andra internationella konventioner kommer således att avgränsas bort eftersom de inte är nödvändiga att studera för att besvara uppsatsens frågeställningar. Undantaget är de internationella konventioner som är inkorporerade i svensk rätt genom svensk lag. Eftersom framställningen tar sikte på genomförandet av abort i Sverige avgränsas därmed gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom Europeiska unionen.

1.4 Metod och material

Uppsatsen utgår dels från den rättsdogmatiska metoden, dels den empiriska metoden. Den rättsdogmatiska metoden tillämpas för att systematisera och tolka gällande rätt.¹¹ Uppsatsen kommer således genom den rättsdogmatiska metoden att tolka och fastställa relevanta lagar och praxis som utgör gällande rätt. Den empiriska metoden innebär en redogörelse för exempelvis enkäter, intervjuer och observationer.¹² I denna framställning har ett utskick via mejl innehållande tre konkreta frågor gjorts till samtliga svenska regioner med avsikt att få ta del av hälso- och sjukvårdspersonalens regionala riktlinjer avseende sena aborter. Detta i syfte att undersöka om regionernas hälso- och sjukvårdsriktlinjer är enhetliga, dels med varandra, dels med nationella riktlinjer. Av befintliga 21 regioner återkom endast 12 regioner med svar på mina frågor. Att nästan hälften av regionerna avstod från att svara kan påverka den slutsats som dras.

För att uppnå syftet med uppsatsen genom den rättsdogmatiska metoden används främst rättskällor. Som rättskällor avses i detta fall svensk lagstiftning, förarbeten, Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), FN:s konvention om barns mänskliga rättigheter (Barnkonventionen),

¹¹ Peczenik (1995) s. 312.

¹² Sandgren (2021) s. 57.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) samt domstolsavgöranden. Europakonventionen är inkorporerad i svensk lag genom lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Det innebär att Europakonventionen utgör nationell rätt och praxis från den europeiska domstolen för mänskliga rättigheter (Europadomstolen) är bindande för Sverige. Barnkonventionen är också inkorporerad i svensk lag genom lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter och ges således samma status som övriga lagar i Sverige. Gällande domstolsavgöranden saknas prejudicerande praxis från svenska domstolar. Den praxis som har använts utgör domar från tingsrätten samt hovrätten och har således inte samma auktoritet som ett yttrande från Högsta domstolen. Ytterligare material som varit behjälplig är doktrin, vilken har bidragit till att tydliggöra och tolka rättsläget. Övrig litteratur såsom lagkommentarer, artiklar och rapporter har också använts.

Vidare har nationella styrdokument använts, däribland konsensusdokumentet kring sen abort (konsensusdokumentet) med tillhörande omvårdnadsriktlinjer samt riktlinjer för handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för livsduglighet. Nationella styrdokument syftar till att ge vägledning och rekommendationer åt bland annat hälso- och sjukvårdspersonal för att ge patienter och klienter en god vård. De nationella styrdokumenten är vägledande, och således inte bindande.

1.5 Forskningsläge

Det uppmärksamade fallet om neonatalläkaren, som kort redogjorts för i inledningen, bidrog till flera utredningar om hur situationen då F/B vid sena aborter påvisar livsduglighet bör hanteras av hälso- och sjukvårdspersonal. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) framställde år 2019 en rapport; *Livstecken efter sen abort*. I rapporten föreslog Smer att regeringen borde genomföra en utredning avseende om en fast veckogräns borde införas och ersätta livsduglighetsgränsen. Smer ansåg att en sådan utredning var nödvändig med anledning av hälso- och sjukvårdens framsteg i tekniken att rädda extremt för tidigt födda barn. Även Chefsjustitieombudsmannen (chefsJO) begärde att regeringen skulle utreda rättsläget vid sena aborter då det uppdragats att det förekom olika tolkningar av abortlagen och dess bestämmelser. Den efterfrågade utredningen utfördes dock aldrig med motiveringen att dagens abortlagstiftning fungerar bra och att den därmed inte är aktuell för förändring.

Beträffande den rättsliga definitionen av livets början i svensk rätt finns inte lika omfattande material att tillgå. I förarbetena till abortlagen har flertalet diskussioner om livets början förts. Ytterligare forskning om när livet enligt juridisk mening tar vid har inte gjorts i samma utsträckning. De utredningar som gjorts genom förarbetena ligger till grund för denna framställning.

Utifrån ett biologiskt perspektiv anses livet börja vid befruktningen, enligt doktorsavhandling *The Scientific Consensus on When a Human's Life Begins* från University of Chicago utförd av Steven Jacobs¹³ år 2021. Drygt 5 500 biologer utförde studien som resulterade i att 95% ansåg att mänskligt liv börjar vid befruktningen. Att livet, utifrån det biologiska perspektivet, börjar vid befruktningen framgår även av en studie från Karolinska Institutet, *Novel PRD-like homeodomain transcription factors and retrotransposon elements in early human development*, år 2015.

Gällande abort, reproduktiva rättigheter samt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter har Kavot Zillén¹⁴ bidragit med rapporter och doktrin såsom kapitel 13 i *Medicinsk rätt* år 2022 där reproduktiv hälso- och sjukvård redogörs för samt *Hälso- och sjukvårdspersonalens religions- och samvetsfrihet* år 2016 som beskriver hur religions- och samvetsfrihet samt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter samverkar.

1.6 Disposition

Framställningen består av sex kapitel. Efter uppsatsens inledande kapitel följer *kapitel två* som introducerar begreppen abort, sen abort och avbrytande av havandeskap. Kapitlet ämnar redogöra för vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har i förhållande till de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att den gravida kvinnan ska få genomgå den aktuella åtgärden.

I uppsatsens *tredje kapitel* undersöks frågan om när livet börjar. Kapitlet avser att framställa vilka uppfattningar, om vid vilken tidpunkt livet inträder, som kan utläsas ur svensk rätt.

Kapitel fyra fastställer hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna skyldigheter gentemot patienter. Däribland vad begreppen människovärdesprincipen, god vård, barnets bästa och livsuppehållande behandling innebär.

Uppsatsens *femte kapitel* beskriver vilka riktlinjer hälso- och sjukvårdspersonalen har att förhålla sig till vid situationen då F/B påvisar livsduglighet vid sen abort. Vidare avser kapitlet redogöra för de regionala riktlinjer som regionerna följer samt klargöra dess likheter och skillnader.

Uppsatsen präglas av en löpande analys med en sammanfattning i uppsatsens avslutande del, *kapitel sex*. Kapitel sex syftar således till att besvara de uppställda frågeställningarna mot bakgrund av vad som framställts i uppsatsens huvudkapitel.

¹³ Filosofie doktor (PhD).

¹⁴ Juris doktor i medicinsk rätt och docent i offentlig rätt, Stockholms universitet.

2 Graviditetens avbrytande

2.1 Introduktion

Frågor om abort är ett känsloladdat ämne som medför skilda åsikter och värderingar, inte minst inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter vid abort regleras bland annat genom nationell rätt samt genom klinikers lokala riktlinjer. Detta kapitel ämnar klargöra vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonalen åläggs vid en sen abort enligt abortlagen och SOSFS 2009:15, som avser föreskrifter gällande sen abort. Föreskrifter är likt övriga författningar bindande regler.¹⁵ Livsduglighetsbegreppet och dess tolkning är betydelsefullt för avgörandet om utförande av en sen abort. Det är därför nödvändigt att beskriva begreppets tolkning, för att senare ge läsaren en förståelse för hur hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter vid en sen abort förhåller sig till ett F/B som uppvisar livsduglighet efter genomförandet av en sådan åtgärd. För att tydliggöra skyldigheterna vid en sen abort och hur de förhåller sig till en abort före graviditetsvecka 18 samt avbrytande av havandeskap, kommer de tre åtgärderna att beskrivas var för sig. Kapitlet avslutas med en redogörelse för de gemensamma krav som följer av utförandet av åtgärderna. Detta för att grundligt klarlägga vilka skyldigheter som åläggs svensk hälso- och sjukvårdspersonal vid en sen abort.

2.2 Abort före graviditetsvecka 18

Abortlagen trädde i kraft den 1 januari år 1975. Lagen reglerar bestämmelserna om utförandet av abort.¹⁶ Med abort avses ett avsiktligt avbrytande av havandeskap. Havandeskap föreligger från det att befruktningen sker till dess att kvinnan föder.¹⁷ Den gravida kvinnan har fri aborträtt fram tills graviditetsvecka 18+0.¹⁸ På motsvarande sätt som den gravida kvinnan har fri aborträtt, har hälso- och sjukvårdspersonal skyldigheter gentemot den gravida kvinnan och dess F/B.

Abortlagens bestämmelser kompletteras med SOSFS 2009:15 som närmare beskriver hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och skyldigheter vid abort.¹⁹ I SOSFS 2009:15 föreskrivs att hälso- och sjukvårdspersonal kan avbryta kvinnans graviditet genom antingen kirurgisk abort eller medicinsk abort. Med kirurgisk abort avses att graviditeten avbryts genom en instrumentell utrymning av livmodern. Medicinsk abort innebär istället att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling.²⁰

¹⁵ Jfr. Zillén m.fl. (2022) s. 35.

¹⁶ Abortlag (1974:595).

¹⁷ Lindqvist (1975) s. 10.

¹⁸ 1 § abortlagen.

¹⁹ 1 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

²⁰ 1 kap. 2 § SOSFS 2009:15.

Oavsett om kirurgisk- eller medicinsk abort tillämpas är samtliga vårdgivare skyldiga att se till att dess ledningssystem består av nödvändiga processer och rutiner som bidrar till att verksamheten uppfyller de uppställda krav som följer av SOSFS 2009:15.²¹ I kraven ingår vårdgivarens ansvar över att det finns fastställda rutiner för hur den gravida kvinnan som önskar att utföra abort tillhandahåller den information som hon är i behov av. Vårdgivaren ansvarar bland annat för vilken medicinsk och övrig information som ska inhämtas, när information ska lämnas samt på vilket sätt information ska delges till den gravida kvinnan.²² Hälso- och sjukvårdspersonalen är även skyldiga att erbjuda stödsamtal åt den gravida kvinnan som utkrävt sin rättighet om att få avbryta sitt havandeskap, innan och efter åtgärden utförs.²³ Stödsamtalen är frivilliga och den gravida kvinnan kan därför neka erbjudandet.²⁴

Hälso- och sjukvårdspersonal är även skyldig att upprätta rutiner som säkerställer att den gravida kvinnan, som ska genomgå en medicinsk abort, får den inledande läkemedelsbehandlingen på en sjukhusinrättning. Vidare ska en bedömning om huruvida det är lämpligt att den gravida kvinnan utför den medicinska aborten i hemmet eller på en sjukhusinrättning göras.²⁵ Hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjuda den gravida kvinnan som genomgår abort på en sjukhusinrättning hjälp och stöd som matchar kvinnans behov, oavsett tidpunkt.²⁶ Efter aborten ska hälso- och sjukvårdspersonalen erbjuda kvinnan en efterkontroll för att säkerställa att aborten är avslutad.²⁷

Kvinnan har alltså rätt att begära abort så länge den utförs före graviditetsvecka 18. Detta under förutsättning att aborten inte leder till allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa.²⁸ Om aborten skulle riskera kvinnans liv eller hälsa får hälso- och sjukvårdspersonal inte utföra aborten. I situationen då den gravida kvinnan inte riskerar sitt liv eller hälsa genom abort ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra aborten så snart som möjligt efter att den gravida kvinnan beslutat om att genomgå åtgärden.²⁹

Kvinnans skäl till avbrytandet av graviditeten är oväsentligt för utförandet av aborten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska därmed inte beakta dessa.³⁰ De är enligt kvinnans självbestämmanderätt skyldiga att utföra aborten i enlighet med hennes rätt till fri abort. Kvinnans självbestämmanderätt kan enligt förarbetena till abortlagen sägas väga tyngre än principen om det

²¹ 2 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

²² 3 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

²³ 3 kap. 2 § SOSFS 2009:15 samt 2 § abortlagen.

²⁴ Lönnheim, Abortlag (1974:595) 2 §, Karnov, 2020-04-01 (JUNO).

²⁵ 4 kap. 3 § SOSFS 2009:15.

²⁶ 4 kap. 2 § SOSFS 2009:15.

²⁷ 4 kap. 4 § SOSFS 2009:15.

²⁸ 1 § abortlagen.

²⁹ 4 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

³⁰ Prop. 1994/95:142 s. 14.

blivande livets kränkbarhet vad gäller abortsituationen före graviditetsvecka 18 (18+0).³¹ Självbestämmanderätten tar sikte på att kvinnan själv ska besluta över händelserna i hennes liv, däribland om hon är lämplig att ta hand om ett barn eller inte.³² Kvinnans självbestämmanderätt begränsas dock till att det inte får gå ut över andra individers intressen.³³ Det innebär att den gravida kvinnans självbestämmanderätt inte får orsaka andra människor skada. Om F/B anses utgöra en människa under någon tidpunkt före graviditetsvecka 18 så innebär det att F/B inte får orsakas skada av kvinnans självbestämmanderätt. Om F/B är att betrakta som människa vid tidpunkten då den gravida kvinnan beslutar om att genomföra abort, så bör kvinnans självbestämmanderätt rimligtvis begränsas.

För att skapa en betryggande säkerhetsmarginal gentemot F/B, i situationen där F/B är livsdugligt, motiverades gränsen för fri abort till 18:e graviditetsveckan. Ytterligare skäl för denna tidpunkt är att den gravida kvinnan vanligtvis känner de första fosterrörelserna i graviditetsveckorna 18–20. Hälso- och sjukvårdspersonalens utförda abort på en kvinna som under graviditeten känt fosterrörelser kan leda till ökad risk för psykiska följdverkningar. För att motverka risken för att hälso- och sjukvårdspersonal aborterar livsdugliga F/B motiveras således säkerhetsmarginalen mellan abortgränsen och neonatalvårdens livsduglighetsgräns.³⁴

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att, så snart som möjligt, utföra abort på en gravid kvinna som önskar detta, under förutsättning att det sker före graviditetsvecka 18+0. Av en abort följer skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal såväl före som efter åtgärden. De krav som uppställs av abortlagen och SOSFS 2009:15 tar sikte på skyldigheter gentemot den gravida kvinnan såsom efterkontroll av att aborten är utförd, stödsamtal samt krav på rutiner och inhämtning av information av den gravida kvinnan. Varken abortlagen eller SOSFS 2009:15, som avser föreskrifter om abort, ställer direkta krav på hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B vid en abort.

2.3 Sen abort

Trots att kvinnans 18:e graviditetsvecka passerat kan hälso- och sjukvårdspersonal utföra en så kallad sen abort. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast utföra en sen abort om den gravida kvinnan erhållit tillstånd från Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet).³⁵ Ansökningar om sen abort kräver en snabb och ändamålsenlig handläggning av såväl Rättsliga rådet som av vårdgivaren på

³¹ SOU 2005:90 s. 56 f.

³² Prop. 1974:70 s. 61.

³³ Prop. 1994/95:142 s. 12.

³⁴ Prop. 1974:70 s. 67 f.

³⁵ 3 § 1 st. abortlagen samt 18 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

sjukvårdsinrättningen där aborten ska utföras.³⁶ Rättsliga rådet får enbart bevilja tillstånd för sen abort om det föreligger synnerliga skäl för att åtgärden ska vidtas.³⁷

Synnerliga skäl innebär att det ska föreligga speciella förhållanden, vilka kan utgöras av medicinska och/eller sociala skäl.³⁸ Med sociala skäl avses exempelvis att den gravida kvinnan är väldigt ung. Det kan även innefatta att den gravida kvinnan har svåra livsförhållanden såsom missbruk. Sen abort kan även beviljas med anledning av befarade alternativt konstaterade skador på F/B som uppmärksammats genom en tidigare fosterdiagnostik som hälso- och sjukvårdspersonal utfört, vilket utgör ett medicinskt skäl för den sena aborten. Vid prövning av om synnerliga skäl föreligger ska Rättsliga rådet tillmäta stor betydelse till omständigheterna i det enskilda fallet.³⁹ Den gravida kvinnans egna bedömning av sin situation ska därför beaktas vid prövningen.⁴⁰

Likt vid abort före graviditetsvecka 18 är vårdgivaren skyldig att säkerställa att deras ledningssystem innehåller processer och rutiner för att verksamheten ska uppfylla de uppställda kraven.⁴¹ Däribland att vårdgivaren ansvarar för vilken medicinsk och övrig information som ska inhämtas, när information ska lämnas, men även hur information ska delges kvinnan som önskar att utföra abort.⁴² Att åtgärden utgörs av sen abort som kräver synnerliga skäl förändrar inte hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att erbjuda den gravida kvinnan stödsamtal före och efter att den sena aborten utförs.⁴³

Rättsliga rådet utfärdar som huvudregel inte tillstånd för sen abort efter den 22:a graviditetsveckan (21+6) eftersom det idag är möjligt att rädda livet på ett F/B som föds efter graviditetsvecka 22.⁴⁴ Abort kan dock beviljas efter graviditetsvecka 22+0 under förutsättning att F/B inte kan antas vara livsdugligt.⁴⁵ Oavsett om Rättsliga rådet beviljar eller avslår den gravida kvinnans ansökan om abort, är beslutet inte överklagbart.⁴⁶ Att Rättsliga rådet beviljar aborter fram tills graviditetsvecka 21+6 dagar innebär att aborten utförs först därefter. Trots att det råder skyndsamt handläggning bör det rimligtvis dröja upp till ett dygn innan aborten slutförs. Detta innebär att F/B kan ha blivit livsduglig, inte minst under graviditetsvecka 22.

³⁶ ChefsJO dnr 7035–2017 s. 1.

³⁷ 3 § 1 st. abortlagen.

³⁸ SOU 2005:90 s. 97.

³⁹ SOSFS 1989:6 s. 8.

⁴⁰ Prop. 1984/85:48 s. 7 f.

⁴¹ 2 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

⁴² 3 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

⁴³ 3 kap. 2 § SOSFS 2009:15 samt 2 § abortlagen.

⁴⁴ ChefsJO dnr 7035–2017 s. 2.

⁴⁵ Axelsson (2018) s. 9.

⁴⁶ 7 § abortlagen.

Sammantaget uppställs likvärdiga krav avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter för abort som sen abort. Bestämmelserna fokuserar snarare på hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot kvinnans rätt till fri abort än skyldigheter gentemot F/B vid aktuell åtgärd.

2.4 Livsduglighet

2.4.1 Introduktion

Under de senaste åren har livsduglighetsbegreppet och dess tolkning varit tämligen omdiskuterat. ChefsJO uppmärksammade år 2019 genom dnr 7035–2017 att det finns oklarheter kring begreppets innebörd som hade behövt ses över för att skapa en enhetlig och ändamålsenlig tolkning i Sverige. Begreppet livsduglighet är av betydande karaktär för avgörandet av om en sen abort får utföras eller inte. Det är därför nödvändigt att redogöra för begreppets innebörd i förhållande till sen abort. Nedan följer abortlagens samt konsensusdokumentets tolkning av begreppet. Som tidigare nämnt utgör nationella styrdokument endast vägledning och är därmed inte bindande.

2.4.2 Enligt abortlagen

En sen abort får inte beviljas om F/B kan antas vara livsduglig.⁴⁷ Genom undersökning av kvinnans graviditetslängd i förhållande till F/B:s storlek samt F/B:s överlevnadschanser utanför livmodern bedömer den ansvarige läkaren inom hälso- och sjukvården om F/B kan antas vara livsdugligt eller inte.⁴⁸ Rättsliga rådet får som huvudregel inte ge tillstånd för sen abort om F/B bedöms kunna överleva utanför livmodern.⁴⁹ Enligt förarbetena till abortlagen ska en abort inte utföras om det finns anledning att anta att F/B är livsdugligt.⁵⁰ Lagtexten är således formulerad utefter att F/B:s livsduglighet är oförändrad från det att tillståndsbeslutet beviljas till dess att aborten utförs.

Begreppet livsduglighet är inte tydligt definierat, vare sig som ett medicinskt eller juridiskt begrepp.⁵¹ Enligt förarbetena kan det sägas ge uttryck för att F/B ”kan leva och vidareutvecklas utanför moderns kropp”. Hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att rädda extremt för tidigt födda F/B:s liv påverkar begreppets definition.⁵² Neonatalvårdens metoder och dess framskridande utveckling bidrar till att allt fler extremt för tidigt födda F/B överlever. Detta påverkar i sin tur gränsen för livsduglighet.⁵³ Utformningen av livsduglighetsbegreppet i abortlagen medför flexibilitet och är således föränderlig i förhållande till den medicinska utvecklingen. Å ena sidan bidrar dess anpassningsbara egenskap till att lagstiftningen inte behöver skrivas om

⁴⁷ Axelsson (2018) s. 9.

