

Om sen selektiv fosterreduktion

*Yttrande av Statens medicinsk-etiska råd
Smer 2024:6*

Förord

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, har efter en förfrågan från Centrum för fostermedicin, Karolinska Universitetssjukhuset, beslutat att bereda frågan om selektiv fosterreduktion efter vecka 18 i graviditeten. Sen selektiv fosterreduktion förekommer mycket sällan men väcker komplexa etiska frågor som det är av principiell vikt att ett organ som Smer analyserar på nationell nivå. Rådets analys och ställningstaganden presenteras i detta yttrande.

Frågan har beretts av en arbetsgrupp i rådet bestående av Göran Collste, Åsa Gyberg-Karlsson, Kerstin Nilsson, Mikael Sandlund och Nils-Eric Sahlin. Föredragande har varit huvudsekreteraren Lotta Eriksson. Carolina Östgren, utredningssekreterare, har också deltagit i beredningen. Peter Lindgren, med dr., överläkare och fd chef vid Centrum för fostermedicin, har som extern expert deltagit i arbetsgruppens arbete och har även faktagranskat yttrandet.

Inom ramen för projektet har rådet hört experter från olika professionsföreningar, forskare i medicinsk rätt vid juridiska institutionen, Lunds universitet, samt experter vid Socialstyrelsen.

Rådet har inte nått konsensus i samtliga ställningstaganden. Rådets majoritets och rådets minoritets uppfattningar framgår av dokumentet. Per Landgren, ledamot i rådet, har reserverat sig mot delar av majoritetens överväganden och ställningstaganden i yttrandet (se reservation i bilaga 1). Kerstin Nilsson, sakkunnig, har anmält avvikande mening vad gäller ett av rådets ställningstaganden (se särskilt yttrande i bilaga 2).

Beslut om publicering av yttrandet har fattats av ledamöterna Sven-Eric Söder (ordförande), Yasmine Bladelius, Åsa Gyberg-Karlsson, Per Landgren, Sofia Nilsson, Anton Nordqvist, Thomas Ragnarsson, Per Ramhorn och Anna Starbrink. I beredningen av yttrandet deltog även Lilas Ali, Erika Borgny, Anders Castor, Göran

Collste, Titti Mattsson, Kerstin Nilsson, Olle Olsson, Nils-Eric Sahlin, Mikael Sandlund, Marie Sten och Kristina Wikner, samtliga sakkunniga i rådet.

Stockholm i november 2024

Sven-Eric Söder

Sammanfattning

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) analyserar i detta yttrande etiska frågor som väcks vid selektiv fosterreduktion sent i graviditeten.

Sen selektiv fosterreduktion är ett ingrepp vid flerbörd då livet avslutas på ett skadat foster efter vecka 18 i graviditeten. Den fråga som har ställts till rådet är om det är etiskt godtagbart att skjuta på en fosterreduktion till vecka 26–32, om en skada på ett av fostren upptäcks efter vecka 16–18.

Sen selektiv fosterreduktion förekommer mycket sällan, men väcker etiskt och juridiskt komplexa frågor och ställningstaganden. Etiska värden som kvinnans¹/föräldrarnas självbestämmande, fosters skyddsvärde samt människovärde, välbefinnande och livskvalitet berörs. Den tydligaste värdekonflikten är den mellan kvinnans/föräldrarnas självbestämmande och ett fosters skyddsvärde. Det är samma värdekonflikt som vid en sen abort på grund av fosterskada. Men en viktig skillnad mellan frågan om fosterreduktion och abort är att det vid fosterreduktion finns ytterligare ett eller flera foster att ta hänsyn till. Att ta bort det skadade fostret innebär en risk att det friska fostret föds för tidigt. Eftersom det är större risk att ett foster som föds tidigt inte överlever eller överlever med stora skador ligger det i det friska fostrets och föräldrarnas intresse att fosterreduktionen utförs tidigt i graviditeten (helst före vecka 15) när det är liten risk för missfall, alternativt sent i graviditeten, då det finns större chans att det kvarvarande fostret överlever utan skador om ingreppet skulle förorsaka en prematur förlossning. Men ju senare i graviditeten

¹ Smer har valt att genomgående använda ordet kvinna men är medvetet om att alla gravida inte vill definieras som det.

fosterreduktionen utförs, desto mer utvecklat är det sjuka fostret och desto större är dess skyddsvärde.