⁴⁸ 4 kap. 1 § SOSFS 2004:4.

⁴⁹ 3 § 2 st. abortlagen.

⁵⁰ Prop. 1994/95:142 s. 37.

⁵¹ Zillén m.fl. (2022) s. 223.

⁵² Prop. 1974:70 s. 67 f.

⁵³ Zillén m.fl. (2022) s. 223.

så fort det sker en ny medicinsk forskning eller ytterligare framsteg inom neonatologi. Å andra sidan leder begreppets flexibilitet till otydlighet och förvirring av dess tillämplighet. Detta kan tyckas vara olämpligt när det handlar om något så betydelsefullt som någons liv och hälsa. Abortlagens förarbeten och dess vaga beskrivning av livsduglighetens innebörd kan leda till att Socialstyrelsen och den behöriga läkaren inom hälso- och sjukvården själva får tolka begreppet i förhållande till det enskilda fallet. Olika läkare kanske tolkar begreppet olika, vilket i sin tur bidrar till att lika fall inom vården får olika behandling. Abortlagen och dess integritet bidrar inte till det bättre. Det saknas ytterligare lagstiftning som ger uttryck för hur begreppet livsduglighet ska tolkas. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen endast har abortlagen och dess förarbetens tolkning av begreppet att utgå ifrån. Att lagstiftaren lämnar en vag beskrivning av ett så viktigt begrepp som i sin tur kan få skilda tolkningar och utgångar medför rättsosäkerhet. Detta innebär i sin tur problematik i förhållande till legalitetsprincipen.

Legalitetsprincipen utgör en grundpelare för ett rättssäkert samhälle. Principen, som har sitt ursprung i regeringsformen (RF), stadgar att den offentliga makten ska utövas under lagarna.⁵⁴ Det innebär således att offentliga organ, såsom hälso- och sjukvård, ska inrätta sin verksamhet och utföra arbetsuppgifter utefter tillämplig lagstiftning. Principen genererar förutsägbarhet genom vilken medborgare kan planera sina livsval utefter. Lagstiftarens vaga beskrivning på livsduglighetsbegreppet kan dock påverka denna förutsägbarhet. Framförallt om det skulle uppdragas att behöriga läkare vid en sen abort tolkar begreppet olika, och att dess olika tolkning medför skilda resultat av aborten. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter kan då komma att te sig olika beroende på hur begreppet tolkas, vilket i sin tur leder till oförutsägbarhet.

En enhetlig tolkning av livsduglighetsbegreppet och tidpunkten för livets början är väsentligt för hälso- och sjukvårdspersonalen vid en sen abort. Detta för att hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter ska vara tydliga och enhetliga i aktuell situation. En skild tolkning av begreppet kan även inverka på kvinnans integritet och hennes självbestämmanderätt som följer av hennes rätt till abort. Art. 8.1 Europakonventionen stadgar att var och en har rätt till skydd för sitt privatliv samt sitt familjeliv, detta oavsett om F/B har rätt till liv eller inte. Artikeln omfattar rätten till självbestämmande, vilket inbegriper att kvinnan har rätt att själv bestämma huruvida hon vill föda barnet eller inte och därmed att hennes beslut respekteras.⁵⁵ Enligt art. 8.2 Europakonventionen får en inskränkning i rättigheten av offentlig myndighet inte göras utan stöd i lag. Hälso- och sjukvårdspersonalens skilda tolkning av begreppet livsduglighet kan således komma att påverka gravida kvinnors självbestämmanderätt i enlighet med art. 8 Europakonventionen. Att livsduglighetsbegreppet ska vara förutsägbart handlar alltså inte enbart om

⁵⁴ 1 kap. 1 § 3 st. RF.

⁵⁵ Evans v. the United Kingdom (6339/05) dom den 10 april 2007.

hälso- och sjukvårdens trygghet, utan även om kvinnans intresse att skydda sitt privatliv samt att hon inte vill utsättas för oförutsägbara konsekvenser. En skild tolkning av begreppet livsduglighet behöver inte enbart påverka den gravida kvinnan, utan även hennes F/B och dess möjligheter till liv. Det är således av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal agerar enhetligt och sakligt.

Enligt objektivitetsprincipen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att förhålla sig sakligt och opartiskt vid utförandet av sina arbetsuppgifter. Till objektivitetsprincipen följer även likhetsprincipen som tar utgångspunkt i att lika fall ska behandlas lika.⁵⁶ Kravet på ett konsekvent handlande i hälso- och sjukvårdspersonalens arbete medför förutsägbarhet.

Sammanfattningsvis har samhället högt ställda krav på förutsägbarhet. Dessa krav är dock inte uppfyllda avseende livsduglighetsbegreppet och dess påverkan på hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Förutsägbarhet är av betydande roll för ett välfungerande och rättssäkert samhälle, inte minst inom hälso- och sjukvården.

2.4.3 Enligt konsensusdokumentet

Konsensusdokumentet framställdes år 2018 med anledning av fallet där överläkaren försökt rädda F/B som aborterades efter graviditetsvecka 22. På begäran av Socialstyrelsen utformade svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) samt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) i samverkan med Svenska Neonatalföreningen (SNF) konsensusdokumentet i syfte att tydliggöra vilka riktlinjer som följer i en sådan situation. Konsensusdokumentet är ett nationellt styrdokument och är av vägledande karaktär. Dess riktlinjer är således inte bindande.⁵⁷

Enligt konsensusdokumentet ska begreppet livsduglighet tolkas som ”möjlighet till överlevnad vid födelse i aktuell gestationsålder⁵⁸ utan att åtgärder under graviditeten vidtas för att förbättra möjlighet till överlevnad, och utan att omedelbara resuscitationsåtgärder vidtas efter fostrets framfödande”.⁵⁹ Med andra ord ger konsensusdokumentet uttryck för att livsduglighet avser F/B:s möjligheter till överlevnad oberoende av akuta livräddande insatser av hälso- och sjukvårdspersonal.

Till skillnad från konsensusdokumentet verkar förarbetena till abortlagen och dess tolkning av livsduglighet inte ta sikte på F/B:s egna förmåga att överleva. Det tar snarare sikte på F/B:s överlevnad samt behovet av hälso- och sjukvårdspersonalens hjälp för överlevnad. Enligt konsensusdokumentet ska begreppet istället tolkas som att livsduglighet innebär fostrets egna förmåga

⁵⁶ 1 kap. 9 RF.

⁵⁷ Konsensusdokumentet kring sen abort.

⁵⁸ Åldern på ett foster, räknat från befruktningsögonblicket.

⁵⁹ Konsensusdokumentet kring sen abort.

till överlevnad, och då utan hälso- och sjukvårdspersonalens livräddande insatser. Gränsdragningen mellan den sista tillåtna tidpunkten för abort och tidpunkten för när extremt för tidigt födda barn erhåller livsuppehållande behandling är nästintill obefintlig. Denna gränsdragning torde för hälso- och sjukvårdspersonal vara svårlagd. Det kan tyckas vara otänkbart att F/B som framföds i graviditetsvecka 21+6 aborteras samtidigt som F/B som föds i graviditetsvecka 22+0 erhåller neonatalvårdens hjälp för att överleva.

Det föreligger en potentiell felmarginal vid läkarens bedömning av kvinnans graviditetslängd. Det kan ifrågasättas om denna potentiella felmarginal accepteras utav Socialstyrelsen, abortlagen och konsensusdokumentet då samtliga uppställer en specifik tidpunkt för när ett F/B anses livsdugligt. En abort som enligt läkarens bedömning av kvinnans graviditetslängd påbörjas i graviditetsvecka 21+4, kanske egentligen påbörjas i graviditetsvecka 22+1. Detta kan tolkas som att lagstiftningen och riktlinjerna accepterar risken för att livsdugliga F/B aborteras.

Efter konsensusdokumentets framtagande uttryckte Smer en undran om vilken specifik tidpunkt livsdugligheten inträder under graviditeten, mot bakgrund av konsensusdokumentets definition av begreppet. SNF:s ordförande besvarade att en sådan tydlig gräns inte kan sättas då begreppet omedelbara resuscitationsåtgärder kan vara svårtolkat, samt att barns behov av åtgärder av hälso- och sjukvårdspersonal kan variera.⁶⁰

Begreppet livsduglighet och dess tolkning förefaller således inte vara tydligt, utan snarare förknippat med oförutsägbarhet. Några tydliga gränser för begreppets innebörd verkar inte vilja fastställas. Den luddiga gränsen för hur begreppet livsduglighet ska tolkas bidrar till flexibilitet. Dess flexibilitet kan i sin tur medföra att hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och agerande ter sig olika beroende på hur begreppet tolkas av den enskilde hälso- och sjukvårdspersonalen.

2.5 Avbrytande av havandeskap

Trots att läkaren inom hälso- och sjukvården bedömer att F/B är livsdugligt och därmed inte ska aborteras, finns det ett undantag. Om graviditeten kan antas medföra allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa ska hälso- och sjukvårdspersonal avbryta graviditeten, oavsett vilken graviditetsvecka kvinnan befinner sig i.⁶¹ Vid avbrutet havandeskap ska hälso- och sjukvårdspersonalen försöka rädda F/B i den mån det är möjligt, vilket inte är fallet vid abort samt sen abort.⁶² Hälso- och sjukvårdspersonalens försök att

⁶⁰ Statens medicinsk-etiska råd (2019) s. 55.

⁶¹ Prop. 1994/95:142 s. 35 samt 6 § 1 st. abortlagen.

⁶² SOU 2005:90 s. 98.

rädda F/B vid avbrytande av havandeskap är normalt sett kvinnans önskemål.⁶³

Åtgärden avbrutet havandeskap kräver, precis som vid sena aborter, tillstånd från Rättsliga rådet. I situationer då det är brådskande med anledning av risk för den gravida kvinnans liv eller hälsa kan behörig läkare avbryta havandeskapet utan att inhämta tillstånd från Rättsliga rådet.⁶⁴ Likt vid abort får Rättsliga rådets beslut om tillstånd till avbrytande av havandeskap inte överklagas.⁶⁵

Vårdgivaren på sjukhusinrättningen är skyldig att ha rutiner för kvinnans delaktighet av information kring avbrytandet av graviditeten.⁶⁶ Hälso- och sjukvårdspersonalen på inrättningen där åtgärden utförts är enligt abortlagen skyldiga att erbjuda kvinnan som genomgått abort alternativt avbrytande av havandeskap stödsamtal efter att åtgärden utförts.⁶⁷

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter vid avbrytande av havandeskap liknar alltså till stor del skyldigheterna som följer under en abort och sen abort. Vid samtliga åtgärder är kvinnans intresse det primära. Under förutsättning att den aktuella åtgärden utförs inom relevant tidsram är hälso- och sjukvårdspersonal endast skyldiga att försöka rädda F/B i de fall som avser avbrytande av havandeskap, och därmed inte vid en abort eller sen abort.

2.6 Gemensamma krav för utförandet

Abort eller avbrytande av havandeskap ska utföras av en person som är behörig att utöva läkaryrket. Det är alltså enbart en behörig läkare som får utföra aborten enligt abortlagen. Annan hälso- och sjukvårdspersonal får inte utföra aborten men får däremot medverka vid avbrytandet av graviditeten.⁶⁸ Barnmorskor med specialkunskaper inom området tar hand om flertalet kvinnor som genomgår abort.⁶⁹ Den behörige läkaren kan även ordinera annan hälso- och sjukvårdspersonal såsom barnmorskan att ge patienten ett visst läkemedel som kan vara aktuellt vid åtgärden.⁷⁰ Om abort eller avbrytande av havandeskap uppsåtligen utförs av en som inte är behörig att utöva läkaryrket kan denne dömas för illegal abort till böter alternativt fängelse i upp till ett år.⁷¹ Oavsett om den gravida kvinnan är medveten om att personen i fråga inte är behörig läkare eller inte så kan den gravida kvinnan inte straffas för handlingen. Det är således enbart läkaren som utför

⁶³ Prop. 1994/95:142 s. 38.

⁶⁴ 6 § 2 st. abortlagen samt SOU 2005:90 s. 98.

⁶⁵ 7 § abortlagen.

⁶⁶ 3 kap. 1 § SOSFS 2009:15.

⁶⁷ 3 kap. 2 § SOSFS 2009:15 samt 8 § abortlagen.

⁶⁸ 5 § abortlagen samt Socialstyrelsen, *Vem får utföra abort?*, 2021-08-27.

⁶⁹ Axelsson (2018) s. 11.

⁷⁰ 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

⁷¹ 9 § 1 st. abortlagen.

handlingen med uppsåt som straffas. Vidare ska den behörige läkaren följa abortlagens bestämmelser. En behörig läkare som uppsåtligt inte följer dessa kan åläggas böter eller fängelse i högst sex månader.⁷²

Det är verksamhetsansvariges uppgift att se till så att läkare utför abort på den gravida kvinnan som ansökt om att få en abort utförd. Enligt 6 kap. 2 § patientsäkerhetslag (2010:659) (PSL) är det vidare upp till vardera hälso- och sjukvårdspersonal att se till att de fullföljer de arbetsuppgifter som åligger dem. Hälso- och sjukvårdspersonal kan således inte vägra att utföra abort.⁷³ Den behörige läkaren, vilken är anställd på ett sjukhus eller en sjukvårdsinrättning där abort utförs, kan således som huvudregel inte vägra att utföra kvinnans begäran om abort. Undantaget är om en sådan abort skulle medföra allvarlig fara för den gravida kvinnans liv eller hälsa.⁷⁴ Om läkaren vägrar att utföra kvinnans begäran om abort, utan att den gravida kvinnans liv eller hälsa är i fara, ska Socialstyrelsen pröva frågan.⁷⁵ Socialstyrelsens beslut i frågan är inte överklagbart.⁷⁶

Abort eller avbrytande av havandeskap ska utföras på ett allmänt sjukhus alternativt på en sjukvårdsinrättning som är godkänd av IVO.⁷⁷ Det diskuteras dock om ökad möjlighet till att modernisera den svenska abortlagen så att de kvinnor som vill ska kunna utföra medicinsk abort i hemmet i större utsträckning.⁷⁸ Vårdgivaren är då skyldig att utföra efterkontroll för att säkerställa att aborten har lyckats.⁷⁹

Sammantaget är behörig läkare skyldig att utföra abort, sen abort och avbrytande av havandeskap om respektive förutsättningar för den aktuella åtgärden föreligger. Detta ska ske på lämplig sjukvårdsinrättning. Berörd hälso- och sjukvårdspersonal besitter flertalet skyldigheter såväl före som efter en abort, sen abort och avbrytande av havandeskap. Vidare uppställs skyldigheter och krav på hälso- och sjukvårdspersonal avseende vem som får utföra en abort, sen abort och avbrytande av havandeskap samt var den aktuella åtgärden ska utföras.

2.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter enligt abortlagen och SOSFS 2009:15

En behörig läkare ska utföra abort, sen abort och avbrytande av havandeskap på lämplig sjukvårdsinrättning. Men trots att det endast är behörig läkare som

⁷² 10 § abortlagen.

⁷³ Axelsson (2018) s. 11 samt jfr. AD 2017 nr 23.

⁷⁴ SOU 2005:90 s. 97.

⁷⁵ 4 § abortlagen.

⁷⁶ 7 § abortlagen.

⁷⁷ 5 § 2 st. abortlagen.

⁷⁸ Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU14 s. 66 f.

⁷⁹ 4 kap. 4 § SOSFS 2009:15.

får utföra åtgärden åläggs samtliga medverkande hälso- och sjukvårdspersonal skyldigheter såväl före som efter aktuell process.

SOSFS 2009:15 uppställer liknande krav på hälso- och sjukvårdspersonal oavsett om det handlar om en abort, sen abort eller avbrytande av havandeskap. Hälso- och sjukvårdspersonal är bland annat skyldiga att fastställa rutiner för hur information ska inhämtas men även ges till den gravida kvinnan. Den gravida kvinnan ska även erbjudas stödsamtal före och efter åtgärden och i vissa fall erbjudas efterkontroll. Hälso- och sjukvårdspersonal är dessutom skyldiga att erbjuda kvinnan det stöd som matchar kvinnans behov för stunden. Utgångspunkt verkar således tas i att hälso- och sjukvårdspersonal följer skyldigheter som berör rutiner och ledningssystem för att upprätthålla verksamheten, men även att hälso- och sjukvårdspersonalen följer de krav som uppställs gentemot den gravida kvinnan.

Abortlagens bestämmelser tar snarare sikte på när hälso- och sjukvårdspersonal blir skyldiga att utföra en viss åtgärd. Med andra ord vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att en abort, sen abort eller avbrytande av havandeskap blir aktuell och vilka skyldigheter som följer därefter. Före utgången av kvinnans graviditetsvecka 18 är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att utföra abort, om det motsvarar kvinnans önskan. För en sen abort, vilket avser perioden efter graviditetsvecka 18, krävs att synnerliga skäl föreligger och att Rättsliga rådet därmed gett tillstånd till utförandet av den sena aborten. I situationen då graviditeten utgör en risk för den gravida kvinnans liv och hälsa är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att avbryta graviditeten. I detta fall är hälso- och sjukvårdspersonal även skyldiga att försöka rädda F/B i den mån det går.

Begreppet livsduglighet är avgörande för om en sen abort får utföras eller inte. Trots dess betydande roll har en entydig tolkning inte fastställts. Avsaknaden av en entydig tolkning kan leda till att hälso- och sjukvårdspersonal utgår från olika tolkningar av begreppet, vilket i sin tur leder till att olika åtgärder gentemot F/B görs beroende på vilken tolkning hälso- och sjukvårdspersonal i viss region utgår ifrån.

Det kan konstateras att hälso- och sjukvårdspersonal har skyldigheter att följa och förhålla sig till gentemot den gravida kvinnan som ska utföra en sen abort. Men abortlagen och SOSFS 2009:15 uppställer inga direkta krav på skyldigheter gentemot F/B vid en sen abort.

3 Livets början

3.1 Introduktion

Det finns flertalet uppfattningar om när det mänskliga livet börjar. Det finns bland annat etiska, filosofiska, biologiska och religiösa uppfattningar som skiljer sig åt från varandra. Livets början är inte enbart en juridisk fråga utan utgör även en grundläggande utgångspunkt för etiska överväganden. Huvudfokus är då istället vid vilken tidpunkt människovärdet inträder. Inom etiken finns huvudsakligen tre uppfattningar kring livets början och människovärdets inträdande. Vissa etiker hävdar att människovärdet inträder vid befruktningen. Andra anser att det inträder först när det befruktade ägget fäster vid livmoderväggen, vilket sker cirka tio dygn efter befruktningen. En tredje uppfattning är att livets början och människovärdets inträdande sker successivt, i takt med att embryots/fostrets skyddsvärde ökar.⁸⁰

Livets början framkommer genom skilda uppfattningar även utifrån ett religiöst perspektiv. Inom kristendomen förefaller olika trosuppfattningar gällande livets början. Många katoliker anser att livet börjar vid befruktningen. För de som argumenterat mot detta är svaret att trots att fostret inte är färdigutvecklat är det att betrakta som en potentiell människa och ska därför även respekteras som en människa.⁸¹

Majoriteten av de islamiska rättsskolorna har gett uttryck för att livets inträdande enligt Koranen ska tolkas som att det sker först när F/B besitter en själ vilket sker längre fram i graviditeten.⁸² Koranen ger uttryck för att F/B är människa när det ser människolikt ut.⁸³ Även inom buddhismen följer skilda uppfattningar om när livet tar vid. Den främsta uppfattningen är dock att det mänskliga livet börjar vid befruktningen.⁸⁴

Mot bakgrund av framställningens syfte kommer detta kapitel avse en utredning av livets början enligt svensk rätt, därav fokus på de svenska rättskällorna och däribland förarbeten. Detta kapitel tar sikte på vilka uppfattningar om livets början som kan utläsas ur förarbetena av abortlagen, Barnkonventionen, folkbokföringslag (1991:481) (folkbokföringslagen), Europakonventionen samt praxis. Vidare avser kapitlet att undersöka lagstiftarens uppfattning om när livet inträder. Livets början är viktigt att fastställa för att senare kunna utreda vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot F/B vid en sen abort, och när dessa skyldigheter tar vid samt hur tidpunkten för livets början påverkar hälso- och

⁸⁰ Statens medicinsk-etiska råd, *Livets början*, 2023-04-16.