Hela rådet anser att det kan vara etiskt godtagbart att göra en sen selektiv fosterreduktion av ett sjukt foster efter vecka 21+6 när det är mycket stor risk att kvinnan annars förlorar alla foster.

En majoritet i rådet anser att det kan vara etiskt godtagbart att skjuta på en selektiv fosterreduktion fram till vecka 26–32. I dessa situationer väger kvinnans/föräldrarnas självbestämmande och det friska fostrets intresse tyngre än det sjuka fostrets skyddsvärde. Flera villkor måste dock vara uppfyllda: det sjuka fostret måste ha en mycket allvarlig fosterskada, kvinnan/föräldrarna måste ha fått fullständig information och smärtlindring bör ges i samband med ingreppet om det är tekniskt möjligt och utan komplikationsrisk.

En majoritet i rådet anser att man vid bedömningen av om en sen selektiv fosterreduktion bör erbjudas även får ta hänsyn till sociala skäl, som till exempel att familjens förmåga att ta hand om ett svårt sjukt barn kan vara begränsad genom att paret redan har ett sjukt barn eller flera barn med särskilda behov. En minoritet i rådet anser att det bara är fosterskadans allvarlighetsgrad som får spela in när man avgör om en selektiv fosterreduktion kan erbjudas.

Situationer som aktualiserar sen selektiv fosterreduktion är svårbedömda, komplexa och sällan förekommande. Sen selektiv fosterreduktion bör därför enbart utföras inom ramen för Nationell högspecialiserad vård. Rådet rekommenderar därför Socialstyrelsen att se över rådande NHV-definition med inriktningen att samtliga sena selektiva fosterreduktioner inkluderas i tillståndsdefinitionen och därmed blir tillståndspliktig vård och då inte får utföras av annan än tillståndsinnehavaren. Beslut om att erbjuda en selektiv fosterreduktion bör fattas av ansvarig läkare i samråd med ett multidisciplinärt team med olika kompetenser.

En minoritet av rådet (en ledamot) är skiljaktig och anser att det inte är etiskt försvarbart att genomföra en selektiv fosterreduktion så sent i graviditeten, utom som nödfallsåtgärd, vilket specificeras i ledamotens reservation. Ledamoten anser att det sjuka fostrets människovärde väger tyngre än kvinnans/föräldrarnas självbestämmande och det friska fostrets ökade chans till överlevnad och livskvalitet.

En majoritet av rådets ledamöter anser att det behövs särskild lagstiftning som reglerar fosterreduktion (både tidigt och sent i

graviditeten), och att reglerna kring sen abort på grund av fosterskada samt livsduglighetsbegreppet i abortlagen bör ses över. Rådet förslår regeringen att ta fram en särskild reglering vad gäller fosterreduktion.

1 Inledning

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att ur ett övergripande samhällsperspektiv analysera de medicinsk-etiska frågor som uppstår i hälso- och sjukvården och i den medicinska forskningen.

Smer redogör i detta yttrande för etiska aspekter på sen selektiv fosterreduktion. Sen selektiv fosterreduktion är ett ingrepp vid flerbörd då livet avslutas på ett skadat foster efter vecka 18 i graviditeten. Sen selektiv fosterreduktion aktualiserar etiskt och juridiskt komplexa frågor och ställningstaganden. Etiska värden som kvinnans² /föräldrarnas självbestämmande, fosters skyddsvärde samt människovärde, välbefinnande och livskvalitet berörs.

När en fosterskada upptäcks hos ett av fostren vid en tvillinggraviditet eller annan flerbörd kan en reduktion av antalet foster, där det skadade fostret tas bort, bli aktuell. Ett sådant ingrepp riskerar dock att leda till missfall, där hela graviditeten förloras. Görs fosterreduktionen tidigt i graviditeten (före vecka 14) är risken för missfall mindre än om den görs senare. Fosterskador upptäcks eller uppstår dock ofta inte förrän i en period när risken för missfall vid ingreppet är betydande. En förskjutning av fosterreduktionen till ännu senare i graviditeten (vecka 26–32) skulle då kunna vara ett alternativ som ökar chansen för att det friska fostret överlever ingreppet och slipper allvarliga komplikationer om fosterreduktionen leder till en prematur förlossning.