⁸¹ Lagercrantz (2000) s. 115 f.

⁸² Ibid. s. 123 f.

⁸³ Ibid. s. 35.

⁸⁴ Ibid. s. 126.

sjukvårdspersonalens skyldigheter mot F/B som uppvisar livsduglighet vid en sen abort.

3.2 Tidpunkten för livets början enligt abortlagen

Abortlagen fastställer inte en specifik tidpunkt för när livet inträder. Istället föreskriver abortlagen som nämnts att F/B inte får aborteras om F/B kan antas vara livsdugligt.⁸⁵ I abortlagens förarbeten diskuteras skilda uppfattningar om när livet tar sin början. Tidpunkter som kan tyckas vara aktuella för livets inträdande enligt SOU 1989:51 är befruktningen, implantationen, F/B:s första rörelser, livsdugligheten samt födelsen.⁸⁶ De två vanligaste uppfattningarna om när tidpunkten för livets början infaller är enligt prop. 1994/95:142 antingen vid befruktningen eller under utvecklingens gång.⁸⁷

Uppfattningen om att livet börjar redan vid befruktningen tar utgångspunkt i att fostret erhåller fullt människovärde redan från start.⁸⁸ Fostret har vid tidpunkten för befruktningen alla förutsättningar för att utvecklas till ett individuellt mänskligt liv. Enligt denna uppfattning utgör fosterrörelser och förlossning enbart delmoment i utvecklingen till ett individuellt mänskligt liv.⁸⁹ Av denna uppfattning följer att fostret är att betrakta som en självständig individ redan vid befruktningen varvid abort inte kan försvaras. Alternativt att fostret är självständigt, men att dess skydd inte är en absolut rättighet så fort det kolliderar med andra intressen. Som självständig individ oberoende av den gravida kvinnan kan det ifrågasättas om F/B, enligt denna uppfattning, har rätt till vård direkt vid födelsen likt andra självständiga individer oavsett om F/B förlöses i graviditetsvecka 22 eller 40. Ett sådant tankesätt verkar dock inte vara förenligt med dagens verklighet, då sena aborter tidigare har utförts så sent som i graviditetsvecka 22.

Den andra uppfattningen utgår istället från att livet är en process och att människovärdet utvecklas kontinuerligt. Fostret utgör enligt detta synsätt inte enbart en del av kvinnans kropp, utan detta förändras allt eftersom graviditeten fortskrider.⁹⁰ Med detta synsätt är det svårt att fastställa en specifik tidpunkt för livets början. Denna svårighet kan tänkas bidra till oklarheter kring vem som har rätt till vård samt i vilket skede rätten till vård av hälso- och sjukvårdspersonal inträder.

Ytterligare en uppfattning är att F/B inte är en självständig individ under tiden som F/B befinner sig i livmodern. Enligt denna uppfattning inträder livet först vid födelsen. Utifrån detta synsätt kan avbrytandet av graviditet anses

⁸⁵ 3 § abortlagen.

⁸⁶ SOU 1989:51 s. 76.

⁸⁷ Prop. 1994/95:142 s. 16.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ SOU 1989:51 s. 76.

⁹⁰ Prop. 1994/95:142 s. 14 ff.

godtagbart eftersom livet uppfattas inträda först vid födelsen.⁹¹ Det kan dock ifrågasättas vad som avses med begreppet ”födelsen”. Vid en sen abort kan F/B förlösas i graviditetsvecka 21 och uppvisa livsduglighet. Är detta att betrakta som en slags födelse? Eller bör det antas att uppfattningen utgår från att födelsen ska ske i graviditetsvecka 40 efter en fulländad graviditet? Samtidigt kan extremt för tidigt födda barn förlösas i graviditetsvecka 22. Omfattas dessa barn av begreppet födelse? Avsaknaden av vad som avses med begreppet födelsen bidrar till oklarheter om födelsen endast tar sikte på en fulländad graviditet eller om åtgärder som abort inbegriper i begreppet.

Ett synsätt, som följer av SOU 1935:15, är att fostret enbart utgör en del av kvinnans kropp.⁹² Denna uppfattning innebär således att fostret inte utgör en egen individ med egna rättigheter. Istället är fostret en del av den gravida kvinnans kropp, likt hennes övriga organ, och bunden till hennes rättigheter. I SOU 1989:51 avväjdes dock denna uppfattning och ersattes med att ett foster inte enbart kan betraktas som en del av kvinnans kropp. Istället ska den gravida kvinnan och fostret ses som två individer varav den ena är en blivande individ.⁹³ Uppfattningen som följer av SOU 1935:15 bör beaktas med försiktighet då abortfrågan sedan dess framkomst har förändrats i takt med modernisering.

Mot bakgrund av nuvarande abortlagstiftning verkar lagstiftaren ha följt uppfattningen om att fostrets skyddsvärde successivt ökar efterhand som fostret utvecklas. Den gravida kvinnan har enligt abortlagen rätt till fri abort fram till graviditetsvecka 18 och därefter krävs synnerliga skäl för beviljandet av abort.⁹⁴ F/B:s intresse ökar därmed från och med graviditetsvecka 18. Enligt Socialstyrelsens praxis ska F/B antas vara livsduglig i graviditetsvecka 22. Från och med graviditetsvecka 22 väger således F/B:s skyddsvärde tyngre än kvinnans då F/B inte får aborteras efter denna tid, med undantag för om det föreligger risk för kvinnans liv eller hälsa. Som tidigare nämnts framgår det inte direkt av abortlagen att livsdugligheten antas ha inträtt i graviditetsvecka 22. Enligt abortlagen reglerar F/B:s livsduglighet gränsen för när abort inte längre får utföras. Men om lagstiftarens tanke är att livets början inträder vid antagandet av F/B:s livsduglighet framgår inte av abortlagen.

Abortlagen fastställer således inte en specifik tidpunkt för livets början. Lagstiftningen ger endast uttryck för att fostrets skyddsvärde ökar i takt med dess utveckling. Att fostrets skyddsvärde ökar successivt behöver inte nödvändigtvis betyda att livet likväl inträder efter hand. Desto mer vägledning för vilka uppfattningar om tidpunkten för livets början som finns ges av förarbetena, såsom vid befruktningen, implantationen, livsduglighet

⁹¹ SOU 2005:90 s. 61.

⁹² SOU 1935:15 s. 22.

⁹³ SOU 1989:51 s. 78.

⁹⁴ 1 samt 3 §§ abortlagen.

och födelsen. Samtliga tidpunkter följs dock av ovisshet och konsekvenser. När livet börjar är enligt abortlagen fortsatt otydligt. Abortlagens syfte är dock inte att ta fäste på när livet börjar, utan snarare att värna om den gravida kvinnans integritet och hennes självbestämmande över sin kropp. Med anledning av abortlagens syfte, som inte består i F/B:s rätt till liv och hälsa, kan det ifrågasättas huruvida abortlagen är lämplig att fastställa när livet börjar.

3.3 Definitionen av ett barn i Barnkonventionen

Varje barn har enligt art. 6 i Barnkonventionen inneboende rätt till liv. Det innebär att konventionsstaten i största möjliga mån ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling.⁹⁵ Enligt Barnkonventionen avses med barn vardera människa under 18 år, såvida inte barnet blir myndigt tidigare enligt lag som är tillämpligt på barnet.⁹⁶ Barnkonventionen uppställer således en övre gräns för när ett barn inte längre är att anses som ett barn. En undre gräns som stadgar när barndomen börjar saknas däremot.

Inför Barnkonventionens uppkomst föreslogs det att barndomen ska anses börja med födelsen. Ett antal delegater motsatte sig detta eftersom en sådan bestämmelse skulle strida mot vissa länders lagstiftning. Istället ansåg dessa delegater att begreppet barndomen skulle utvidgas och således omfatta hela perioden för fosterutveckling med start från befruktningen. Andra delegater motsatte sig detta och ansåg istället att försöket att fastställa en specifik tidpunkt för när barndomen börjar skulle lämnas därhän. Med anledning av den rådande oenigheten kring barndomens början definierades aldrig begreppet.⁹⁷

Förespråkarna för att barndomen börjar vid befruktningstillfället fick till viss del sin önskan uppfylld genom införandet av skäl 9 i Barnkonventionens inledning. I skälen som följer av inledningen till Barnkonventionens artiklar framgår att konventionsstaterna, genom att ha kommit överens om Barnkonventionens innehåll, ska beakta att barnet med anledning av sin fysiska och psykiska omognad är i behov av särskilt skydd och särskild omvårdnad. Det inbegriper lämpligt rättsligt skydd såväl före som efter födelsen.⁹⁸ Formuleringen anger dock inte hur långt före födelsen som avses. Före födelsen hade däremot kunnat avse perioder såsom befruktningstillfället eller under tiden då de första fosterrörelserna sker. Lagstiftaren har genom Barnkonventionen inte närmare definierat vad som avses med formuleringen.

Formuleringen, såväl före som efter födelsen i skäl 9 i Barnkonventionen, medförde skilda åsikter vid framtagandet av Barnkonventionen och dess inledning. De delegater som var för formuleringen motiverade detta med att

⁹⁵ Art. 6 i Barnkonventionen.

⁹⁶ Art. 1 i Barnkonventionen.

⁹⁷ United Nations High Commissioner for Human Rights (2007) s. 305.

⁹⁸ Skäl 9 i inledningen av Barnkonventionen.

deras nationella lagstiftning redan bestod i bestämmelser som skyddar det ofödda F/B:s rättigheter från befruktningstillfället. Vidare anförde delegationerna som förespråkade formuleringen att syftet med uttrycket inte var att utesluta möjligheten till abort, tvärtom. Delegationerna som motsatte sig formuleringen besvarade detta argument med att inledningen torde vara neutral i frågor som berör abort och därmed inte innehålla en sådan formulering. De anförde vidare att definitionen av begreppet barn endast borde förekomma i art. 1 och att inledningens utformning inte skulle påverka dess definition. Eftersom Barnkonventionens art. 1 hade antagits med en neutral betydelse torde inledningen inte ge en annan tolkning. De delegater som förespråkade formuleringen ansåg att den var tillräckligt neutral eftersom formuleringen inte gav uttryck för en specifik period som uttrycket ”före födelsen” avsåg. Konventionsstaternas skyldighet att beakta barnet med anledning av sin fysiska och psykiska omognad och dess tillhörande rättsliga skydd före födelsen var därmed neutralt uttryckt.⁹⁹ Samtidigt kan det genom skäl 9 utläsas att det talas om det ofödda fostret inbegripet i begreppet barn. Detta kan tyda på att begreppet barn, enligt Barnkonventionen, omfattar det ofödda fostret som således har samma rättigheter och skydd som det redan existerande barnet. Huruvida detta anses vara neutralt uttryckt kan därmed ifrågasättas.

Barnkonventionens inledning utgör ett verktyg för att tolka Barnkonventionens bestämmelser.¹⁰⁰ Genom att tolka Barnkonventionens bestämmelser mot bakgrund av dess inledning finns stöd för att Barnkonventionen erkänner det ofödda F/B ett visst skydd. Samtliga av Barnkonventionens bestämmelser avser begreppet barn och nämner dock aldrig ofödda. En tolkning enbart utifrån Barnkonventionens bestämmelser, utan inledningen som verktyg, talar för att Barnkonventionen endast ger skydd åt födda existerande barn och därmed inte ett potentiellt sådant. Vid tillfället för Sveriges ratificering av Barnkonventionen fastlades dock att Barnkonventionens inledning endast är av betydelse för tolkningen av Barnkonventionens artiklar.¹⁰¹ Det kan mot bakgrund av detta konstateras att F/B omfattas av Barnkonventionens rättigheter absolut senast vid födelsen. Men med inledningen som verktyg talar det för att livet börjar tidigare än så. Huruvida Barnkonventionen ska läsas med hjälp av skälen i dess inledning eller inte påverkar om livets början tar vid före födelsen eller först vid födelsen. Men med anledning av inledningens syfte och uttalandet vid Sveriges ratificering av Barnkonventionen får det förutsättas att Barnkonventionens inledning ska läsas tillsammans med Barnkonventionens bestämmelser.

⁹⁹ United Nations High Commissioner for Human Rights (2007) s. 285.

¹⁰⁰ Schmahl (2021) s. 32.

¹⁰¹ Prop. 1989/90:107 s. 29.

Den som utgör ett barn i enlighet med art. 1 i Barnkonventionen ska enligt art. 7 i Barnkonventionen registreras direkt efter födelsen.¹⁰² Inför genomarbetningen av art. 7 och dess innehåll nämns aldrig något om vad begreppet födelse avser. Diskussionen om vilken graviditetsvecka som avses saknas också. Barnkonventionen och dess förarbeten verkar förutsätta att F/B föds som ett fullt friskt barn. Likt vid abortlagen har begreppet födelsen inte definierats och tydliggjorts i lagstiftningen. Huruvida ett F/B som förlöses i graviditetsvecka 21 eller 40 omfattas av begreppet födelse är av stor betydelse för Barnkonventionens tillämpning. Om begreppet födelse avser samtliga födelser, oavsett graviditetsvecka, bör ingen skillnad vidtas gentemot det F/B som aborteras och visar livsduglighet i graviditetsvecka 21 eller det F/B som uppvisar komplikationer i graviditetsvecka 40. De två förlösta F/B med likvärdiga överlevnadschanser, men som föds vid två helt skilda tidpunkter och genom olika åtgärder kan tyckas erhålla samma rättigheter enligt Barnkonventionens bestämmelser om begreppet födelse omfattar samtliga tidpunkter för F/B:s födelse.

Avsaknaden av en nedre gräns för barndomens början bidrar till otydlighet kring om Barnkonventionens artiklar avser ofödda F/B eller enbart födda existerande barn. Barndomens början påverkar således tolkningarna av Barnkonventionens övriga bestämmelser. Vid Sveriges antagande av Barnkonventionen fastlades att uttalandet om rätten till lämpligt skydd såväl före som efter födelsen avsåg en hänvisning till gällande internationell norm på området, som vardera konventionsstat inom ramen för normen fritt får tolka. Trots Sveriges ställningstagande i antagandet av Barnkonventionen lämnades den svenska tolkningen för barndomens början utan diskussion. Det konstaterades enbart att den dåvarande svenska abortlagstiftningen inte stod i strid med Barnkonventionens bestämmelser.¹⁰³ Barndomens början har således inte närmare definierats, varken i Barnkonventionen eller Sveriges antagande av den. Det verkar istället åläggas varje enskild stat att bedöma när den inträder.

Art. 1 och 6 i Barnkonventionen ger inte utrymme för tolkning att det ofödda fostret erkänns rätt till liv före dess födelse. Syftet med Barnkonventionens inledning är att tolka artiklarnas innehåll. Genom att tolka Barnkonventionens bestämmelser mot bakgrund av skäl 9 kan det antas att lagstiftarens uppfattning är att livets början tar vid innan födelsen. En specifik tidpunkt för när detta är står ännu oklart. Att livet börjar innan födelsen är dock inte samstämmigt med förarbetena inför Sveriges antagande av Barnkonventionen, där det uttalas att konventionsstaterna ges utrymme att själv tolka och bedöma frågan.

¹⁰² Art. 7.1 i Barnkonventionen.

¹⁰³ Prop. 1989/90:107 s. 29.

3.4 Ett barns födelse ska registreras

Ytterligare lagstiftning som kan användas för utredning av livets början är folkbokföringslagen. Enligt 24 § folkbokföringslagen ska ett barns födelse anmälas till Skatteverket om barnet förlösts i Sverige. Detta i syfte att bland annat fastställa den svenska befolkningens bosättning samt familjerättsliga förhållanden.¹⁰⁴ Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 24 § folkbokföringslagen skyldiga att göra en anmälan till Skatteverket avseende det barn som föds på ett sjukhus eller ett enskilt sjukhem. Ett barn som inte förlöses på sjukhus eller enskilt sjukhem ska anmälas till Skatteverket inom en månad från födelsen av sin vårdnadshavare. Bestämmelsen omfattar dels en nyfödd som visar livstecken efter födseln, dels dödfödda som avlidit efter utgången av graviditetsvecka 22.¹⁰⁵

I förarbetena till folkbokföringslagen beskrivs inte bakgrunden till bestämmelsens innehåll. Bestämmelsen är dock utformad utefter Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendationer som föreskriver att F/B som föds dödfödda efter en fulländad graviditetsvecka 22 bör registreras. Syftet bakom dess rekommendation är att föra statistik över perinatal dödlighet.¹⁰⁶ Eftersom folkbokföringslagens förarbeten saknar motivering till bestämmelsens utformning får svaret på livets början enligt folkbokföringslagen därmed sökas enbart i 24 § folkbokföringslagen.¹⁰⁷

Enligt folkbokföringslagen ska barn som föds registreras till Skatteverket omedelbart. Denna formulering hade kunnat tolkas som att livet börjar först vid födelsen, i vart fall för F/B som uppvisar livstecken. I upphävd folkbokföringslag (1967:198) definierades ett barn som torde registreras genom folkbokföring som att ”med barn avses nyfödd som efter födelsen andats eller visat annat livstecken, samt dödfödd som avlidit efter utgången av tjugooåttonde havandeskapsveckan”. Denna definition är dock borttagen i den nu gällande folkbokföringslagen och klargör således inte lika tydligt vad som avses med barn och livets början i förhållande till folkbokföring.

När livet börjar tydliggörs således inte i folkbokföringslagen. Det kan bara antas, utifrån lagens utformning, att livet för ett F/B som uppvisar livstecken börjar först genom födelsen. Mot bakgrund av lagens syfte, som utgörs av att bland annat kontrollera medborgarnas bosättning och därmed inte barnens rätt till liv, kan det ifrågasättas huruvida folkbokföringslagens bestämmelse är lämplig för utredningen av livets början för att fastställa hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot ett F/B med livstecken efter en

¹⁰⁴ 1 § folkbokföringslagen.

¹⁰⁵ 24 § folkbokföringslagen.

¹⁰⁶ Perinatal dödlighet är summan av antalet dödfödda barn (beräknat per 1 000 levande- och dödfödda barn) samt antalet i första levnadsveckan avlidna barn (beräknat på 1 000 levandefödda barn).

World Health Organization (2011) s. 180.

¹⁰⁷ Jfr. Prop. 1990/91:153, SOU 1990:50 samt SOU 1988:10.

sen abort. Fastställandet av livets början bör rimligtvis tas i annan svensk lagstiftning vars syfte utgör barnets rätt till liv och hälsa.

3.5 F/B som människa ur en straffrättslig synpunkt

Svenska domstolar har aldrig specifikt prövat frågan om när livet börjar. De närmaste fall som prövats är när det ofödda F/B avlidit på grund av tredje part. År 2016 dömdes en man till livstid för mord på sin exflickvän efter att ha strypt henne till döds. Exflickvännen var gravid i 20:e veckan med mannens barn. Hovrätten ansåg att exflickvännens framskridande graviditet samt mannens medvetenhet om att hon var gravid, i hög grad utgjorde försvårande omständigheter. Gärningsmannen hade inte enbart strypt exflickvännen till döds, utan även släckt ett liv i tillblivelse.¹⁰⁸ Av det beskrivna fallet kan slutsatsen dras att livets början ur en straffrättslig synpunkt inte inträtt för ett ofött F/B vid tiden för den 20:e graviditetsveckan. Detta med anledning av att gärningsmannen enbart dömdes för mord på flickvännen, och inte på F/B.

År 2007 dömdes en man för grov misshandel efter att medvetet försökt framkalla en abort på sin flickväs graviditet. Mannen hade uppsökt läkare och bett om att få utskrivet det specifika läkemedlet Cytotek, som används vid medicinsk abort, för smärtor från en gammal knäskada. Läkaren skrev sedermera ut läkemedlet till mannen. Mannen mosade ner tre tabletter i en mugg med yoghurt som han senare gav sin flickvän. Flickvännen åt yoghurten och drabbades av magsmärter, mindre vaginal blödning, uppkastning och diarré. Flickvännen undersöktes av läkare som inte kunde konstatera något fel på F/B. Läkaren drog slutsatsen att den gravida kvinnan drabbats av magsjuka. Mannen erkände några dagar senare sitt verk för flickvännen. Flickvännens ovetskap om det ofödda F/B hade blivit missbildat av medicineringen av Cytotek resulterade i att hon valde att göra en abort. Mannen dömdes för misshandel. Eftersom kvinnan var gravid sågs detta som en försvårande omständighet. Tingsrätten konstaterade vidare i sin bedömning att det ofödda F/B utgör en del av kvinnans kropp.¹⁰⁹ Likt föregående fall dömdes gärningsmannen enbart för brottet mot den gravida kvinnan, och inte för de konsekvenser som följde för F/B. Detta talar för att livet inte inträtt för det ofödda F/B i aktuellt fall, åtminstone inte utifrån ett straffrättsligt perspektiv.

Eftersom gärningsmannen i fallet från år 2016 inte dömdes för dubbelmord så kan livet inte anses ha börjat för F/B, i vart fall inte före graviditetsvecka 20. Att mannen från år 2007 inte dömdes för misshandel gentemot F/B stödjer detta. Det framgick dock inte, i 2007 års fall, i vilken graviditetsvecka kvinnan befann sig i. Vad gäller fallet från år 2016 kan det ifrågasättas om hovrätten bedömt annorlunda om kvinnan vid tillfället för mordet varit i en

¹⁰⁸ HovR B 5154–15.

¹⁰⁹ Vänersborgs TR B261-06.

annan graviditetsvecka, såsom vecka 22 eller 40. Det kan dock konstateras att om kvinnan varit gravid i vecka 40 när hon blev mördad hade det troligen bedömts som en ännu mer försvårande omständighet än om hon blivit mördad under graviditetsvecka 10. Varken tingsrätten eller hovrätten betraktade F/B som ett brottsobjekt i fallen. I juridisk mening går det således inte att mörda ett ofött F/B alternativt vålla ett ofött F/B:s död. Däremot anses det utgöra en i hög grad försvårande omständighet vid bedömningen av gärningsmannens brottsrubricering.

Man kan däremot bli dömd för att ha mördat ett nyfött barn. En kvinna dömdes år 2004 för barnadråp efter att hon förlöst sitt barn ensam i sitt hem. Kvinnan tog emot barnet men på grund av att barnet var hal efter födelsen tappade hon barnet. Eftersom barnet inte uttryckte något läte efter att ha blivit tappad knöt kvinnan in barnet i tre plastpåsar, en handling som framkallats av den stressfaktor graviditeten hade utgjort. Kvinnan vaknade några timmar senare och insåg vad hon hade gjort. Enligt obduktionen hade barnet dött av den syrebrist som följde av de förslutna påsarna.¹¹⁰

Av samtliga fall kan det utläsas att livet, enligt svensk praxis, börjar vid födelsen. Det bör än en gång poängteras att tingsrätten i 2007 års fall antydde att det ofödda F/B utgör en del av den gravida kvinnans kropp. Rättsfallen bedömdes aldrig av Högsta domstolen med dess prejudicerande verkan. Fallen får därför utläsas mot bakgrund av att utfallet hade kunnat bli annorlunda genom en bedömning av Högsta domstolen. Eftersom Högsta domstolen än så länge inte avgjort en liknande fråga är detta den praxis som finns att tillgå och som därmed får anses vara vägledande för det specifika området. Fallen tar dock huvudsakligen utgångspunkt i när det straffrättsligt går att dömas för dråp eller mord alternativt vid vilken tidpunkt ett F/B bör skyddas mot dödande, snarare än när livet börjar för ett F/B. Därmed bör ovan beskrivna fall inte utgöra huvudvägledning för utredningen av när livet inträder. Vägledning för när livet börjar bör därför sökas i andra mer, för framställningens syfte, relevanta rättskällor.

3.6 F/B:s rätt till liv

Rätten till liv utgör en grundläggande mänsklig rättighet.¹¹¹ Art. 2 i Europakonventionen stadgar att var och en har rätt till liv, vilket ska skyddas genom lag. När skyddet enligt artikeln inträder är ett omdiskuterat ämne. Det vill säga om skyddet uppkommer först vid födseln eller om skyddet i viss mån även omfattar det ofödda F/B.¹¹²

Art. 2 och dess tillämpning på livets början är inte tydliggjord. I ett fall från år 1980 utredde Europakommissionen huruvida F/B omfattas av rätten till liv

¹¹⁰ RH 2004:63.

¹¹¹ Rynning (2004) s. 152.

¹¹² Danelius (2023) s. 86.

i enlighet med art. 2 Europakonventionen. Hustrun var gravid i 8:e veckan och hade för avsikt att genomgå abort, vilket mannen motsatte sig. Europakommissionen konstaterade att begreppet ”var och en” inte har en tydlig definition i Europakonventionen, trots dess upprepande användning i flertalet artiklar. I nästan samtliga artiklar där formulering ”var och en” används, tillämpas begreppet såsom att det endast kan gälla i nära anslutning till födelsen. Ingen av artiklarna som berörs indikerar på att det har någon möjlig prenatal tillämpning.¹¹³ Europakommissionen påpekade dock i detta fall att en sådan tillämpning inte kan uteslutas. Likt formuleringen ”var och en” bedömde Europakommissionen att begreppet ”liv” inte heller definieras i konventionen. Europakommissionen konstaterade att envars rätt till liv berör personer som redan är födda och att F/B således inte omfattas. Europakommissionen bedömde slutligen att F/B inte hade rätt till liv enligt art. 2 före den 10:e graviditetsveckan. Huruvida F/B har rätt till liv efter utgången av graviditetsvecka 10 lämnade Europakommissionen osagt.¹¹⁴

Likt föregående fall kom Europakommissionen i H v. Norway fram till att begreppen ”var och en” och ”liv” inte var tydligt definierat i Europakonventionen. I fallet var kvinnan gravid i vecka 12 och ville utföra abort, vilket mannen inte ville. Europakommissionen ansåg att de inte behövde ta ställning till om F/B bör åtnjuta skydd enligt art. 2 första meningen Europakonventionen eller inte. Istället ålade Europakommissionen staten att vidta lämpliga åtgärder för att skydda liv. Europakommissionen anförde vidare att konventionsstaterna ska ges utrymme till en skönsmässig bedömning i frågan.¹¹⁵

I fallet Boso v. Italy ansåg Europadomstolen inte heller att det var nödvändigt att utreda F/B:s rätt till skydd enligt art. 2 Europakonventionen. I förevarande fall valde kvinnan att genomgå abort mot mannens vilja. Mannen ansåg att en sådan abort utgjorde kränkning av hans rättigheter som potentiell pappa samt det ofödda F/B:s rätt till liv. Europadomstolen motiverade sitt förbiseende av utredningen av F/B:s rätt till skydd med att även om det kan antas att F/B i viss mån är berättigad de rättigheter som följer av art. 2 Europakonventionen, så har aborten i förevarande fall skett i enlighet med italiensk lagstiftning.¹¹⁶

Europadomstolen prövade F/B:s rätt till liv även genom fallet Vo v. France. Den gravida kvinna som besökte sjukhuset för att utföra en rutinundersökning blev förväxlad med en patient som skulle ta ut sin spiral. Läkaren, som försökte ta ut den gravida kvinnans icke-existerande spiral punkterade fosterhinnan. Den gravida kvinnan blev tvungen att genomgå en abort då en betydande mängd fostervatten gick förlorat. Den gravida kvinnan hävdade att läkaren gjort sig skyldig till vållande till annans död mot bakgrund av att

¹¹³ Med prenatal avses före födelsen.

¹¹⁴ X v. the United Kingdom (8416/78) dom den 10 april 2007.

¹¹⁵ H v. Norway (17004/90) dom den 19 maj 1992.

¹¹⁶ Boso v. Italy (50490/99) dom den 5 maj 2002.

mänskligt liv börjar vid befruktningen. Vid tidpunkten för aborten var F/B 20–21 veckor gammal. Under utförandet av aborten andades inte F/B, men enligt den undersökning som den gravida kvinnan gjort tidigare samma dag hade det F/B hon burit på varit vid liv. Europadomstolen bedömde att det dels inte var möjligt, dels inte var önskvärt att besvara frågan om huruvida F/B är en person i den mening som avses i art. 2 Europakonventionen. Europadomstolen konstaterade att en enhetlig europeisk uppfattning om F/B:s status och livets början saknas. Istället hör denna fråga till en slags bedömningsmarginal som åvilar konventionsstaterna.¹¹⁷

I *Evans v. the United Kingdom* hade Europadomstolen år 2007 att ta ställning till om embryon erhåller skydd enligt art. 2 Europakonventionen. Paret, som skulle extrahera ägg för provrörsbefruktning, separerade innan embryona implanterades i kvinnans livmoder. Mannen återkallade sitt samtycke till användandet av hans embryo, vilket innebar att det fanns en rättslig skyldighet att förstöra dem. Kvinnan åberopade däremot att embryona hade rätt till skydd enligt art. 2 Europakonventionen. Europadomstolen hänvisade till uttalandet i *Vo v. France* om avsaknaden av enighet gällande livets början. Europadomstolen pekade vidare på den enskilde statens bedömningsmarginal i frågan. Den nationella rättsordningen i förevarande fall erkände inte något skydd av rätten till liv till embryon. Mot bakgrund av det ansåg Europadomstolen, med hänvisning till staternas bedömningsmarginal, att en kränkning av art. 2 Europakonvention inte hade skett.¹¹⁸

Oavsett om det gäller embryon eller ett ofött F/B har varken Europakommissionen, under tiden som den existerade, eller Europadomstolen velat ta ställning i frågan om när livet börjar.¹¹⁹ Det konstateras endast att en enhetlig uppfattning om livets början saknas och att konventionsstaterna därför ges utrymme att göra en egen skönsmässig bedömning. Fastän Europakommissionen uteslöt F/B:s möjlighet till rätt till liv före graviditetsvecka 10 i *X v. the United Kingdom* kan någon slutsats om när livet börjar inte dras. Som Europadomstolen uttalade i *Vo v. France*, är det upp till respektive konventionsstat att bedöma denna fråga.

Trots Europakonventionens flitiga användande av begreppen ”var och en” och ”liv” i dess bestämmelser återfinns således inte någon tydlig definition av begreppen i konventionen. Utifrån beskrivna fall verkar Europakonventionens bestämmelse främst ta sikte på födda barn. Men enligt Europakommissionens uttalande i *X v. The United Kingdom* kan en prenatal tillämpning inte uteslutas.

Av Europadomstolens och Europakommissionens praxis kan det konstateras att ställning i frågan inte har velat tas. Frågan om livets början har behandlats

¹¹⁷ *Vo v. France* (53924/00) dom den 8 juli 2004.

¹¹⁸ *Evans v. the United Kingdom* (6339/05) dom den 10 april 2007.

¹¹⁹ Europakommissionen upphörde genom Europakonventionens elfte tilläggsprotokoll.

med stor försiktighet. För att vara fortsatt neutral i frågan har bedömningen istället ålagts de enskilda konventionsstaterna att avgöra genom en skönsmässig bedömning. Vad lagstiftarna till Europakonventionen anser om tidpunkten för livets början är därmed osagt.

3.7 Livets början enligt svensk rätt

Av ovanstående utredning kan det konstateras att livets början inte definieras tydligt i svensk rätt. Det är oklart om livet, enligt abortlagstiftningen, inträder successivt eller när F/B kan antas vara livsdugligt. Som nämnt ökar F/B:s skydd kontinuerligt i förhållande till graviditetsveckornas framskridande. När F/B antas vara livsdugligt, alltså i graviditetsvecka 22, får abort inte utföras. Men att F/B:s skyddsvärde successivt ökar behöver inte betyda att livets början, i takt med F/B:s ökade skyddsvärde, också inträder successivt. Av abortlagens bestämmelser framgår således inte när livet för F/B börjar. Det kan dock ifrågasättas huruvida abortlagen bör fastställa livets början.

Om abortlagen däremot hade bestått av en bestämmelse vilken tydliggjorde att livet enligt juridisk mening börjar exempelvis från och med graviditetsvecka 22, kan det ifrågasättas hur bestämmelsen hade förhållit sig till frågan om fosterreduktion. Med fosterreduktion avses en kvinna som är gravid med flera foster men som av något skäl väljer att avlägsna ett eller flera, men inte samtliga. Fosterreduktion behandlas dock inte av abortlagen då frågan inte var aktuell vid abortlagens framtagande. Abortlagen gäller även avbrutna graviditeter, vilket fosterreduktion inte är. Det råder delade meningar om fosterreduktion är att betrakta som abort eller inte.¹²⁰ Det är således juridiskt sett oklart om fosterreduktion är att likställa med abort. Om fosterreduktion inte är att betrakta som abort och abortlagens bestämmelser inte är tillämplig på fosterreduktion innebär det att en bestämmelse om livets början i abortlagen hade medfört oklarheter kring fosterreduktion, trots att ett F/B som i graviditetsvecka 22 framföds genom en sen abort och ett F/B som avlägsnas i graviditetsvecka 22 bör betraktas som likvärdiga. Mot bakgrund av detta kan det tyckas vara lämpligt att abortlagen inte fastställer en tidpunkt för livets början.

Likt abortlagen är det vidare oklart när livet börjar enligt Barnkonventionen. Det ofödda F/B har enligt skäl 9 i inledningen samma rättigheter och skydd som det redan existerande barnet. Trots denna formulering i skäl 9 så framgår inte F/B:s rätt till rättsligt skydd före födelsen i Barnkonventionens artiklar. Genom att läsa Barnkonventionens artiklar mot bakgrund av dess inledning, vilket är syftet med inledningen, kan det tolkas som att livet börjar före födelsen. Men vad som avses med före födelsen är inte närmare definierat. Med tanke på Barnkonventionens inledning och sättet skäl 9 har formulerats

¹²⁰ Statens medicinsk-etiska råd, *Smer kommenterar 2017:1*, 2017-03-13.

kan det uppfattas som Barnkonventionen utgår från att livet börjar före födelsen.

Av art. 41 i Barnkonventionen framgår att konventionsstaterna inte hindras att ge barn ett starkare skydd, genom konventionens egna lagstiftning, än vad Barnkonventionen stadgar. Mot bakgrund av detta kan det anses rimligt att Barnkonventionens artiklar inte fastställer en tidpunkt för livets början då det kan kollidera med nationell rätt.

Med anledning av folkbokföringslagens syfte, att registrera och hålla uppsikt över medborgarnas bosättning och liknande, bör livets början enligt folkbokföringslagen inte ligga till grund för bedömningen av när F/B ska ges livsuppehållande vård eller inte. Detsamma kan antas gälla svensk praxis vars syfte inte var att fastställa när livet börjar utan snarare vilken straffgrad den utförda gärningen var behäftad med. Av fallen kunde det enbart utläsas att ett tillintetgörande av F/B:s potentiella liv är att betrakta som en försvårande omständighet i fall där en gravid kvinna bragts om livet. Konstateras kan dock att varken folkbokföringslagen eller rättsfallen gav ett tydligt uttryck för när livet inträder.

När livet börjar är en frågeställning som däremot har varit uppe för diskussion hos Europadomstolen och Europakommissionen ett antal gånger. Men varken Europadomstolen eller Europakommissionen, som upphörde genom Europakonventionens tilläggsprotokoll 11, har velat ge ett tydligt besked om när livet kan anses börja. En möjlig motivering till detta kan vara att samtliga länders lagstiftning är skilda och kan därför påverkas olika beroende på hur frågeställningen besvaras. Den enda riktlinjen som följer av Europadomstolen och Europakommissionen är i *X v. the United Kingdom* där Europakommissionen uttalade att F/B:s möjlighet till liv före graviditetsvecka 10 är uteslutet. Uttalandet kan tolkas som att det ger uttryck för att livet inte börjar före graviditetsvecka 10.

Ett skäl till att Europadomstolen och Europakommissionen inte vågat ta ställning i frågan kan vara för att Europakonventionen i viss mån är bunden till nationell lagstiftning. Enligt art. 1 Europakonventionen är samtliga stater som anslutit sig till Europakonventionen skyldiga att bevara konventionens skydd inom statens egna jurisdiktion. Det innebär således att konventionsstaten ska tillämpa nationella regler förenligt med Europakonventionens bestämmelser.¹²¹ Med andra ord ska Europakonventionen genomsyra nationell lagstiftning och tillämpning. Mot bakgrund av att nationell rätt i viss mån ska vara kompatibel med Europakonventionen, har Europadomstolen och Europakommissionen möjligen inte befogenhet att ta ställning i frågan när livet börjar. Den möjliga

¹²¹ Fisher (2020) s. 42.

motiveringen om att länders lagstiftning skiljer sig åt och kan komma att påverkas beroende på när tidpunkten för livets början fastställs stödjer detta.

Det kan konstateras att det förekommer skilda uppfattningar om livets början, inte enbart etiskt, filosofiskt och vetenskapligt, utan även juridiskt. Det finns således ingen enhetlig uppfattning juridiskt sett. Avsaknaden av en enhetlig bedömning av när livet börjar enligt svensk rätt kan leda till oklarheter om vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot F/B i en viss situation och tidpunkt. Trots avsaknaden av en enhetlig uppfattning kan det konstateras att livet inträder absolut senast vid F/B:s födelse. Om livet börjar före födelsen och när denna tidpunkt i så fall infinner sig är inget som kan utläsas ur svensk lagstiftning och är därmed fortsatt oklart.

4 Hälsa- och sjukvårdspersonalens allmänna skyldigheter gentemot patienter

4.1 Introduktion

Eftersom abort utförs inom ramen för hälso- och sjukvården blir därför bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL) tillämpliga.¹²² HSL ersatte den tidigare gällande hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (ÄHSL). ÄHSL togs fram som en ramlag, och så även nuvarande HSL.¹²³ Med ramlag avses att lagstiftningen inte i detalj reglerar vad som ska gälla utan snarare fastställer allmänna regler, riktlinjer och principer. Därefter är det upp till myndigheter, regeringen eller kommunen att precisera reglerna utifrån ramlagen.¹²⁴ Syftet med att utforma HSL som en ramlag är således att stärka den kommunala handlingsfriheten. Detta genom att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna anpassa hälso- och sjukvården efter de lokala behov och förutsättningar som finns.¹²⁵ Samtidigt är det av stor vikt för den enskilde att hälso- och sjukvårdsverksamheten verkar på ett ändamålsenligt sätt, eftersom hälso- och sjukvård är en grundläggande del av den enskildes liv och hälsa.¹²⁶ I ÄHSL fastställdes att det övergripande målet för hälso- och sjukvården ska vara god hälsa samt vård på lika villkor, detta har även följt med i nuvarande HSL.¹²⁷

Hälso- och sjukvårdspersonalens främsta syfte är att erbjuda god vård på lika villkor. Detta tar utgångspunkt i människovärdesprincipen, vilken övergripande innebär att alla människor har lika värde.¹²⁸ Dessa principer är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonalens huvudsakliga mål, vilka därmed kan sägas vara befattade med ramlagskaraktär. Trots att HSL enligt prop. 2016/17:43 ger uttryck för att HSL är en ramlagstiftning, kan det ifrågasättas om så faktiskt är fallet. Vid framtagandet av den nya HSL fördes bestämmelser från ÄHSL oförändrat över till den nya. Vissa bestämmelser flyttades dock från lag till förordnings- eller föreskriftsnivå då det ansågs att ÄHSL hade vissa detaljregleringar som inte skulle överföras till HSL. Detta för att bibehålla HSL:s syfte att vara en målinriktad ramlag.¹²⁹ Statens styrning av hälso- och sjukvården har sedan ÄHSL:s verkan ökat med anledning av att staten vill trygga vårdens tillgänglighet och kvalitet. Detta

¹²² Prop. 2006/07:124 s. 6.

¹²³ Prop. 1981/82:97 s. 1 samt prop. 2016/17:43 s. 1.

¹²⁴ Hollander (1995) s. 21 f.

¹²⁵ Axelsson (2011) s. 92.

¹²⁶ Johnsson (2021) s. 29.

¹²⁷ Prop. 1981/82:97 s. 3.

¹²⁸ 3 kap. 1 § HSL.

¹²⁹ Prop. 2016/17:43 s. 82 f.

kan sägas ge uttryck för att HSL:s ursprungliga ramlagskaraktär till viss del har frångåtts.¹³⁰

Förevarande kapitel tar sikte på att utreda vilka allmänna skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonal har gentemot sina patienter, i syfte att till viss del besvara vilka skyldigheter som åläggs svensk hälso- och sjukvårdspersonal när F/B uppvisar livsduglighet vid sen abort. Detta görs genom utredning av innebörden av människoprincipen, god vård på lika villkor, vård utifrån barnets bästa samt livsuppehållande tillstånd. Utredning av innebörden av vård utifrån barnets bästa samt livsuppehållande tillstånd görs för att undersöka huruvida dessa utgör allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal när F/B föds med livsduglighet vid en sen abort.