Smer anser dock att skyddsvärdet hos ett foster, oavsett om det är friskt eller sjukt, ökar i takt med att det utvecklas. Ett senare

² Smer valt att genomgående använda ordet kvinna men är medvetet om att alla gravida inte vill definieras som det.

ingrepp innebär därmed en mer uttalad konflikt mellan det sjuka fostrets skyddsvärde och andra intressen.

Professionsföreträdare vid Centrum för fostermedicin vid Karolinska universitetssjukhuset har identifierat att det finns behov av en fördjupad etisk analys av frågan och att det behövs vägledning kring i vilka situationer det är etiskt godtagbart att utföra en sen selektiv fosterreduktion (i vecka 26–32), och har därför tagit frågan till Smer.³

Syftet och målet med detta yttrande är att etiskt analysera frågan om sen selektiv fosterreduktion och ge vägledning till professionen, hälso- och sjukvårdens huvudmän samt regeringen och riksdagen.

Rådet överväger följande två huvudfrågor i yttrandet:

- Kan det vid en flerbördsgraviditet vara etiskt godtagbart att sent i graviditeten, i vecka 26–32, avsluta livet på ett av flera foster?
- Om så är fallet, under vilka förutsättningar och med vilka motiv bör detta vara möjligt?

1.1 Terminologi

Abort – Avbrytande av graviditet.

Selektiv abort – Avbrytande av graviditet på grund av att fostret har en sjukdom, skada eller specifik egenskap.

Fosterreduktion – Livet avslutas på ett eller flera foster vid en flerbörd, utan att hela graviditeten avbryts. I litteraturen och av professionen används även termerna fosterantalsreduktion, fetucid vid flerbörd och partiell abort för att beteckna samma sak.

Icke-selektiv fosterreduktion – En fosterreduktion vid vilken det inte spelar någon roll vilket eller vilka av fostren som tas bort. Läkaren väljer i praktiken det som ligger bäst till för ingreppet.

³ Frågan om sen selektiv fosterreduktion aktualiserades i rådet 2021 efter en begäran om etisk analys från Peter Lindgren, dåvarande chef vid Centrum för Fostermedicin, vid Karolinska sjukhuset. Beredningen av frågan startade år 2021, men bordlades på grund av arbetsbördan i övrigt. Beredningen återupptogs 2023.

Selektiv fosterreduktion – En fosterreduktion vid vilken man tar bort ett specifikt foster, till exempel på grund av att det är sjukt eller skadat.

Sen selektiv fosterreduktion – En fosterreduktion som utförs sent i graviditeten, dvs. efter vecka 18. I den här rapporten analyseras framför allt en senareläggning av en sen selektiv fosterreduktionen till vecka 26–32.

En fosterreduktion kan bli aktuell vid en tvillinggraviditet eller annan flerbörd. I yttrandet används för enkelhets skull en tvillinggraviditet som exempel, men resonemangen kan utsträckas till att handla om graviditeter med fler än två foster.

Graviditetslängd

En graviditetslängd uttrycks ofta i antal veckor eller antal veckor och dagar. I det här yttrandet avser uttrycket ”vecka 18” den artonde graviditetsveckan. Med uttrycket utgången av artonde graviditetsveckan avses 18 fullgångna veckor plus 0 dagar (18+0). Vecka 18+1 betyder att graviditeten pågått i 18 veckor och 1 dag. Den är då inne i den nittonde veckan.

1.2 Frågans beredning

Smer fattade beslut om att bereda frågan om sen selektiv fosterreduktion den 5 februari 2021, varpå beredningen startade i mars samma år. Frågan bordlades dock under hösten 2021 och beredningen återupptogs våren 2023.

En arbetsgrupp inom rådet fick i uppdrag att bereda frågan och ta fram förslag på ett yttrande. Till arbetsgruppen knöts även Peter Lindgren, dåvarande chef för Centrum för fostermedicin vid Karolinska Universitetssjukhuset, för kontinuerligt utbyte under beredningen. Som ett första steg i beredningen 2021 inbjöds företrädare från professionen till ett rundabordssamtal om frågans medicinska och etiska dimensioner, med syfte att inhämta synpunkter till beredningen. Inom ramen för beredningen har arbetsgruppen även samrått med experter vid Socialstyrelsen och forskare vid Juridiska fakulteten vid Lunds universitet.

Frågan har varit uppe till diskussion vid flera av Smers sammanträden.