4.2 Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen utgör en av tre principer avseende prioriteringar inom hälso- och sjukvården.¹³¹ Med människovärdesprincipen avses att alla människor har lika värde och rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.¹³² Detta tankesätt utgör grunden för de olika konventionerna avseende mänskliga rättigheter. Med människovärde avses människans rätt till vissa fundamentala rättigheter såsom rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv. Dessa fundamentala rättigheter ska således respekteras.¹³³

Det är människors lika värde som hälso- och sjukvårdspersonalen ska beakta, inte faktorer som människans sociala ställning eller ålder.¹³⁴ I största möjliga utsträckning ska hälso- och sjukvården verka för att alla medborgare får den vård de är i behov av, oavsett kronologisk ålder. Att ge vård utifrån kronologisk ålder anses vara särbehandling och strider mot de etiska principerna.¹³⁵

Människovärdesprincipen ligger till grund för 3 kap. 1 § 2 st. HSL.¹³⁶ Där stadgas att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet. Den människa som har störst behov av hälso- och sjukvård har företräde, vilket ges till känna vid avbrytande av havandeskap med anledning av risk för kvinnans liv eller hälsa.¹³⁷

Vid en sen abort är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att ge kvinnan den vård som följer av åtgärden, under förutsättning att tillstånd från

¹³⁰ Johnsson (2017) s. 21.

¹³¹ Ytterligare principer är behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

¹³² Le Moli (2021) s. 19.

¹³³ Prop. 1996/97:60 s. 20.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ibid. s. 25.

¹³⁶ SOU 2021:80 s. 90.

¹³⁷ 3 kap. 1 § 2 st. HSL.

Socialstyrelsen givits. Det innebär att den gravida kvinnan har företräde i vården jämfört med F/B i aktuell situation. Vilken motivering som ligger bakom kvinnans större behov av vård än F/B kan ifrågasättas. Med anledning av den gravida kvinnans självbestämmanderätt ges hon vård före F/B. Att vård ges utefter kronologisk ålder i en sådan situation får endast antas vara en tillfällighet.

Människovärdesprincipen framgår även till viss del utav RF. Enligt 1 kap. 2 § 1 st. RF ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde samt för den enskildes frihet och värdighet. Det finns en viss uppfattning av doktrin att RF enbart gäller födda och redan levande personer.¹³⁸ Smer menar däremot att människovärdesprincipen omfattar samtliga levande födda individer, däribland ett F/B som visar livstecken efter en sen abort. Denna uppfattning innebär att de levande födda individerna har rätt till samma grundläggande rättigheter som övriga medborgare, däribland rätten till liv. Ett F/B som påvisar livstecken efter en sen abort är alltså, enligt Smer, att anse som likvärdigt ett barn. Ett barn med samma grundläggande rättigheter såsom övriga barn erkänns. Smer anser vidare att utgångspunkten att vissa födda individer inte skulle ha ett människovärde strider mot människovärdesprincipens grundtanke.¹³⁹ Trots Smers värdefulla arbete är dess uttalande inte att betrakta som en rättskälla.

I enlighet med människovärdesprincipen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att ge vård med respekt för människors lika värde. Den person som har mest behov av vård ges företräde. Vid vilken tidpunkt människovärdesprincipen infaller och ska respekteras av hälso- och sjukvårdspersonal är tämligen oklart och består av skilda uppfattningar. Tidpunkten för när människovärdesprincipen ska beaktas är av vikt då det även fastställer tidpunkten för när hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter att ge vård inträder.

4.3 God vård

I enlighet med människovärdesprincipen ska patienter ges lika vård på lika villkor.¹⁴⁰ Enligt 1 kap. 6 § patientlag (2014:821) (PL) innebär detta att oavsett var i Sverige som man befinner sig, ska man erhålla samma möjligheter till vård. Av detta följer att vården är lättillgänglig för samtliga medborgare.¹⁴¹

Genom sitt arbete ska hälso- och sjukvårdsverksamheten uppnå god vård i enlighet med 5 kap. 1 § HSL. Vårdgivaren ska utifrån detta krav planera, leda och kontrollera verksamheten i den mån att kravet uppfylls.¹⁴² Med god vård

¹³⁸ Jfr. Saldeen (2013) s. 347.

¹³⁹ Statens medicinsk-etiska råd (2019) s. 69.

¹⁴⁰ 3 kap. 1 § 1 st. HSL.

¹⁴¹ 5 kap. 1 § HSL samt 2 kap. 1 § PL.

¹⁴² 3 kap. 1 § HSL samt 3 kap. 1 § PSL.

avses att vården ska ske med god kvalitet och god hygienisk standard. Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillfredsställas.¹⁴³ Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper och kompetens utgör en stor betydelse för tryggheten inom hälso- och sjukvården. Därav föreligger behörighetskrav som hälso- och sjukvårdspersonalen måste uppfylla för att patienterna ska erhålla den trygghet som de är i behov av.¹⁴⁴ Kraven som följer av 5 kap. 1 § HSL är av stor betydelse för att vården ska betraktas som god.¹⁴⁵ Hälso- och sjukvårdspersonalen är även skyldiga att erbjuda patienter en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet. Hälso- och sjukvårdspersonal är vidare skyldiga att utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁴⁶

Hälso- och sjukvårdspersonal ska även utföra sitt arbete med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den gravida kvinnans val att genomgå abort ska därför respekteras och hon ska erbjudas den vård hon efterfrågar. Vården ska även främja en god kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten.¹⁴⁷ En god kontakt till hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar till en trygghet för patienten. Att patienten känner tilltro och trygghet till hälso- och sjukvårdspersonalen är av stor betydelse, framförallt när det gäller en abortsituation som kan vara känslös för de inblandade.

Att hälso- och sjukvårdspersonalen uppfyller god vård i sin verksamhet bidrar till att patienten känner trygghet och säkerhet till hälso- och sjukvårdspersonalen gällande sin personliga situation. Patienters känsla av trygghet och säkerhet är en grundläggande faktor för att hälso- och sjukvården ska fungera.¹⁴⁸ Avsaknad av patienters förtroende gentemot hälso- och sjukvårdspersonal kan tänkas orsaka konsekvenser för hälso- och sjukvården. Möjligen hade ett misstroende gentemot hälso- och sjukvård kunnat leda till att en gravid kvinna väljer att utföra en abort på egen hand, utan att ta hjälp av hälso- och sjukvården. Ett sådant misstroende hade i sin tur kunnat bidra till rättsosäkerhet och skada för kvinnan.

Att hälso- och sjukvårdspersonal upprätthåller en god vård är av betydande vikt för rättssystemet i stort. Med god vård följer bland annat att lika vård ska ske på lika villkor, oavsett ålder. Tidpunkten för livets början kan vara av betydelse för att fastställa när hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att erbjuda god vård till F/B som framfötts med livsduglighet efter en sen abort.

¹⁴³ 5 kap. 1 § HSL samt 6 kap. 1 § PL.

¹⁴⁴ Westerhäll Vahlne, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 § 1 Karnov, 2021-01-01 (JUNO).

¹⁴⁵ Prop. 2016/17:43 s. 95.

¹⁴⁶ 3 kap. 1 § HSL, 1 kap. 7 § PL samt 6 kap. 1 § PSL.

¹⁴⁷ 5 kap. 1 § HSL samt 4 kap. 1 § PL.

¹⁴⁸ SOU 1999:66 s. 215.

4.4 Vård utifrån barnets bästa

HSL:s bestämmelser är tillämpliga på såväl vuxna som barn.¹⁴⁹ Om ett F/B som uppvisar livsduglighet efter en sen abort är att betrakta som barn kan komma att påverkas av när tidpunkten för livet börjar. Men när hälso- och sjukvård ges till barn, ska detta ske utifrån barnets bästa.¹⁵⁰ Barnets bästa är inte definierat, varken i HSL eller Barnkonventionen. Barnets bästa utgör istället en bedömningsprocess som sker utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Vid bedömningen av barnets bästa utgör barnets skydd för sitt liv och hälsa den största faktorn. Hänsyn måste dock tas till barnets integritet. Bedömningen av vad som är barnets bästa i en specifik situation är en komplex del av hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. När det gäller barnets bästa är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att ta hänsyn till barnets ålder och mognad samt beakta barnets behov och önskningar samtidigt som de ska samverka med barnets vårdnadshavare.¹⁵¹ Om F/B som framföds med livsduglighet vid sen abort är att betrakta som ett barn, kan det tänkas vara svårt att fastställa F/B:s önskan. I en sådan situation är det möjligen mer aktuellt att samverka med barnets vårdnadshavare. Barnets vårdnadshavare består bland annat av modern. Det innebär att modern till viss del har rätt att bestämma vad som utgör barnets bästa. Om modern ser sig som en olämplig moder till F/B kan det kanske motiveras mot bakgrund av principen om barnets bästa att F/B aborteras samt att livräddande insatser på F/B uteblir.

Enligt art. 3 i Barnkonventionen ska hänsyn tas till vad som kan antas vara barnets bästa vid samtliga åtgärder som rör barn, oavsett om det är offentliga eller privata åtgärder.¹⁵² Artikelns kan med andra ord sägas ha en självständig betydelse i samtliga beslut som berör barn eller grupper av barn.¹⁵³ Konventionsstaterna är genom Barnkonventionen skyldiga att garantera att barnet erhåller ett sådant skydd och omvårdnad som barnet är i behov av.¹⁵⁴ Vidare ska konventionsstaterna fastställa att institutioner, tjänster och inrättningar som tillhandahåller omvårdnad eller skydd av barn uppnår de normer som behöriga myndigheter utfärdat.¹⁵⁵

Konventionsstaterna är enligt art. 24 i Barnkonventionen skyldiga att bidra till att barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård efterlevs. Av principen om barnets bästa följer även att inget barn ska fråntas sin rätt till hälso- och sjukvård.¹⁵⁶ Rätten till hälsa utgör således en skyldighet för konventionsstaterna att möjliggöra god hälsa för samtliga medborgare genom att garantera dem tillgång till ett välfungerande hälso- och

¹⁴⁹ Prop. 2016/17:43 s. 97.

¹⁵⁰ 5 kap. 6 § HSL samt 1 kap. 8 § PL.

¹⁵¹ Prop. 2013/14:106 s. 62 f.

¹⁵² Art. 3.1 i Barnkonventionen.

¹⁵³ Jfr. Grahn-Farley s. 48 ff.

¹⁵⁴ Art. 3.2 i Barnkonventionen.

¹⁵⁵ Art. 3.3 i Barnkonventionen.

¹⁵⁶ Art. 24.1 i Barnkonventionen.

sjukvårdssystem.¹⁵⁷ Med hälsa avses ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt samt socialt välbefinnande.¹⁵⁸ Den högsta möjliga hälsostandarden avgörs av olika faktorer i det enskilda fallet. Faktorer som spelar roll är exempelvis genetiska avtryck, barnets miljöförhållanden samt moderns hälsa under graviditeten. Ett barns bästa utgörs, som tidigare nämnts, av omständigheter i det enskilda fallet.¹⁵⁹

Barnets bästa är alltså den princip som ska vara vägledande i det beslut som hälso- och sjukvårdspersonalen ska ta i en viss situation. I bedömningen av barnets bästa följer även beaktande av barnets integritet. Huruvida hälso- och sjukvårdspersonal ska beakta principen om barnets bästa vid en sen abort där F/B föds med livsduglighet påverkas av när tidpunkten för livet tar vid. Om livet har ansetts börja för F/B som utför andningar och reflexmässiga rörelser bör hälso- och sjukvårdspersonal möjligen utgå från F/B:s bästa i den specifika situationen. En sådan beaktning utav hälso- och sjukvårdspersonal strider dock mot kvinnans önskan om abort.

4.5 Livsuppehållande behandling

Barnets rätt till en god hälsa och sjukvård inbegriper förebyggande samt hälsofrämjande åtgärder, däribland behandling och palliativ vård.¹⁶⁰ SOSFS 2011:7 reglerar föreskrifter som hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att vidta vid vård av patienter med livshotande tillstånd i de verksamheter som omfattas av HSL.¹⁶¹ Med livsuppehållande behandling avses behandling som ges vid patientens livshotande tillstånd i syfte att upprätthålla patientens liv.¹⁶² I situationen då det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling ska den berörda hälso- och sjukvårdspersonalen samråda med minst en annan legitimerad yrkesutövare.¹⁶³

Enligt art. 6 i Barnkonventionen är konventionsstaterna vidare skyldiga att i största möjliga mån säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Denna rättighet avser att skydda barnets livslängd från dess födelse till dess att barnet når laglig vuxen ålder.¹⁶⁴

Om livet anses ha börjat för F/B som föds med livsduglighet efter en sen abort kan F/B vara att betrakta som ett barn. Om F/B är att betrakta som ett barn bör således hälso- och sjukvårdspersonal även vara skyldiga att utifrån barnets bästa bedöma om det är bäst för F/B att vidta livsuppehållande

¹⁵⁷ Åhman m.fl. (2020) s. 257.

¹⁵⁸ WHO:s rekommendationer, *Constitution of the world health organization*, 1946-07-22 s. 1.

¹⁵⁹ Schmahl (2021) s. 348 f.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ 1 kap. 1 § SOSFS 2011:7.

¹⁶² 1 kap. 2 § SOSFS 2011:7.

¹⁶³ 3 kap. 2 § SOSFS 2011:7.

¹⁶⁴ Schmahl (2021) s. 118.

behandling eller inte för F/B:s rätt till överlevnad. Men om livet inte har börjat vid denna tidpunkt är hälso- och sjukvårdspersonal däremot inte skyldiga att beakta detta.

4.6 Allmänna skyldigheter

Sammantaget är hälso- och sjukvårdspersonal alltid skyldiga att följa människoprincipen och därmed ge vård utifrån respekt för människors lika värde. Hälso- och sjukvårdspersonal är även skyldiga att sträva efter en god vård på lika villkor, oavsett ålder.

I situationen då F/B föds med livsduglighet vid sen abort är det dock inte lika självklart. Vilka skyldigheter som åläggs hälso- och sjukvårdspersonal påverkas av tidpunkten för livets början. Huruvida F/B är att betraktas som människa eller inte inverkar på om människoprincipen är tillämplig. Tidpunkten för livets början kan även påverka huruvida hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att erbjuda god vård eller inte.

Huruvida hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att beakta barnets bästa kan vara beroende av om F/B som framföds med livsduglighet vid sen abort är att anse som barn eller inte. Om F/B med livsduglighet vid sen abort är att betrakta som ett barn, torde hälso- och sjukvårdspersonal även vara skyldiga att med hänsyn till barnets bästa möjligen vidta livsuppehållande behandling för F/B:s rätt till överlevnad och utveckling.

Vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen åläggs gentemot ett F/B som uppvisar livsduglighet vid sen abort är således troligen beroende av vid vilken tidpunkt livet för F/B anses ha börjat.

5 Omvårdnad av F/B

5.1 Introduktion

I Sverige används begreppet normgivningsmakten vilket kommer till uttryck i 8 kap. RF. Normgivningsmakten reglerar hur lagar, förordningar och föreskrifter upprättas samt vem som har rätt att besluta om vad. Som tidigare nämnt framgår legalitetsprincipen utav 1 kap. 1 § 3 st. RF som föreskriver att den offentliga makten utövas under lagarna. Hälso- och sjukvården är således skyldiga att inrätta sin verksamhet samt sina arbetsuppgifter utefter vad som stadgas i lag. Legalitetsprincipen omfattar samtliga statliga och kommunala organ, men även riksdagen.¹⁶⁵

Riksdagen, som utgör det främsta beslutfattande organet i Sverige, kan dock under vissa förutsättningar delegera att regeringen utfärdar förordningar. Riksdagen har också befogenhet att ge regeringen tillåtelse att delegera särskild normgivningsmakt till myndigheter som då har möjlighet att utfärda föreskrifter på aktuellt område. Ett sådant bemyndigande ska alltid ges i lag eller förordning.¹⁶⁶

Enligt 8 kap. 2 § RF p.2 ska föreskrifter meddelas i lag om de avser förhållandet mellan den enskilde och det allmänna under förutsättning att föreskrifterna avser skyldigheter för enskilda alternativt i övrigt gäller ingrepp i enskildas personliga och ekonomiska förhållanden. Bestämmandet över enskildas frihet ligger således hos riksdagen enligt legalitetsprincipen.¹⁶⁷

Föreskrifter upprättas av myndigheter med expertkunskap i syfte att ta fram mer detaljerade regler. Exempel på detta är den gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS) och SOSFS. Föreskrifterna tas fram inom ramen för vad som redan stadgas i lagar och förordningar och är av bindande karaktär.¹⁶⁸ Det kan dock ifrågasättas om det går att fastställa regler genom föreskrifter utan att indirekt påverka de rättigheter som följer av svensk lagstiftning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gällande abort, sen abort och avbrytande av havandeskap följer inte enbart av lagstiftning och SOSFS. Det följer även av IVO som har till uppgift att utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal.¹⁶⁹ Syftet med detta är att upprätthålla en god kvalitet i enlighet med svensk rätt samt att medborgarna erhåller en säker vård och

¹⁶⁵ Strömberg & Lundell (2019) s. 23.

¹⁶⁶ 8 kap. 1 § RF samt 8 kap. 3 § RF.

¹⁶⁷ Holmberg m.fl. (2019) s. 365.

¹⁶⁸ Jfr. Zillén m.fl. (2022) s. 35.

¹⁶⁹ Johnsson (2020) s. 162 f.

omsorg.¹⁷⁰ Vidare framgår ytterligare skyldigheter i nationella styrdokument, däribland konsensusdokumentet med tillhörande omvårdnadsriktlinjer. Slutligen förekommer även regionala och lokala riktlinjer avseende hälso- och sjukvårdspersonals hantering av abort, sen abort eller avbrytande av graviditet.

Detta kapitel avser att utreda frågeställningen om vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal åläggs genom IVO:s beslut, nationella styrdokument och regionala riktlinjer avseende ett F/B som föds med livsduglighet efter en sen abort. De regionala riktlinjerna är framtagna genom en empirisk undersökning. Inom respektive region finns kliniker som erhåller rätt att utföra aborter och sena aborter. Dessa kliniker kan befatta sig med egna lokala riktlinjer som inte till fullo stämmer överens med de regionala styrdokumenten. Den empiriska undersökningen har enbart utgått från regionala styrdokument.

5.2 IVO:s tillsyn

5.2.1 Introduktion

IVO utgör en tillsynsmyndighet som har till uppgift att utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen.¹⁷¹ Syftet med tillsynen är bland annat att se till att brister och missförhållanden i hälso- och sjukvården rättas till.¹⁷² Detta för att sträva efter att samtliga verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård uppfyller de krav och mål som följer av lagar och föreskrifter.¹⁷³

5.2.2 Omhändertagande av F/B efter sen abort

År 2014 anmäldes en kvinnoklinik till IVO för dess omhändertagande av F/B efter en sen abort. Den gravida kvinnan hade tidigare genomgått en abort vilket misslyckades och kvinnan förblev omedvetet gravid. Abortmisslyckandet upptäcktes senare i graviditeten och kvinnan blev därför tvungen att genomgå en sen abort vilken utfördes före graviditetsvecka 22+0. Vid framfödandet av F/B vid den sena aborten levde F/B i cirka 20 minuter. Anmälaren menade att en barnläkare skulle ha tillkallats, vilket hälso- och sjukvårdspersonalen inte hade gjort. Istället lades F/B på ett skötbord och dog senare. Enligt anmälaren erhöll F/B inte den vård som F/B hade rätt till.¹⁷⁴

I beslutet valde IVO att inte kritisera vårdgivaren för omhändertagandet av F/B vid den sena aborten. Istället uttalade IVO att den sena aborten var förenlig med 3 och 5 §§ abortlagen som stadgar att en abort endast får ske om synnerliga skäl föreligger samt att det endast är behörig läkare som får utföra

¹⁷⁰ Johnsson (2020) s. 164 f.

¹⁷¹ 7 kap. 1 § PSL.

¹⁷² 7 kap. 4 § PSL.

¹⁷³ 7 kap. 3 § PSL.