1.3 Tidigare beredningar om fosterreduktion

Professionen har tidigare bett om klargöranden och riktlinjer från Socialstyrelsen vad gäller fosterreduktion vid flerbörd.⁴

Socialstyrelsens tidigare beredning

Inför utformandet av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort 2004:4 uppkom frågan om huruvida reduktion av antalet foster omfattas av abortlagens bestämmelser. Vid denna tidpunkt menade Socialstyrelsen att övervägande skäl talade för att abortlagen inte är tillämplig vad gäller reduktion av antalet foster.

Arbetet utmynnade i en skrivelse till regeringen år 2004 där regeringen rekommenderades att överväga om det finns skäl att komplettera abortlagen (1974:595) med särskilda bestämmelser om fosterreduktion.⁵ Socialstyrelsen hävdade att om abortlagen ska anses vara tillämplig får det till följd att kvinnan har rätt till fosterreduktion om förutsättningarna för abort enligt 1 § abortlagen föreligger, det vill säga om ingreppet kan göras före utgången av vecka 18. Kvinnans skäl för fosterreduktionen saknar då betydelse, och kvinnan bör få möjlighet att göra en fosterreduktion oavsett om önskemålet handlar om sociala eller medicinska skäl, eller om ett eller flera av fostren är skadat eller har anlag för allvarlig sjukdom. Socialstyrelsen anförde vidare att om fosterreduktion inte ska grundas på abortlagens bestämmelser föreligger tvärtom ingen rätt för kvinnan att få ingreppet utfört. Om fosterreduktion är nödvändigt på medicinska grunder med avseende på kvinnans eller övriga fosters hälsa bedömdes att ingreppet i vissa fall torde kunna utföras med stöd av hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) bestämmelser. Däremot är vårdgivaren inte skyldig att erbjuda patienten behandling eller åtgärd som inte är motiverad av medicinska skäl.⁶

⁴ Socialstyrelsen. Fråga huruvida abortlagen är tillämplig vid s.k. fosterreduktion. Dnr 6667/2004.

⁵ Ibd.

⁶ Ibd.

Socialstyrelsen bedömde att rättsläget vad gäller fosterreduktion var oklart, men att övervägande skäl talade emot att abortlagens bestämmelser kan tillämpas på fosterreduktioner. Följande två skäl anfördes för att lagen inte är tillämplig:

- frågan om fosterreduktion behandlades inte i förarbetena till abortlagen och,

- syftet med abortlagen är att avbryta ett havandeskap, inte att ta bort ett eller flera foster och låta havandeskapet fortsätta för ett eller flera foster.

Socialstyrelsen hänvisade även till att man i Danmark hade gjort tolkningen att abortlagen inte är tillämplig på fosterreduktion. Samtidigt nämndes att frågan om fosterreduktion hanterades på andra sätt i Finland och Norge, vilket kan tala för att abortlagen bör anses vara tillämplig.⁷

Myndigheten har efter det inte gjort någon ny bedömning av frågan.⁸ Socialstyrelsens rättsliga råd tar idag inte upp ärenden som rör fosterreduktion sent i graviditeten eftersom det i lagens mening inte handlar om ett fullständigt avbrytande av havandeskapet.

Smers tidigare beredning

Smer har berett frågan om fosterreduktion tidigt i graviditeten år 1996, 2005 och 2017. I den tidigare beredningen analyserade rådet både icke-selektiv och selektiv fosterreduktion, men har inte särskilt berett frågan om selektiv fosterreduktion sent i graviditeten.

Med anledning av Socialstyrelsens skrivelse 2004 till regeringen om huruvida abortlagen är tillämplig vid fosterreduktion gav Socialdepartementet Smer i uppgift att göra en etisk analys av frågan. Ett yttrande lämnades till Socialdepartementet år 2005.

I yttrandet anförde rådet att man utifrån gällande rätt kan argumentera både för och emot att fosterreduktion bör ses som abort: Abortlagen i Sverige bygger på att kvinnan till och med vecka 18 själv avgör om hon vill behålla graviditeten eller inte, oavsett vilka hennes motiv är. Kvinnans rätt till självbestämmande är ett uttryck för den autonomiprincip som kan sägas utgöra abortlagstiftningens värdegrund. En teleologisk tolkning av abortlagen, det vill säga en tolkning utifrån dess ändamål, pekar närmast mot att kvinnan även

⁷ Sedan dess har regleringen ändrats i Norge. Nu finns en särskild reglering kring fosterreduktion se kap 3.