¹⁷⁴ IVO:s beslut dnr 8.2–15016/2015–37.

aborten på ett godkänt sjukhus eller sjukvårdsinrättning. Enligt IVO hade omhändertagandet även utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I beslutet framförde IVO att ett aborterat F/B ska betraktas som ett foster, och inte ett barn, under förutsättning att aborten skett före graviditetsvecka 22. Ett foster kan således inte betraktas som livsdugligt utanför livmodern när det aborteras. Det är trots allt patientens önskan om abort, vilket bör betyda att livsuppehållande behandling på F/B ska avstås. Däremot ska ett aborterat F/B omhändertas på ett värdigt sätt utav berörd hälso- och sjukvårdspersonal.¹⁷⁵

IVO ansåg således att sjukhuset, där kvinnokliniken är belägen, fattat rätt beslut att inte ge F/B palliativ vård. Trots detta konstaterade IVO att F/B hade rätt till ett värdigt omhändertagande, med andra ord att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att omhänderta F/B på ett värdigt sätt. Ett värdigt omhändertagande kan tänkas innebära att F/B ges värme och närhet, något som IVO inte lyfte i sin bedömning. IVO godtog snarare hälso- och sjukvårdspersonalens agerande gentemot F/B, som bestod i att placera F/B på ett skötbord till dess att F/B:s livstecken slutligen avtog. Hälso- och sjukvårdspersonal har således en skyldighet att gentemot F/B som uppvisar livstecken vid sen abort ge F/B ett värdigt omhändertagande. Enligt IVO:s beslut omfattas handlingen att placera F/B på ett skötbord av begreppet värdigt omhändertagande.

5.2.3 Felaktig uppgiven graviditetslängd

I ytterligare ett IVO fall ville en patient utföra abort. Enligt ultraljudsundersökning bedömdes patienten vara gravid i 12:e eller 13:e veckan. För att säkerställa graviditetslängden kompletterades ultraljudsundersökningen med F/B:s mått.¹⁷⁶ F/B:s huvud uppmättes till 66 millimeter vilket indikerade på graviditetsvecka 26. Läkaren blandade dock ihop två olika nedskrivna mått, vilket resulterade i att läkaren bedömde att patienten var i graviditetsvecka 12+6 dagar, istället för vecka 26.¹⁷⁷ Trots de skilda resultaten av graviditetslängden, ifrågasattes detta inte under planeringen av aborten. Hälso- och sjukvårdspersonalens bristande uppmärksamhet resulterade i att patientens abort utfördes i graviditetsvecka 30, och då inte i vecka 12 eller 13.¹⁷⁸ IVO avslutade dock ärendet utan att vidta ytterligare åtgärder. Istället ansåg IVO att det räckte med att vårdgivaren skulle vidta åtgärder och förändra rutiner så att en liknande situation inte uppstår igen.¹⁷⁹

Att ytterligare åtgärder inte gavs, trots att aborten utfördes i graviditetsvecka 30, vilket är långt efter utsatt tidsgräns, kan ifrågasättas. Inte minst utifrån ett

¹⁷⁵ IVO:s beslut dnr 8.2–15016/2015–37.

¹⁷⁶ IVO:s beslut dnr 8.1.1–20899/2018–7.

¹⁷⁷ IVO:s beslut dnr 8.1.1–20788/2018–8.

¹⁷⁸ IVO:s beslut dnr 8.1.1–20899/2018–7.

¹⁷⁹ IVO:s beslut dnr 8.1.1–20788/2018–8.

rättssäkerhetsperspektiv. Dels kan det påverka samhällets trygghet och tilltro på säkerhet gentemot hälso- och sjukvården, dels kan det påverka hälso- och sjukvårdspersonalens sätt att agera gentemot F/B vid en sen abort. Av fallet framgår inte huruvida F/B uppvisade livsduglighet eller inte samt hur omhändertagandet utav F/B utfördes av hälso- och sjukvårdspersonal. Ett F/B antas vara livsdugligt i graviditetsvecka 22 och får som huvudregel inte aborteras därefter, med undantag för om F/B inte kan anses vara livsdugligt. Huruvida F/B antogs vara livsduglig eller ej framgick inte heller av beslutet. Trots misstag av hälso- och sjukvårdspersonal hade mer betydande åtgärder från IVO kunnat tyckas vara relevanta. Att inte vidta strängare åtgärder kan komma att ha påverkan på förutsägbarheten.

IVO:s bedömning av fallet ger dock inte ledning i vilka skyldigheter som följer gentemot ett F/B som uppvisar livsduglighet efter en sen abort. Det ger snarare uttryck på att misstag kan ske. F/B:s rättigheter samt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B i aktuell situation problematiseras förvånansvärt nog inte.

5.3 Nationella styrdokument

5.3.1 Introduktion

För att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal hanterar en specifik situation korrekt och enhetligt har styrdokument tagits fram för aktuell situation. Nedan följer en beskrivning av nationella styrdokuments innehåll, avseende sen abort samt prematur förlossning.¹⁸⁰ Nationella styrdokument är inte av bindande karaktär utan utgör endast rekommendationer. Regioner och lokala kliniker är således inte bundna till dessa styrdokument.

5.3.2 Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter enligt konsensusdokumentet

Konsensusdokumentet reglerar riktlinjer rörande handläggning av sena aborter efter graviditetsvecka 18+0. Som tidigare konstaterat ska begreppet livsduglighet enligt konsensusdokumentet tolkas som F/B:s möjlighet till överlevnad utan förebyggande åtgärder under graviditeten samt akuta vårdinsatser efter F/B:s framfödande. Enligt konsensusdokumentet ska kvinnans ansökan om abort utgöra ett ställningstagande till att sådana åtgärder inte ska utföras.¹⁸¹

I dokumentet föreskrivs att handläggning vid sen abort ska utföras så skyndsamt som möjligt efter att Rättsliga rådet tagit emot ansökan om abort. Hälso- och sjukvårdspersonalen inom abortvården bör även organiseras på ett sätt som garanterar att den kompetens som är lämpligast tillsätts.

¹⁸⁰ Med prematur förlossning avses att F/B föds innan graviditetsvecka 37+0.

¹⁸¹ Konsensusdokumentet kring sen abort.

Organisationen inom hälso- och sjukvården ska även fördelas utefter att de bästa möjliga förutsättningar för att ge patienter en god vård uppfylls.¹⁸²

Konsensusdokumentet nämner ingenting om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B. Istället beskriver konsensusdokumentet hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter lite mer övergripande i en abortsituation. Möjligtvis med anledning av att omvårdningsriktlinjerna är mer detaljerade avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot den gravida kvinnan och hennes F/B.

5.3.3 Åtagande gentemot F/B enligt omvårdningsriktlinjerna
Riktlinjerna för omvårdnad vid abort efter graviditetsvecka 18 togs fram i samband med konsensusdokumentet. Konsensusdokumentet beskriver snarare hur hälso- och sjukvårdspersonal bör hantera en sen abort mer generellt, såsom skyndsamma handläggningstider. Omvårdningsriktlinjerna beskriver däremot hur hälso- och sjukvårdspersonal ska agera i utförandet av aborten.¹⁸³

Enligt omvårdningsriktlinjerna ska hälso- och sjukvårdspersonalen tillkalla en gynekolog om de är i behov av extra stöd vid omhändertagandet av F/B. En neonatalog ska således inte tillkallas. Om F/B efter genomförandet av aborten utför reflexmässiga rörelser i form gasping¹⁸⁴ eller ryckningar i armar och ben, ska F/B omhändertas palliativt. Med palliativt omhändertagande avses att F/B lindas in tätt och placeras i en mörk och varm miljö.¹⁸⁵

Enligt omvårdningsriktlinjerna ska F/B torkas ren och eventuellt bäddas in i en filt eller liknande om F/B är tänkt att visas upp för kvinnan/paret. Den första visningen av F/B ska göras av den ansvarige barnmorskan, därefter kan annan erfaren hälso- och sjukvårdspersonal visa upp F/B ensam. All visning av F/B ska dock dokumenteras. Under tiden som kvinnan är inlagd på sjukhuset ska F/B vara kvar på avdelningen.¹⁸⁶

Omvårdningsriktlinjernas formuleringar tar inte avstamp i F/B:s värdiga omhändertagande efter en sen abort. Istället för att ge uttryck för ett omhändertagande gentemot F/B som person, tar riktlinjerna snarare ställning till hur F/B som sak ska omhändertas. Av omvårdningsriktlinjerna kan det utläsas att hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot ett F/B som uppvisar livstecken efter en sen abort är att omhänderta F/B palliativt.

¹⁸² Konsensusdokumentet kring sen abort.

¹⁸³ Omvårdningsriktlinjer kring sen abort.

¹⁸⁴ Med gasping avses barnets första andetag.

¹⁸⁵ Omvårdningsriktlinjer kring sen abort.

¹⁸⁶ Ibid.

5.3.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens åliggande vid en prematur förlossning

Det är nämnvärt att påminna om att vårdprocessen för handläggning av abort och handläggning av prematur förlossning inte ska förväxlas. Därmed finns ett eget styrdokument avsett till handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda F/B vid gränsen för livsduglighet. SNF och perinatalarbetsgruppen inom SFOG framställde detta konsensusdokument år 2016. Syftet med framställningen av dokumentet är att minska de regionala skillnaderna avseende handläggningen av extremt tidigt födda F/B.¹⁸⁷

I dokumentet föreskrivs att ett F/B som föds i graviditetsvecka 22+0 eller senare har rätt till sjukvård på samma villkor som övriga människor i Sverige. Det föreligger ett akut livshotande tillstånd för de F/B som föds nära viabilitetsgränsen.¹⁸⁸ Grundinställningen till denna situation bör vara ett initialt aktivt förhållningssätt, under förutsättning att de akuta vårdinsatserna är förgäves.¹⁸⁹

Vidare rekommenderas att en neonatalog ska vara närvarande vid samtliga förlossningar som sker från och med graviditetsvecka 22+0. Det föreslås även att initiering av hjärt- och lungräddning ska ges till alla nyfödda F/B från graviditetsvecka 22+0. F/B som föds från och med graviditetsvecka 23+0 och framåt rekommenderas sedermera att få initiering av hjärt- och lungräddning. I konsensusdokumentet för handläggning av prematur förlossning anges även att samtliga levande födda från vecka 22+0 ska registreras i svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ) trots att de avlidit på förlossningsavdelningen innan de hunnits skrivas in på neonatalavdelningen.¹⁹⁰

Konsensusdokumentet avseende handläggning av prematur förlossning stadgar således att F/B som föds i graviditetsvecka 22 har rätt till sjukvård på samma villkor som övriga medborgare. Hur denna bestämmelse förhåller sig till F/B som framföds med livsduglighet efter en sen abort efter graviditetsvecka 22 är tämligen oklart. Om F/B som framföds genom en försenad sen abort omfattas av bestämmelsen eller om det endast är F/B som inte är tänkt att aborteras som omfattas anges inte av dokumentet. Konstateras kan i vart fall att de olika gränserna överlappar varandra.

¹⁸⁷ Konsensusdokument avseende handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för livsduglighet.

¹⁸⁸ Med viabilitetsgräns avses gränsen för överlevnad.

¹⁸⁹ Konsensusdokument avseende handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för livsduglighet.

¹⁹⁰ Ibid.

5.4 Regionala riktlinjer avseende sen abort

5.4.1 Introduktion

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter regleras som noterat av lagstiftning, IVO:s tillsyn och nationella styrdokument. Eftersom nationella styrdokument utgör rekommendationer och vägledning kan regioner samt lokala kliniker utifrån dessa utforma egna riktlinjer som gäller för den specifika verksamheten. Genom en empirisk undersökning har ett utskick till samtliga 21 regioner gjorts i syfte att ta del av vardera regions styrdokument avseende aborter. Vidare ställdes även frågan om regionerna hade regionala styrdokument som tog sikte på hur en situation, där ett F/B efter en sen abort uppvisar livstecken, ska hanteras. Detta avsnitt ämnar vidare klargöra hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B som visar livsduglighet vid sen abort enligt vad som föreskrivs i eventuella regionala riktlinjer.

Resultatet av den empiriska undersökningen baseras på de 12 inkomna svaren. 9 regioner uteblev således med svar. Avsaknaden av svar kan komma att påverka den slutsats som dras av de 12 svaren. Enligt offentlighetsprincipen har varje enskild person rätt till att ta del av allmänna handlingar. Detta kan dock begränsas genom sekretess.¹⁹¹ Trots att offentlighetsprincipen kommer till uttryck i tryckfrihetsförordningen (TF) som är grundlag, uteblev återkoppling från nio regioner.

5.4.2 Avsaknaden av regionala riktlinjer avseende omhändertagande av F/B som visar livsduglighet efter sen abort

Samtliga regioner, som inkom med svar, besvarade att de hade någon form av styrdokument avseende hälso- och sjukvårdspersonalens hantering av en abort fram till graviditetsvecka 18. En del regioner hänvisade till konsensusdokumentet med tillhörande omvårdnadsriktlinjer, andra hänvisade till egna lokala riktlinjer. Majoriteten av regionernas styrdokument avseende hantering av abort beskriver steg för steg hälso- och sjukvårdspersonalens tillvägagångssätt vid utförandet av en abort och sen abort. Denna detaljerade beskrivning är imponerande. Anmärkningsvärt är däremot avsaknaden av hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gällande omhändertagandet av F/B efter en sen abort, oavsett om F/B uppvisar livsduglighet eller inte. Ett fåtal regioner såsom region Västerbotten och region Örebro hänvisade till att de följde bestämmelserna i abortlagstiftningen. Som bekant reglerar abortlagens bestämmelser bland annat abort, sen abort och avbrytande av graviditet samt vilka förutsättningar som krävs för att dessa åtgärder ska bli tillämpliga. Därtill hör bestämmelsen om att en sen abort inte får utföras om F/B kan antas vara livsdugligt. Bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdspersonal ska omhänderta F/B vid en sen abort framgår inte av den svenska abortlagstiftningen. Det får förutsättas att de regioner som enbart

¹⁹¹ 2 kap. 1–2 §§ TF.

hänvisade till att de följer abortlagen vid sen abort även beaktar nationella styrdokument, som innehåller mer bestämmelser avseende omhändertagandet av F/B efter en sen abort än vad abortlagen gör.¹⁹²

En del regioner, såsom region Västmanland, Västra Götalandsregionen, region Värmland och region Halland hänvisade som svar på frågan, om hanteringen av F/B som vid en sen abort uppvisar livstecken, inte enbart till abortlagen utan även till konsensusdokumentet och omvårdningsriktlinjerna. Konsensusdokumentet tar snarare sikte på hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gällande hanteringen och genomförandet av den sena aborten och utelämnar bestämmelser avseende omhändertagandet av F/B. Omvårdningsriktlinjerna innehåller desto mer bestämmelser gällande omvårdnaden av F/B efter en sen abort. I ett fåtal regioners styrdokument avseende abort har ett visst antal punkter från omvårdningsriktlinjerna kopierats till regionernas egna styrdokument.¹⁹³

Eftersom ingen region besvarade frågan om det finns styrdokument avseende situationen då F/B efter en sen abort uppvisar livstecken, jakande, kan det antas att regionerna saknar tydliga regionala riktlinjer avseende hanteringen av situationen inom hälso- och sjukvård när F/B föds med livstecken samt livsduglighet efter en sen abort. Trots att alla regioner besvarade frågan om styrdokument avseende omhändertagande av F/B som uppvisar livsduglighet efter sen abort nekande, så innehåller regionernas styrdokument bestämmelser avseende omhändertagandet av F/B vid en sen abort. I region Blekinge, region Kronoberg, region Sörmland, region Västerbotten samt i region Värmlands styrdokument regleras rutinerna för hur lång tid efter att den sena aborten utförs som F/B ska befinna sig på bårhus. Vidare beskrivs i de flesta styrdokument att F/B ska omhändertas för kremering och begravning enligt gällande rutiner. Ytterligare bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska agera gentemot ett F/B som uppvisar livsduglighet framgår dock inte av regionernas styrdokument.¹⁹⁴

I en av regionernas bifogade styrdokument för abort stadgas att F/B ska omhändertas efter aborten. I styrdokument beskrivs hur hälso- och sjukvårdspersonalen bör agera i abortprocessen vari det även framgår att Mifegyne-intag ska ske senast graviditetsvecka 21+6. Mifegyne är en tablett som leder till abort. En sådan tablett tas 24–72 timmar före aborten. Det innebär således att om Mifegyne tas i graviditetsvecka 21+6 är det möjligt att F/B genom en sen abort stöts ut i graviditetsvecka 22+2. I graviditetsvecka 22 beräknas livsdugligheten inträda. Det är också under denna vecka som extremt för tidigt födda F/B med hjälp av vårdinsatser kan överleva. Det innebär alltså att det är möjligt att ett livsdugligt F/B aborteras om Mifegyne intas i graviditetsvecka 21+6 dagar. Den berörda regionen vars styrdokument

¹⁹² Se bilaga A.

¹⁹³ Ibid.

¹⁹⁴ Ibid.

som innehöll denna bestämmelse poängterade dock i sitt svar att de följer abortlagstiftningen och därmed inte aborterar livsdugliga F/B.¹⁹⁵

Det förekommer även styrdokument avseende hanteringen av sena aborter där F/B inte benämns. Istället innehåller berörd regions styrdokument endast bestämmelser som avser abortprocessen för den gravida kvinnan såsom tablettintag. I region Västerbottens styrdokument avseende sena aborter förekommer ett avsnitt som benämns ”Omhändertagande av abortmaterial”. I avsnittet regleras förbränning av F/B, eller abortmaterial som bestämmelsen benämner F/B, samt i vilken graviditetsvecka som nedgrävning av aska i minneslund är aktuellt. Det kan tyckas vara anmärkningsvärt att F/B i detta avsnitt refereras som en sak och inte en individ.¹⁹⁶

En region som skiljer sig åt från övriga är region Stockholm som på frågan om situationen om omhändertagande av F/B vid livstecken och sen abort svarade att de följer Smers rapport; *Livstecken efter sen abort*. Smer, som utgör ett analyserande organ för regeringens räkning, framställde i rapporten att ett F/B som har livstecken efter en sen abort är att betrakta som ett barn i enlighet med människovärdesprincipen. Smer motiverar argumentet med att människovärdesprincipen omfattar samtliga levande födda individer, oavsett bakgrund. Att utesluta vissa födda individer från att ha människovärde strider enligt Smer mot människoprincipens grundtanke.¹⁹⁷

I övriga regioners styrdokument framgår inte vilka skyldigheter som åläggs hälso- och sjukvårdspersonal i situationen då F/B efter en sen abort framföds med livsduglighet. Istället hänvisar flertalet till de bestämmelser som stadgas i de nationella styrdokumenterna. Enligt omvårdnadsriktlinjerna ska ett F/B som efter genomförandet av en sen abort utför livstecken omhändertas palliativt. Med palliativ vård avses att F/B ska lindas in tätt samt placeras i en mörk och varm miljö tills livsdugligheten avtar.¹⁹⁸ Med tanke på att de nationella styrdokumenterna inte är bindande kan region Stockholm rimligtvis följa Smers uttalande i rapporten. Om det skulle uppstå en situation där F/B föds med livsduglighet efter en sen abort och region Stockholm agerar utefter Smers uttalande, betyder detta att F/B omhändertas med syfte att överleva. Ett sådant agerande hade dock skilt sig avsevärt mot de riktlinjer övriga regioner följer vid aktuell situation.¹⁹⁹

Om det förefaller sig vara så att region Stockholm följer samtliga av Smers uttalanden i rapporten, innebär detta att hälso- och sjukvårdspersonal inom olika regioner omhändertar F/B, i situationen då F/B efter en sen abort framföds med livsduglighet, olika. Detta strider i sin tur mot likhetsprincipen

¹⁹⁵ Se bilaga A.

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Statens medicinsk-etiska råd (2019) s. 69.

¹⁹⁸ Omvårdnadsriktlinjer kring sen abort.

¹⁹⁹ Se bilaga A.

som stadgar att lika fall ska behandlas lika. Icke enhetliga riktlinjer samt avsaknaden av tydliga riktlinjer kan sätta förutsägbarheten ur balans. För att upprätthålla rättssäkerhet och trygghet för den svenska hälso- och sjukvården avseende aborter krävs att hälso- och sjukvårdspersonal har tydliga och klara bestämmelser avseende hur de ska agera i aktuell situation.²⁰⁰

Det kan konstateras att de regionala riktlinjerna saknar bestämmelser kring vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot F/B i situationen då de efter en sen abort uppvisar livsduglighet.

5.5 Omhändertagandet av F/B enligt IVO:s tillsyn, nationella styrdokument samt regionala riktlinjer

Sammanfattningsvis kan det fastställas att IVO:s beslut ger viss vägledning om vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal åläggs när F/B föds med livsduglighet efter en sen abort. Enligt IVO:s beslut dnr 8.2–15016/2015–37 är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att omhänderta F/B, som framföds med livsduglighet vid sen abort, palliativt. Omhändertagandet ska även ske på ett värdigt sätt. IVO:s beslut dnr 8.1.1–20899/2018–7 samt IVO:s beslut dnr 8.1.1–20788/2018–8 ger dock ingen vägledning avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Istället tyder besluten på att misstag kan ske och att inga åtgärder vidtas vid en sådan situation. I besluten lämnade IVO osagt vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal egentligen var skyldiga att vidta gentemot F/B som aborterades i graviditetsvecka 30.

Av konsensusdokumentet och omvårdnadsriktlinjerna framgår, likt IVO:s bedömning i dnr 8.2–15016/2015–37 att F/B ska omhändertas palliativt vid sen abort. De regionala riktlinjerna ger desto mindre vägledning och saknar således reglering avseende direkta skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal bör vidta gentemot F/B som exempelvis utför reflexmässiga rörelser efter att ha blivit framfött genom en sen abort.

²⁰⁰ Se bilaga A.

6 Avslutning

6.1 Analys

Detta avslutande kapitel avser att uppnå framställningens syfte som består av att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter vid sena aborter. Detta görs genom att redogöra för de slutsatser som kan dras. Vidare ämnar kapitlet besvara uppsatsens frågeställningar: när det mänskliga livet enligt svensk rätt börjar samt vilka skyldigheter som åläggs svensk hälso- och sjukvårdspersonal när F/B påvisar livsduglighet vid sen abort.

Det kan konstateras att hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldigheter före, under och efter en abort. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter i en abortprocess regleras på skilda ställen, däribland abortlagen, HSL, PL, PSL, SOSFS, konsensusdokumentet med tillhörande omvårdnadsriktlinjer, genom tillsyn av IVO, regionala riktlinjer och ibland även lokala riktlinjer. Abortlagen fastställer när den gravida kvinnan har rätt till abort, sen abort och avbrytande av graviditet. Genom att den gravida kvinnans rätt till abort regleras genom abortlagen följer hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot kvinnan. En gravid kvinna som har rätt till abort och önskar utföra den ger i sin tur hälso- och sjukvårdspersonalen en skyldighet att fullfölja hennes önskan om inte lagen säger annat. Exempelvis så är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att utföra abort enligt den gravida kvinnans önskan, såvida inte F/B kan antas vara livsdugligt. Av abortlagen framgår även vem som är behörig att utföra abort, sen abort och avbrytande av graviditet samt var denna åtgärd ska genomföras. Abortlagens bestämmelser tar därmed inte direkt sikte på hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B. Abortlagen kan istället sägas reglera vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en viss åtgärd ska vara aktuell i förhållande till kvinnans rätt till abort och de skyldigheter som följer därefter.

SOSFS 2009:15 bestämmelser avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter grundar sig inte på utförandet av abort, likt abortlagen, utan snarare på processen runt omkring aborten som sker i verksamheten. I SOSFS 2009:15 stadgas bland annat att rutiner ska upprätthållas, stödsamtal ska ges och att information ska inhämtas och lämnas på ett visst sätt åt den gravida kvinnan. Både abortlagens och SOSFS 2009:15 bestämmelser avser snarare hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot den gravida kvinnan och processen på verksamheten än skyldigheter gentemot F/B som stöts ut i en abort alternativt en sen abort. Abortlagen och SOSFS 2009:15 ger således inga tydliga riktlinjer för vilka skyldigheter som följer för hälso- och sjukvårdspersonal vid omhändertagandet av F/B som uppvisar livsduglighet efter en sen abort.

HSL, PL och PSL kan anses vara de ledande lagarna i Sverige avseende hälso- och sjukvården och dess verksamhet. Sammantaget reglerar lagarna generella

skyldigheter gentemot patienten. HSL:s och PL:s bestämmelser tar sikte på respekten gentemot patienten och människors lika värde inom hälso- och sjukvården. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att behandla patienter på ett värdigt sätt genom att erbjuda en god vård. PSL:s bestämmelser syftar däremot till att reglera hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot patientens säkerhet. Samtliga tre lagar reglerar således hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot en patient, oavsett om patienten genomgår abort, sen abort eller avbrytande av havandeskap. HSL:s, PL:s och PSL:s regler behandlar därmed inte hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B efter en abort eller sen abort då dess bestämmelser snarare tar sikte på generella skyldigheter gentemot patienter oavsett varför de är att betrakta som patienter.

Konsensusdokumentet med dess tillhörande omvårdnadsriktlinjer uppkom med anledning av fallet med neonatalläkaren som hade försökt rädda livet på ett F/B som uppvisade livstecken efter att ha blivit framfödd genom en sen abort. Konsensusdokumentet består således av bestämmelser som specifikt berör situationen sen abort. Konsensusdokumentet reglerar dock inte samtliga situationer som kan uppstå av en sen abort. Istället består konsensusdokumentet av ett fåtal bestämmelser som hade kunnat ses som förtydligande av vissa begrepp samt ett tolkningsförslag av exempelvis begreppet livsduglighet.

Begreppet livsduglighet och dess skilda formuleringar i abortlagen och konsensusdokumentet medför otydigheter kring hanteringen av en viss situation. Att olika läkare kan tolka begreppet livsduglighet olika kan medföra olika vård för patienter i lika fall. Något som inte är acceptabelt då hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att behandla samtliga patienter lika i enlighet med likhetsprincipen. Förarbetena till abortlagen verkar utgå ifrån att F/B är i behov av hälso- och sjukvårdspersonalens vård för att överleva. Medan konsensusdokumentet verkar ta sikte på att begreppet livsduglighet innebär att F/B i egen förmåga kan överleva, utan hjälp av hälso- och sjukvårdspersonalens livräddande insatser. Huruvida abortlagen och dess förarbetens tolkning av begreppet livsduglighet från år 1974 har företräde framför konsensusdokumentsets tolkning från år 2018, är oklart. Å ena sidan utgör nationella styrdokument endast rekommendation och är således inte av bindande karaktär. Å andra sidan kan det ifrågasättas huruvida en tolkning från år 1974 är mer relevant än en från år 2018. Begreppets skilda tolkning kan således få olika effekter beroende på vilken tolkning som läkaren utgår från. Detta innebär att inte enbart tidpunkten för när livet inträder påverkar hälso- och sjukvårdens skyldigheter, utan även skilda tolkningar av begrepp såsom livsduglighet. Beroende på hur livsduglighetsbegreppet ska tolkas så blir skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonal olika i likvärdig situation. Att hälso- och sjukvårdspersonalens riktlinjer är enhetliga gynnar inte enbart F/B och de gravida kvinnorna som vill avbryta sitt havandeskap. Det gynnar även rättssäkerheten. För att upprätthålla en god och säker vård i

enlighet med gällande rätt, krävs att nationell rätt är tillräckligt tydliga för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna agera korrekt i en viss situation.

Omvårdnadsriktlinjerna är däremot mer innehållsrikt än konsensusdokumentet på bestämmelser avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot den gravida kvinnan, men också gentemot F/B. Omvårdnadsriktlinjerna är egentligen det enda dokument som uppställer några som helst skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalens gentemot F/B och hur F/B ska omhändertas efter en sen abort. Enligt omvårdnadsriktlinjerna ska hälso- och sjukvårdspersonalen omhänderta F/B palliativt om F/B efter en sen abort uppvisar livstecken. Vidare ska en neonatalog inte tillkallas, vilket gjordes i fallet som låg bakom konsensusdokumentet och omvårdnadsriktlinjernas framtagande. Omvårdnadsriktlinjerna uppställer även krav på att F/B ska torkas ren och bäddas in i en filt om F/B ska visas upp för kvinnan/paret.

Enligt 8 kap. 1 § RF kan riksdagen ge regeringen tillåtelse att delegera normgivningsmakt till myndigheter, vilket innebär att myndigheter kan upprätta föreskrifter. Ett sådant bemyndigande ska dock ges i lag eller förordning. Huruvida nationella styrdokument har befogenhet att reglera frågor avseende hälso- och sjukvården, förvisso inte bindande, framgår inte av 8 kap. RF.

Det kan ifrågasättas varför dessa bestämmelser samlades i ett nationellt styrdokument som endast utgör rekommendationer istället för att upprättas i abortlagen och därmed vara av bindande karaktär. En möjlig motivering till detta kan vara att man efter fallet med neonatalläkaren ville säkerställa att om en liknande situation skulle uppstå inom kort tid så skulle det finnas bestämmelser som säkrade detta. Konsensusdokumentet och omvårdnadsriktlinjerna upprättades dock år 2018. Varför bestämmelser som reglerar hur hälso- och sjukvårdspersonal ska omhänderta ett F/B efter en sen abort inte har upprättats i abortlagen sedan dess är oklart.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot F/B kan även regleras i regionernas egna riktlinjer. Avsaknaden av bestämmelser som reglerar detta är dock framträdande. De bestämmelser i riktlinjerna som avsåg F/B reglerade främst huruvida F/B skulle kremeras eller begravas. Avsaknaden av bestämmelser i regionala riktlinjer avseende skyldigheter gentemot F/B som uppvisar livsduglighet efter en sen abort bidrar till oklarheter för hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska agera i situationen. De bestämmelser som berör F/B i de regionala riktlinjerna är formulerade på ett sätt som kan tolkas som att F/B är mer likvärdig en sak än en individ. Likt abortlagen verkar fokus vara på den gravida kvinnan som önskar att utföra en abort, och F/B hamnar därmed i skymundan. Huruvida F/B är att betrakta som en individ eller inte kan påverkas av tidpunkten för när livet börjar.

Den svenska abortlagstiftningen utgår från att fostrets skyddsvärde successivt ökar i takt med dess utveckling. Kravet på synnerliga skäl och dess tillstånd från Rättsliga rådet efter graviditetsvecka 18 tydliggör detta. Detta kan sägas ge uttryck för att kvinnans självbestämmanderätt börjar begränsas samtidigt som fostrets skyddsvärde ökar. Vidare får den gravida kvinnans självbestämmanderätt inte orsaka andra människor skada. Det kan ifrågasättas om denna begränsning innebär att F/B är att betraktas som människa från och med graviditetsvecka 18. Men beteckningen människa och livets början behöver inte nödvändigtvis infinna sig vid samma tidpunkt. Avsaknaden av en legal definition av begreppet människa medför ett osäkert svar på huruvida det inträder vid samma eller skilda tidpunkter.

Det saknas enhetlig praxis och tydliga anvisningar om när livet börjar. I förarbetena till både abortlagen och Barnkonventionen har diskussion förts om vid vilken tidpunkt livet börjar. Trots förarbetenas stora omfattning av diskussioner om livets början har detta inte formulerats och tydliggjorts i dess följande lagstiftning. Frågan om vid vilken tidpunkt livet börjar har dock medfört skilda uppfattningar etiskt, religiöst, filosofiskt och biologiskt. Mot bakgrund av dess skilda uppfattning kanske ett ställningstagande i frågan försökts undvikas. Ur ett juridiskt perspektiv hade det dock kunnat vara praktiskt att fastställa en sådan tidpunkt för att utgöra en vägledning åt hälso- och sjukvårdspersonal där det ibland är nödvändigt att veta vad en aktuell situation medför för skyldigheter.

Trots avsaknaden av livets början i abortlagen och dess konsekvenser som följer därefter, är det kanske till fördel då det inte är lämpligt i förhållande till frågan om fosterreduktion. En fastställd tidpunkt för livets början i abortlagstiftningen hade medfört frågor om hur bestämmelsen skulle förhålla sig till den icke reglerade fosterreduktionen.

Europadomstolen har inte tagit ställning i frågan om livets början. Europadomstolens uttalande i *X v. the United Kingdom* kan dock tolkas som att livet inte börjar före graviditetsvecka 10. Europakonventionen är tänkt att ses som ett skyddsnät för enskilda individer i konventionsstaterna. Avsaknaden av ett ställningstagande av Europadomstolen och den tidigare existerade Europakommissionen i frågan om när livet tar vid kan antas vara för att bibehålla neutralitet och för att avstå från att trampa någon på tårna. Å ena sidan kan oförmågan att ta ställning i frågan anses bli på bekostnad av den enskilde som Europakonventionen har för avsikt att skydda. Ett ställningstagande från Europadomstolen hade därför kunnat vara av betydelse. Å andra sidan har Europadomstolen troligen inte någon befogenhet att bestämma i dessa frågor då det kan kollidera med konventionsstaternas redan existerande lagar.

Avsaknaden av tydlig vägledning för när livet börjar utgör svårigheter såväl i etiken som i praktiken. Tveksamheten kring när livet tar vid bidrar till

oförutsägbarhet för hälso- och sjukvårdspersonalen. Livets inträdande har betydelse för att avgöra vid vilken tidpunkt hälso- och sjukvårdspersonals skyldigheter gentemot F/B inträder samt vad dessa skyldigheter består av. En betydande fråga är huruvida F/B som föds fram med livsduglighet efter en sen abort ska omfattas av HSL eller inte. Beroende på om frågan besvaras jakande eller nekande följer två helt skilda resultat.

Tidpunkten för när livet börjar påverkar om hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra livsuppehållande behandling eller palliativ vård. Om F/B är att betrakta som människa ska F/B erbjudas god vård och rätt till liv och hälsa som övriga har rätt till i enlighet med människovärdesprincipen. Ytterligare skyldighet som påverkas är huruvida hälso- och sjukvårdspersonal i sin bedömning av vård ska utgå från barnets bästa eller om F/B inte är att betrakta som ett barn.

Enligt IVO:s bedömning, i fallet där F/B lades på ett skötbord efter en sen abort, ska ett F/B som aborteras före graviditetsvecka 22 betraktas som ett foster och inte ett barn. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i enlighet med kvinnans önskan genom sin ansökan om abort är skyldiga att avstå från att ge F/B livsuppehållande behandling. Däremot poängterade IVO att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att omhänderta F/B på ett värdigt sätt.

Trots att F/B inte får aborteras när livsduglighet kan antas, händer det att abort utförs i graviditetsvecka 22. Rättsliga rådet beviljar aborter, enligt praxis, fram till graviditetsvecka 21+6 dagar. Beviljandet av sen abort på sista ansökningsdagen leder troligtvis till att aborten utförs först därefter vilket är nära gränsen för när extremt för tidigt födda barn överlever. Det kan tyckas vara rimligt att det snarare fanns en tidigare tidsgräns för när Rättsliga rådet senast får bevilja ansökningar om sen abort och att då aborten senast får utföras i graviditetsvecka 21+6. Neonatalvårdens framskridande utveckling har medfört att sista tidpunkten för beviljande av sen abort är i snudd för närliggande den tid som extremt för tidigt födda barn ges livsuppehållande behandling. Detta tyder på att ett F/B som aborteras i sista stund kan uppvisa livstecken och i vissa fall även vara livsdugligt. Detta kan ge uttryck för den potentiella risken att livsdugliga F/B aborteras godtas i svensk rätt. Med tanke på att F/B som förlösts i graviditetsvecka 22 överlevt med hjälp av hälso- och sjukvårdens insatser har nuvarande abortlagstiftning inte följt den medicinska utvecklingen. Det kan dock ifrågasättas hur denna situation förhåller sig till IVO:s uttalande om att F/B som aborteras före graviditetsvecka 22 är att betrakta som ett foster och om då F/B som i vissa fall aborteras efter graviditetsvecka 22 är att betrakta som barn.

I fallet där hälso- och sjukvårdspersonal misstagit vilken graviditetsvecka som den gravida kvinnan befann sig i som resulterade i en sen abort i graviditetsvecka 30, nämnde IVO dock inget om att F/B skulle vara att betrakta som ett barn. I bedömningen av hur hälso- och sjukvårdspersonalen hade hanterat händelsen berörde IVO inte ens vilka skyldigheter hälso- och

sjukvårdspersonalen hade i den uppkomna situationen samt hur dessa hade brustit. I detta fall råkade dock F/B aborteras i en graviditetsvecka där extremt för tidigt födda barn kan överleva.

Ett extremt för tidigt fött barn och ett F/B som förlöses med livsduglighet i en sen abort uppnår ungefär samma gestationsålder. Eftersom livet inte kan inträda senare än födelsen, bör skillnaden mellan ett extremt för tidigt fött barn och ett livsdugligt F/B i en sen abort vara nästintill obefintlig. Det kan ifrågasättas om dessa därmed borde ha likvärdiga förutsättningar och rättigheter, däribland rätten till liv. Med rätt till liv följer även rätt till överlevnad och utveckling samt livsuppehållande behandling.

Möjligheten till att livsdugliga F/B föds fram genom sen abort borde varit obefintlig då det bland annat bidrar till svårigheter etiskt och praktiskt. En sänkning av den fria abortgränsen är kanske inte nödvändig. Åtgärder för att undvika denna problematiska situation som kan uppkomma bör dock vidtas. Inte minst med anledning av att det saknas tydliga riktlinjer avseende hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter i aktuell situation.

6.2 Slutsats

Med tanke på de skilda uppfattningar om när livet börjar som kan utläsas av abortlagen, Barnkonventionen, folkbokföringslagen, Europakonventionen och praxis får det konstateras att tidpunkten för när livet börjar, ur ett svenskt juridiskt perspektiv, är oklart. Det kan dock fastläggas att livet börjar senast vid födelsen. Inledningen till Barnkonventionen föreskriver dock att dess bestämmelser ska gälla även för det ofödda F/B. Men eftersom det inte är klargjort vad som avses med formuleringen ”före födelsen” kan det inte säkerställas vid vilken tidpunkt livet i så fall skulle börja.

Att livets början i svensk rätt inte är fastställd bidrar till oförutsägbarhet för den svenska hälso- och sjukvårdspersonalen, inte minst i situationen då F/B föds med livsduglighet efter en sen abort. Huruvida livet, enligt svensk rätt, börjar vid födelsen eller vid befruktningen påverkar vilka skyldigheter som åligger hälso- och sjukvårdspersonalen gentemot F/B som uppvisar livsduglighet efter en sen abort. Om livet har inträtt och F/B är att betrakta som en individ har F/B rätt till hälsa och vård. Men om livet däremot inte har inträtt så har F/B möjligen inte rätt till vård. Beroende på när livet börjar är det således oklart huruvida hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att erbjuda god vård på lika villkor enligt människovärdesprincipen samt om de ska utgå ifrån barnets bästa och ge livsuppehållande vård eller inte. Skilda tolkningar av begreppet livsduglighet bidrar också till oförutsägbarhet om vilka skyldigheter som åligger hälso- och sjukvårdspersonalen. Hälso- och sjukvårdspersonal måste få bättre och tydliga regler för att denna gråzon ska upphöra.

När ett F/B uppvisar livsduglighet efter en sen abort är hälso- och sjukvårdspersonalen enligt omvårdnadsriktlinjerna samt IVO:s beslut dnr 8.2–15016/2015–37 skyldiga att omhänderta F/B palliativt. Detta är den enda tydliga vägledning som finns inom svensk rätt. Huruvida denna bestämmelse även är tillämplig i fall där graviditetslängden missbedöms och aborten sker i graviditetsvecka 30, såsom i ett av IVO fallen, är dock oklart.

Det kan således konstateras att det saknas tydlighet och förutsägbarhet kring hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter i situationen då F/B föds med livsduglighet efter en sen abort.



Bilaga A

Hej,

Jag heter Rebecka Månsson och skriver just nu mitt examensarbete vid juridiska fakulteten, Lunds universitet. Genom mitt examensarbete utreder jag vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot ett foster/barn som föds med livstecken efter en sen abort. Jag vänder mig till er med förhoppningen om att ni har möjlighet att besvara frågor eller hjälpa mig att hitta rätt person som kan besvara frågorna.

1. Vilka kliniker har rätt att utföra abort i er region?
2. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om aborter?
3. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om hur man hanterar situationer i hälso- och sjukvården när fostret/barnet föds med livstecken efter en sen abort?
4. Om sådana styrdokument finns, hade jag gärna tagit del av dem.