⁸ Enligt kontakter med Smers sekretariat 2023.

har rätt att låta avlägsna ett foster men behålla ett annat. Man kan dock också hävda att abortlagen tillkom vid en tid då partiellt avbrytande av havandeskap inte förekom⁹ samt att traditionell abort och partiellt avbrytande av havandeskap är företeelser som i flera avseenden är artskilda. Rätten till abort tar sikte på kvinnas rätt till självbestämmande; hon ska inte mot sin vilja tvingas bära och föda ett barn. Denna aspekt saknas vid fosterreduktion. Fosterreduktion skulle kunna vidare kunna uppfattas som ett steg i en oönskad utveckling mot ett ”designat” föräldraskap, där föräldrar väljer vilket barn de vill ha, vilket också talar för att andra synsätt måste anläggas på fosterreduktion än på abort.

Smer ansåg i yttrandet att selektiv fosterreduktion enbart bör medges efter prövning i varje enskilt fall och att tillståndsgivningen inte bör bindas vid alltför strikta kriterier. Avgörande bör vara allvaret i den sjukdom eller skada fostret lider av eller har anlag för. Sociala faktorer, som att paret redan har ett sjukt eller skadat barn, bör kunna vägas in. Selektiv fosterreduktion med utgångspunkt i kön¹⁰ eller andra egenskaper ska under inga förhållanden få förekomma. Rådet ansåg att prövningen skulle göras av Socialstyrelsens rättsliga råd och att det var lämpligt att det skulle regleras i abortlagen.

År 2017 följde Smer upp frågan och höll då fast vid bedömningarna gällande på vilka grunder selektiv fosterreduktion bör kunna medges.¹¹ Rådet ansåg dock att bedömningen bör göras av professionen i samråd med patienten utefter allmänna råd och föreskrifter från Socialstyrelsen.

⁹ Den första selektiva fosterreduktionen rapporterades 1978. En selektiv fosterreduktion utfördes i vecka 24 vid en tvillinggraviditet för att avsluta livet på ett foster med Hurlers syndrom. Proceduren utfördes av en svensk läkare i Lund. Åberg A, Mitelman F, Cantz M. et al. (1978) *Cardiac puncture of fetus with Hurler's disease avoiding abortion of unaffected co-twin.*

¹⁰ Det kan dock finnas skäl att välja bort ett barn av ett visst kön om det föreligger anlag för könsbunden sjukdom.

¹¹ Smer kommenterar 2017:1.

2 Faktabakgrund

2.1 Vad är fosterreduktion?

Fosterreduktion är ett medicinskt ingrepp som innebär att hjärtaktiviteten avslutas på ett eller flera, men inte alla, foster vid en flerbördsgravitet. Det finns olika motiv till varför en kvinna eller ett par önskar att få ett sådant ingrepp: att det foster vars liv avslutas är sjukt eller skadat, att det föreligger risk för fostrens hälsa (som kan förebyggas om antalet foster minskas), att det föreligger risk för moderns hälsa (som kan förebyggas om antalet foster minskas) eller att kvinnan/paret inte vill ha flera barn samtidigt.

2.2 Metoder för fosterreduktion

Det finns flera olika metoder för fosterreduktion. Vid sena fosterreduktioner är det vanligaste sättet att injicera kaliumklorid direkt i det foster vars liv ska avslutas (intrakardiell injektion), vilket omgående stoppar fostrets hjärta. Man kan även ge kaliumklorid via navelsträngen.

Vid vissa komplicerade tvillinggraviteter används metoden radio frequency ablation, som innebär att man använder radiofrekvensenergi för att orsaka skada på fostrets blodcirkulation, vilket leder till fosterdöd. En annan metod är navelsträngsdiatermi (cord occlusion), som innebär att man blockerar blodflödet i navelsträngen till det foster som ska reduceras. Avstängning av fostrets blodflöde kan uppnås genom att använda värmeenergi via laser, elektricitet eller andra medel för att koagulera navelsträngens blodkärl. Denna metod används framför allt i senare stadier av graviditeten eller i flerbördsgraviteter där fostren delar samma moderkaka.

Valet av metod beror på flera faktorer, såsom graviditetens längd, antalet foster, placeringen av fostren i livmodern och andra medicinska överväganden.¹²

2.3 Risker med fosterreduktion

Selektiv fosterreduktion innebär vissa medicinska risker. En av de mest betydande riskerna är att ingreppet leder till missfall eller förtidsbörd av kvarvarande foster. Om fostren delar moderkaka måste mer avancerad teknik användas som kan öka risken för missfall/förtidsbörd jämfört med om fostren inte delar moderkaka.