Vänligen,
Rebecka Månsson

Från: Wiman, Anna [redacted]  
Ämne: VB: Aborter
Datum: 14 mars 2023 16:10
Till: [redacted]
Kopia: [redacted]

AW

Hej

Har kommer svaren på de frågor du undrade över. Lagt de riktlinjer och PM vi följer som kopior

1. Det är bara kvinnoklinikerna i Eskilstuna/ Katrineholm och Nyköping som utför abort i Sörmland
2. Se på bilagor jag skickade med
3. Vi har inga sådana styrdokument.

Vänlig hälsning

Anna

Anna Wiman
Tf biträdande verksamhetschef
Kvinnokliniken MSE/KSK

Kvinnokliniken Mälarsjukhuset/Kullbergsska sjukhuset
Postadress: Region Sörmland, 632 22 Eskilstuna
Besöksadress: Mälarsjukhuset, 631 88 Eskilstuna



www.regionorsormland.se
www.1177.se

Från: Ankardal Maud HS KK [redacted] 
Ämne: svar från Halland
Datum: 31 mars 2023 16:57
Till: [redacted]
Kopia: HALLANDSSJUKHUS hallandssjukhus@regionhalland.se



Hej Rebecka

I Region Halland har kvinnokliniken, med verksamhet i Kungsbacka, Varberg och Halmstad rätt att utföra abort som svar på dina frågor 2-4 vill jag hänvisa till konsensusdokument på SFOG hemsida

[omvaardnadsriktlinjer-sen-abort-sfog-svenska-barmorskefoerbundet-20180529.pdf](#)

Detta följer vi alla

Med vänliga Hälsningar
Maud Ankardal

Från: Maria An Johansson [redacted]
Skickat: den 14 mars 2023 14:12
Till: Regionen [redacted]
Ämne: VB: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort

Svar:

1. Vi är en länsklirik, CFOG (centrum för obstetrik och gynekologi) Västerbotten vi finns vid länets tre sjukhus Umeå Lycksele och Skellefteå. Vid samtliga tre sjukhus kan man via gynekologisk mottagning söka vid oönskade graviditet och få hjälp med medicinsk eller kirurgisk abort. För tillfället är bemanningen inom vår klinik i Lycksele begränsad så abortsökande från inlandet i Västerbotten får söka sig till kusten (Umeå eller Skellefteå).
2. Vi har inom CFOG Västerbotten länsgemensamma riktlinjer vid abort. Se bifogad fil.
3. Foster tom graviditetsvecka 21+6 räknas ej som livsdugligt när en abort utförs. Vi följer Socialstyrelsens rekommendationer och svensk lagstiftning.
4. Ej nödvändigt, se svar punkt 3.

Vänliga hälsningar

Maria Johansson

Avdelningschef
Centrum för obstetrik och gynekologi VB
Norrlands universitetssjukhus



Från: Helena Dalin [redacted] 
Ämne: svar från region Västernorrland
Datum: 17 mars 2023 12:07
Till: [redacted]

HD

Hej se svar neadn från Länsverksamhet kvinnosjukvård i Västernorrland.

1. Vilka kliniker har rätt att utföra abort i er region? Örnsköldsvik och Sundsvall.
2. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om aborter? JA
3. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om hur man hanterar situationer i hälso- och sjukvården när fostret/barnet föds med livstecken efter en sen abort? NEJ
4. Om sådana styrdokument finns, hade jag gärna tagit del av dem.

Med vänlig hälsning
Helena Dalin

Verksamhetschef
Region Västernorrland
Länsverksamhet kvinnosjukvård



Från: Hultgren, Jenny [redacted]
Ämne: Styrdokument aborter
Datum: 10 mars 2023 09:47
Till: [redacted]

JH

Hej Rebecka!

Jag har fått dina frågor och ska försöka hjälpa dig så gott jag kan.
I Region Blekinge är det kvinnokliniken som har rätt att utföra aborter.
Hos oss specifikt så är det gyn.avdelningen som har huvudansvaret för dessa patienterna, men då de endast har sjuksköterskor så handhar barmorskor från BB de sena aborterna v.12+.
BB och gyn är belägna på samma våningsplan.
Jag bifogar vårt PM för handläggning av tidiga och sena aborter.
Tyvärr har vi i dagsläget inget styrdokument angående hur man hanterar situationer där fostret efter en sen abort uppvisar livstecken, men vi är i uppstarten att komplettera vårt PM med riktlinjer kring detta.
Om det är något mer jag kan hjälpa dig med så får du gärna höra av dig.
Det skulle vara intressant att få ta del av ditt examensarbete när det är klart.

Trevlig helg!

Mvh
Jenny Hultgren
Avdelningschef BB
Region Blekinge



Abort -
handla...ion.pdf

Från: Sanna Emanuelsson [redacted]
Ämne: Sv: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort
Datum: 13 mars 2023 08:28
Till: Rebecka Månsson [redacted]
Kopia: [redacted]

SE

Hej,

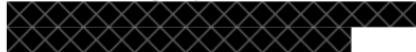
Jag vet inte vilka kliniker mer i regionen som har rätt att utföra abort, men vi i Borås har det.
Bifogar de styrdokument som vi använder oss utav.

Lycka till med ditt arbete!

Med vänlig hälsning

Sanna Emanuelsson
Utvecklingscontroller

Södra Älvsborgs Sjukhus – Verksamhetsområde Kvinna och Barn



Södra Älvsborgs Sjukhus, 501 82 Borås
[Växel 033-616 10 00](tel:033-6161000) www.vgregion.se/sas

Från: [REDACTED] 
Ämne: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort
Datum: 9 mars 2023 13:38
Till: [REDACTED]



Hej!

1. Det är Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi som har rätt till det i vår region.
 2. Ja.
 3. Vi följer abortlagstiftningen och därför aborteras inte foster som är livsdugliga.
 4. Riktlinjen för avbrytande av graviditet bifogas
- Du är välkommen att höra av dig igen om du har fler frågor.

Med vänliga hälsningar

Gill Kullberg
Verksamhetschef, Överläkare, Läkarchef
Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi
Region Örebro län
701 85 ÖREBRO



www.regionorebrolan.se



Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

Från: Malin Vikström 
Ämne: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort
Datum: 20 mars 2023 17:21
Till: [REDACTED]



Hej Rebecka!

Tack för ditt mejl.

1. Kliniker som har rätt att utföra abort regleras av avtal . [Gynekologi, specialiserad – Vårdval Stockholm i Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)
Sena medicinska avbrytande sker på sjukhus.
2. Regionen följer SFOG och FARGs dokument för aborter: [FARG](#)
3. Gällande livstecken hos aborterade foster finns ingen specifik Regional riktlinje.
Verksamheterna följer [Livstecken efter sen abort \(smer.se\)](#)

Du är välkommen att återkomma vid ev fler frågor. Lycka till med ditt viktiga examensarbete

Med vänlig hälsning
Malin Vikström
Vårdsak Gynekologi, Region Stockholm



Sakkunnigkansliet för regionala programområden Stockholm-Gotland
Enheten Kunskapsstyrning och -stöd
Avdelningen för Kunskapsutveckling

Region Stockholm
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Lindhagensgatan 98

Från: [REDACTED]  
Ämne: Styrdokument vid abort
Datum: 13 mars 2023 08:17
Till: [REDACTED]



Hej!

Här kommer svaren på de frågor som du ställde:

- 1 Det är Kvinnokliniken på Växjö lasarett samt på Ljungby lasarett när läkare(gynekolog) finns tillgänglig.
- 2 Vi har PM på abort. [OpenDoc.aspx \(regionkronoberg.se\)](https://www.regionkronoberg.se)
- 3 Nej det har vi inte

Hoppas att du fått svar på dina frågor annars får du höra av dig.

Med vänlig hälsning



Christin Hermansson Henriksen

Avdelningschef avdelning 8 Gyn/Kvinnokliniken



www.regionkronoberg.se



Från: Joakim Samuelsson [REDACTED]  
Ämne: Sv: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort
Datum: 9 mars 2023 10:23
Till: [REDACTED]
Kopia: Region Västmanland Myndighetsbrevlåda [REDACTED]



Hej!

1. Vilka kliniker har rätt att utföra abort i er region?
Kvinnokliniken i Västmanland

2. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om aborter?
Ja – vi använder lokal anpassning av de som vår specialitetsförening SFOG använder sig av.

3. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om hur man hanterar situationer i hälso- och sjukvården när fostret/barnet föds med livstecken efter en sen abort?

Nej

4. Om sådana styrdokument finns, hade jag gärna tagit del av dem.
De finns inte

[Bästa hälsningar](#)

Joakim

Dr Joakim Samuelsson
Verksamhetschef Kvinnokliniken Västmanland

Från: Karin Ångeby [redacted]
Ämne: HSN-232289
Datum: 10 mars 2023 10:18
Till: [redacted]
Kopia: Diariet Region Värmland [redacted]



Vilka kliniker har rätt att utföra abort i er region? Det är endast Kvinnosjukvården som har rätt att utföra abort i Region Värmland.

Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om aborter? Ja, denna bifogas.

Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om hur man hanterar situationer i hälso- och sjukvården när fostret/barnet föds med livstecken efter en sen abort? Nej.

Vi hänvisar till följande policydokument som är utarbetat av SFOG och SBF: [konsensusdokument-kring-sen-abort-20180529-styrelsen-sfog-svenska-barnmorskefo-rbundet-svenska-neonatalfo-rening.pdf](https://www.sfog.se/medlemsmaterial/konstaterad-dod-och-avlivning-20180529-styrelsen-sfog-svenska-barnmorskeforbundet-svenska-neonatalfo-rening.pdf)

Vänliga hälsningar

Karin Ångeby

Forskningsbarnmorska. PhD. Kvinnosjukvården. Region Värmland
Forskningsledare, Centrum för klinisk forskning och utbildning. Region Värmland
Klinisk lektor. Barnmorskeprogrammet. Högskolan Dalarna

Research Midwife, PhD. Women´s department. Region Värmland
Research leader, Centre for Clinical Research and Education. Region Värmland
Clinical lecture, Midwiferyprogramme, Dalarna University



RUT-21399-
v.2.0 In...ort.pdf



Hälsa och Sjukvårdsförvaltningen

Sv: Ärendenummer: \$\$\$RE-98392\$\$: Förfrågan om regionens styrdokument vid abort
Till: [redacted]

14 mars 2023 14:17

Hej!

Se nedan svar i rött.

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Förvaltningsledningen

Region Kalmar län
Box 601, 391 26 Kalmar

Avsändarens E-post: [redacted]

Inkom: Mar 9, 2023 09:53 AM

Observera att det här mejlet kommer från en avsändare utanför Region Kalmar län. Om du inte känner till avsändaren eller väntar dig detta mejl, klicka inte på länkar och öppna inte bifogade filer.

Hej,

Jag heter Rebecka Månsson och skriver just nu mitt examensarbete vid juridiska fakulteten, Lunds universitet. Genom mitt examensarbete utreder jag vilka skyldigheter hälso- och sjukvårdspersonalen har gentemot ett foster/barn som föds med livstecken efter en sen abort. Jag vänder mig till er med förhoppningen om att ni har möjlighet att besvara frågor eller hjälpa mig att hitta rätt person som kan besvara frågorna.

1. Vilka kliniker har rätt att utföra abort i er region? **Kvinnokliniken i Kalmar och i Västervik**
2. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om aborter? **Ja**
3. Har regionen något styrdokument (exempelvis riktlinjer, policy) om hur man hanterar situationer i hälso- och sjukvården när fostret/barnet föds med livstecken efter en sen abort? **Nej**
Om sådana styrdokument finns, hade jag gärna tagit del av dem. **Vi tolkar frågan att styrdokument på fråga 3 önskas. Eftersom vi inte ha det specifika dokumentet har vi inget att skicka med.**

Vänligen,
Rebecka Månsson

När du skickar e-post till Region Kalmar län innebär det att Region Kalmar län behandlar dina personuppgifter och hanterar dem enligt dataskyddsförordningen (GDPR). På vår webbplats kan du läsa mer om hur Region Kalmar län hanterar dina personuppgifter.
<https://regionkalmar.se/personuppgifter>

Källförteckning

Tryckta källor

Offentligt tryck

Utredningsbetänkanden

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

SOU 1988:10 Rätt adress.

SOU 1989:51 Den gravida kvinnan och fostret – två individer – Om fosterdiagnostik – Om sena aborter.

SOU 1990:50 Ny folkbokföringslag.

SOU 1999:66 God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården.

SOU 2005:90 Abort i Sverige.

SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll.

Propositioner

Prop. 1974/70 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m.m.

Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1984/85:48 Om familjeplanering och abortvård.

Prop. 1989/90:107 Om godkännande av FN-konventionen om barnets rättigheter.

Prop. 1990/91:153 Om ny folkbokföringslag m.m.

Prop. 1994/95:142 Fosterdiagnostik och abort.

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 2006/07:124 Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag.

Remissyttrande/Betänkande

Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU14 Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården m.m.

Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

SOSFS 1989:6 Socialstyrelsens allmänna råd 1989:6 om tillämpningen av abortlagen.

SOSFS 2004:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort.

SOSFS 2009:15 Socialstyrelsens föreskrifter om abort.

SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.

HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Nationella styrdokument

SFOG, SBF & SNF, *Konsensusdokumentet kring sen abort*, 2018-05-29.

SFOG & SBF, *Omvårdnadsriktlinjer*, 2018-05-29.

SNF & SFOG, *Konsensusdokumentet avseende handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för viabilitet*, 2016-03-29.

Rättsfall

Sverige

Arbetsdomstolen

AD 2017 nr 23.

Svenska allmänna domstolar

Svea hovrätt, dom 2004-10-25 mål nr B6664-04.

Vänersborgs tingsrätts dom 2007-06-13, mål nr B261-06.

Hovrätten för Västra Sverige, dom 2016-01-25 mål nr B 5154-15.

Europa

Europadomstolen

Boso v. Italy (50490/99) dom den 5 maj 2002.

Vo v. France (53924/00) dom den 8 juli 2004.

Evans v. the United Kingdom (6339/05) dom den 10 april 2007.

Europakommissionen

X v. the United Kingdom (8416/78) dom den 13 maj 1980.

H v. Norway (17004/90) dom den 19 maj 1992.

IVO:s beslut

IVO:s beslut dnr 8.2–15016/2015–37.

IVO:s beslut dnr 8.1.1–20899/2018–7.

IVO:s beslut dnr 8.1.1–20788/2018–8.

Övrigt

Andersson, Joakim, ”Läkares livräddande insatser för aborterade foster väcker debatt”, Läkartidningen, <<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2017/08/lakares-livraddande-insatser-for-aborterade-foster-vacker-debatt/>>, publicerad 2017-08-15, besökt 2023-01-25.

ChefsJO, ”Uttalanden i vissa frågor om handläggningen av sena aborter”, dnr 7035–2017, <<https://www.jo.se/PageFiles/14042/7035-2017.pdf>>, publicerad 2019-09-17, besökt 2023-03-27.

Nordman, Mikael, Hallberg, Boubou & Abrahamsson, Thomas: ”Association Between Year of Birth and 1-Year Survival Among Extremely Preterm Infants in Sweden During 2004-2007 and 2014-2016”, JAMA Network, <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2728924?resultClick=1>>, publicerad 2019-03-26, besökt 2023-01-27.

Socialstyrelsen: ”Vem får utföra abort?”, <<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/abort/>>, publicerad 2021-08-27, besökt 2023-03-08.

Statens medicinsk-etiska råd: ”Livets början”, <<https://smer.se/teman/livets-borjan/>>, besökt 2023-04-16.

Statens medicinsk-etiska råd: ”Smer kommenterar 2017:1”, <<https://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/03/Smer-kommenterar-fosterantalsreduktion-slugiltig.pdf>>, publicerad 2017-03-13, besökt 2023-05-03.

TT/Ekot: ”Aborterade foster ska inte återupplivas”, Sveriges Radio, <<https://sverigesradio.se/artikel/7034554>>, publicerad 2018-09-03, besökt 2023-02-14.

WHO:s rekommendationer, "Constitution of the world health organization", <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>, publicerad 1946-07-22, besökt 2023-03-27.

Yllner, Nadja: "Läkare försöker rädda sent aborterade foster – I lagens mening är de barn", SVT Nyheter, <<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/lakare-forsoker-radda-aborterade-foster>>, publicerad 2017-08-14, besökt 2023-01-25.

Yllner, Nadja: "Ordförande i Socialstyrelsens rättsliga råd: Läkarna bryter mot lagen", SVT Nyheter, <<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/ordforande-i-socialstyrelsens-rattsliga-rad-lakarna-bryter-mot-lagen>>, publicerad 2017-08-15, besökt 2023-03-06.

Yllner, Nadja: "Rättsliga rådet: Läkaren gjorde inte fel", SVT Nyheter, <<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/rattsliga-radet-lakaren-gjorde-inte-fel>>, publicerad 2017-08-14, besökt 2023-03-06.

Litteratur

Axelsson, Ewa, *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård: en medicinrättslig studie*. 1 uppl., Iustus förlag 2011.

Axelsson, Ove (red.), *Inducerad abort*. Rapport nr 78, Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp 2018.

Danelius, Hans, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis: en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*. 6 uppl., Norstedts Juridik 2023.

Fischer, David I, *Mänskliga rättigheter: en introduktion*. 9 uppl., Nordstedts Juridik 2020.

Grahn-Farley, Maria, *Barnkonventionen: en kommentar*. 1 uppl., Studentlitteratur 2019.

Hollander, Anna, *Rättighetslag: i teori & praxis*. 1 uppl., Iustus förlag 1995.

Holmberg, Erik, Stjernquist, Nils, Isberg, Magnus, Eliason, Marianne & Regner, Göran, *Grundlagarna: regeringsformen, successionsordningen, riksordningen*. 3 uppl., Norstedts Juridik 2012.

Johnsson, Lars-Åke, *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentar*. 11 uppl., Nordstedts Juridik 2021.

Johnsson, Lars-Åke, *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentar*. 10 uppl., Wolters Kluwer 2017.

Johnsson, Lars-Åke, *Patientsäkerhetslagen: en kommentar*. 1 uppl., Nordstedts Juridik 2020.

Lagercrantz, Hugo, *Från foster till människa*, i Statens medicinsk-etiska råd (red.), *Om livets början – en debattskrift*. 1 uppl., Elanders Gotab 2000.

Le Moli, Ginevra, *Human Dignity in International Law*. 1 uppl., Cambridge University Press 2021.

Lindqvist, Inge, *Abortlagen: med kommentarer*. 1 uppl., Rosenlundstryckeriet AB 1975.

Peczenik, Aleksander, *Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*. 1 uppl., Fritzes Förlag 1995.

Rynning, Elisabeth, *Åldersgräns för mänskliga rättigheter?* i Hollander, Anna, Nygren, Rolf & Olsen, Lena (red.), *Barn och rätt*. 2 uppl., Iustus förlag 2004.

Saldeen, Åke, *Barn- och föräldrarätt*. 7 uppl., Iustus förlag 2013.

Sandgren, Claes, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod, argumentation och språk*. 5 uppl., Nordstedts Juridik 2021.

Schmahl, Stefanie, *United Nations Convention on the Rights of the Child – Article-by-Article commentary*. 1 uppl., Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2021.

Statens medicinsk-etiska råd, *Livstecken efter sen abort*. Smer rapport 2019:1, Statens medicinsk-etiska råd 2019.

Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt, *Sveriges författning*. 23 uppl., Studentlitteratur 2019.

United Nations High Commissioner for Human Rights, *Legislative History of the Convention on the Rights of the Child*. 1 uppl., United Nations 2007.

Zillén, Kavot, Mattsson, Titti & Slokenberga Santa (red.), *Medicinsk rätt*. 2 uppl., Nordstedts Juridik 2022.

World Health Organization, *The International Classification of Diseases (ICD-10)*, 10 uppl., World Health Organization 2011.

Åhman, Karin, Leviner, Pernilla & Zillén, Kavot (red.), *Barnkonventionen i praktiken: rättsliga utmaningar och möjligheter*. 1 upp., Norstedts Juridik 2020.

Lagkommentarer

Lönnheim, Charlotte: Abortlag (1974:595) 2 §, Karnov (JUNO), publicerad 2020-04-01, besökt 2023-01-18.

Westerhäll Vahlne, Lotta: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 §, Karnov (JUNO), publicerad 2021-01-01, besökt 2023-03-01.