Missfallsrisken är lägre ju tidigare i graviditeten ingreppet görs. I den medicinska litteraturen förespråkas generellt en reduktion före vecka 14.¹³

Risken för missfall uppskattas till omkring 12–20 procent om reduktion görs i vecka 19–21. Det finns idag inte möjlighet att ge en exakt siffra kring risken för missfall, eftersom det är mycket som kan påverka utfallet. I den vetenskapliga litteraturen beskriver olika artiklar olika typer av situationer, medicinska tillstånd och reduktionsmetoder, vilka alla inverkar på utfallet av en fosterreduktion.

Vidare kan beslutet att genomgå en selektiv fosterreduktion vara emotionellt påfrestande för kvinnan och för hennes partner.

2.4 Fosterutveckling, medvetande och förmåga att känna smärta

Från och med vecka 28 av graviditeten, dvs. i den tredje trimestern, sker flera viktiga utvecklingssteg hos fostret. Fostrets neurologiska och immunologiska system utvecklas. Huden blir mjukare och fostret börjar lägga på sig kroppsfett. Lungor, luftrör och lungblåsor utvecklas, vilket är avgörande för om fostret ska kunna överleva utanför livmodern. Frågan om när ett foster får ett medvetande och vid vilken tidpunkt det kan uppleva smärta är omdiskuterad. I dag är

¹² Källa: Peter Lindgren, Karolinska institutet. Olika metoder finns beskrivna av till exempel Liu B, Khalil A, Selective Fetal Reduction in Multiple Pregnancies. Glob. libr. women's med., ISSN: 1756-2228; DOI 10.3843/GLOWM.412603.

¹³ Se till exempel Kristensen et al, 2023, Zemet et al, 2020.

den gängse uppfattningen att ett mänskligt foster inte har förmåga att uppleva smärta förrän efter minst 24–25 veckor, baserat på studier av hjärnans och fostrets fysiologiska utveckling. Flera studier har visat att de kopplingar som krävs för överföring av signaler från perifera sensoriska nerver till hjärnan, liksom de hjärnstrukturer som krävs för bearbetning av dessa signaler, inte utvecklas förrän vid eller efter 24 graviditetsveckor. Ett yngre foster eller embryo saknar dessa kopplingar och strukturer och har därmed inte den fysiologiska förmågan att uppfatta smärta.¹⁴

Senare rön ifrågasätter dock att hjärnbarken är nödvändig för smärta. Neurologiska studier visar att vi inte definitivt kan utesluta smärta hos foster före 24 veckor. Smärta hos fostret utan att fostret har förmåga att medvetet uppleva eller reflektera över smärtan menar andra likafullt kan utgöra en betydelsefull etisk aspekt.¹⁵

Enligt uppgift från Centrum för Fostermedicin kan smärtlindring ges i samband med fosterreduktion, när det är tekniskt möjligt och inte ökar komplikationsrisken, för att minska risken för eventuell smärta hos fostret när livet avslutas.¹⁶

2.5 Risker vid prematur födsel

Ju tidigare ett barn föds, desto mer ökar risken för komplikationer. Risken för komplikationer är stor framför allt om barnet föds före graviditetsvecka 28.¹⁷

Idag beräknas foster som föds efter vecka 21+6 ha en möjlighet att överleva med hjälp av medicinska insatser, men enligt det svenska neonatalregistret och studier löper barn som föds före vecka 24 en stor risk för tidig död och en mycket stor risk för funktionsnedsättning. Barn som föds i vecka 22 beräknas ha en överlevnad på ca 45 procent, och barn som föds i vecka 23 ca 66

¹⁴ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Fetal Awareness: Review of Research and Recommendations for Practice (Mar. 2010) Lee SJ, Ralston HJ, Drey EA, Patridge JC, Rosen MA. Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. *JAMA* 2005;294(8):947-954.

¹⁵ Derbyshire SW, Bockmann JC Reconsidering fetal pain. *Journal of Medical Ethics* 2020;46:3-6.

¹⁶ Källa: Peter Lindgren.

¹⁷ Se till exempel Morgan A, med flera 2022. Management and outcomes of extreme preterm birth, *BMJ* 2022;376:e055924 <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-055924> och Fredrik Serenius, med flera. 2016. *JAMA Pediatr.* 2016;170(10):954-963. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1210

procents överlevnad. Risken för neurologiska problem och somatisk sjukdom är dock mycket hög för de barn som överlever.

En av de senaste retrospektiva studierna på nationella registerdata visar att de flesta barn som föddes före vecka 24 har neurologiska utvecklingsstörningar och eller ytterligare somatiska diagnoser. Tre fjärdedelar (75%) hade neurologiska utvecklingsstörningar, inklusive talstörningar (52%), intellektuella funktionsnedsättningar (40%), ADHD (30%), autismspektrumstörningar (24%), synnedsättning (22%), cerebral pares (17%), epilepsi (10%) och hörselnedsättning (5%). Hela 88 procent av barnen hade någon form av somatisk sjukdom.¹⁸

2.6 Särskilt om sen selektiv fosterreduktion

Flera vetenskapliga artiklar har lyft fram att det kan vara en fördel att utföra en fosterreduktion senare i graviditeten om en fosterskada upptäcks när risken för missfall är stor (efter vecka 16).¹⁹

Det kan finnas olika motiv för ett senareläggande av reduktionen. Ett motiv är att öka det friska fostrets chans att överleva ingreppet och att minimera risken för skada på grund av förtidsbörd. En senareläggning innebär ökad chans för det kvarvarande fostret att födas och överleva utan eller med begränsade skador.

Det kan också uppstå situationer där det finns en osäkerhet kring prognosen hos det sjuka fostret. I dessa situationer kan man vilja avvakta reduktion till en tidpunkt då man med större precision kan undersöka omfattningen av en trolig skada. Motivet från både professionens och kvinnans sida kan då vara att öka chansen för överlevnad för båda fostren, samtidigt som kvinnan ges möjlighet att ta bort det skadade fostret om det visar sig vara allvarligt skadat.

¹⁸ Morsing E, et al. Neurodevelopmental disorders and somatic diagnosis in a national cohort of children before 24 weeks of gestation. *Acta Paediatrica*. 2022.

¹⁹ Se till exempel: Bennasar M, Ponce J, Torres X m fl. Perinatal outcome after selective termination in dichorionic twins discordant for congenital anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100:2029-2025. Zou G, Ji Q, Chen J, Zhang L, Sun Q, Shi Y, Yang Y, Zhou F, Wei X and Sun L (2024) Perinatal outcome and timing of selective fetal reduction in dichorionic diamniotic twin pregnancies: a single-center retrospective study. *Front. Med*. 10:1327191. doi: 10.3389/fmed.2023.1327191 Khalil A, med flera. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 247–263

Sen selektiv fosterreduktion aktualiseras i olika typer av situationer där det ena fostret har en mycket allvarlig sjukdom eller skada som kommer innebära svårt lidande och eller tidig död. I situationer där det är klarlagt att det sjuka eller skadade fostret inte kommer att överleva, men där det andra fostret inte är i fara, finns det sällan skäl att utföra en fosterreduktion.

Centrum för fostermedicin har skisserat olika exempel, hämtade från verkliga fall i den kliniska verksamheten, som illustrerar olika situationer där det kan bli aktuellt att erbjuda en sen selektiv fosterreduktion. Exempel 1 gäller svår hjärtavvikelse i kombination med genetisk avvikelse. Exempel 2 gäller tvillingkomplikation (tvilling till tvilling-transfusion) och risk för hjärnskada. Exempel 3 gäller tvillingkomplikation med osäker utveckling.

Exempel 1. Hjärtavvikelse och en genetisk avvikelse hos fostret

Kvinnan bär på tvillingar som inte delar moderkaka. Vid ett rutinultraljud i vecka 20 upptäcks att ett av fostren har en genetisk avvikelse och en mycket svår hjärtavvikelse. Diagnosen fastställs av en barnkardiolog i vecka 21. Kvinnan och hennes partner beslutar att acceptera en erbjuden fosterreduktion, vilken genomförs i vecka 21+5. Ingreppet leder till vattenavgång och det friska fostret föds i vecka 22, med stor risk att dö eller att utveckla skador på grund av den tidiga förlossningen.

I denna situation skulle möjligheten att skjuta på reduktionen öka chanserna till överlevnad och minska risken för skada hos det friska fostret.

Exempel 2. Tvillingkomplikation (tvilling till tvilling-transfusion) och risk för hjärnskada – osäker prognos

I en tvillinggraviditet har det varit känt sedan vecka 12 att fostren delar moderkaka. I vecka 19 upptäcks så kallad tvilling till tvilling-transfusion. Om tillståndet inte åtgärdas med ett fostermedicinskt ingrepp riskeras båda fostrens liv med en beräknad dödlighet på cirka 90 procent för vart och ett av fostren. Paret kan välja att avbryta hela graviditeten, alternativt låta behandla tillståndet med laser. Vid sådan laserbehandling beräknas sannolikheten att ett av fostren överlever till cirka 90 procent, och att båda överlever till cirka 65 procent. Det finns även en potentiell risk för hjärnskada hos fostren till följd av komplikationen.

Vid denna typ av fall med osäker prognos för ett eller båda av fostren, kan ett erbjudande om sen selektiv fosterreduktion ge föräldrarna fler handlingsalternativ. De ges möjligheten att vänta med att ta bort ett foster tills en säker prognos är ställd.

Exempel 3. Tvillingkomplikation med osäker utveckling

Kvinnan bär på tvillingar med delad moderkaka där ena tvillingens del är kraftigt underutvecklad. Till följd av detta noteras vid kontroll i vecka 20 att det ena fostret har en uttalad tillväxthämning och det föreligger en stor osäkerhet om den fortsatta utvecklingen.

Även i detta fall kan föräldrarna ges möjligheten att vänta med att ta bort ett sjukt foster till dess att en säker prognos är ställd.

2.7 Erfarenheter i Sverige

Vid Karolinska Universitetssjukhuset utförs de icke selektiva fosterreduktionerna vanligtvis i vecka 12–15 och de selektiva i vecka 12–19. Selektiva reduktioner efter vecka 22 har enligt uppgift förekommit.²⁰

I Sverige uppskattas att frågan om att utföra selektiv fosterreduktion fram till och med vecka 26–32 aktualiseras vid cirka 5–10 tillfällen per år.²¹

²⁰ Uppgift från Peter Lindgren och Centrum för Fostermedicin.

²¹ Ibid.

3 Regelverk och praxis

Det finns idag ingen särskild reglering av fosterreduktion. I förarbetena till abortlagen har frågan om fosterreduktion inte behandlats eftersom den vid tiden för lagens tillkomst inte var aktuell. Socialstyrelsens rättsliga råd tar idag inte upp frågor om fosterreduktion efter vecka 18. Det är oklart om fosterreduktion i rättslig mening är abort eller inte.

I detta kapitel redogörs för de regelverk på hälso- och sjukvårdens område som är relevanta i relation till fosterreduktion och regelverket för abort och avbrytande av hela havandeskapet av medicinska skäl. Därefter redogörs för praxis vad gäller sena aborter vid en singelgraviditet och ett fullständigt avbrytande vid en flerbörd, och i ett avsnitt kommenteras tolkningen av livsduglighetsrekvisitetet i abortlagen. Därefter beskrivs regelverk för sena aborter på medicinsk indikation och fosterreduktion i andra länder.

3.1 Regelverk som är relevanta i relation till fosterreduktion

Fosterreduktion omfattas av de lagar som reglerar svensk hälso- och sjukvård. De viktigaste är hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientlagen.

3.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientlagen

Målet med hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela

befolkningen (3 kap. 1 §). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 §). Det innebär att vården särskilt bland annat ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas (5 kap. 6 §). I lagarna som rör hälso- och sjukvården finns ingen särskild reglering vad gäller foster och fostermedicin. Fosterterapi är en del av den högspecialiserade vården och får idag enbart erbjudas vid ett centrum i Sverige.

Patienten ska enligt patientlagen (2014:821) få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 §).

Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1 §). Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag (4 kap. 2 §).

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 §). Patienten har rätt att få och personalen skyldighet att lämna information bland annat om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling (3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Med ”de metoder som finns för undersökning, vård och behandling” avses de vårdalternativ som faktiskt finns att tillgå, antingen direkt vid den vårdinrättning dit patienten kommit eller genom remiss till specialistvård någon annanstans. Den information personalen har skyldighet att lämna om metoder för undersökning m.m. omfattar åtgärder som kan göras av andra än läkare, till exempel omvårdnadsåtgärder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Patienten ska visas omtanke och respekt.

3.1.2 Högspecialiserad vård

Nationell högspecialiserad vård är vård som är komplex eller sällan förekommande och som får bedrivas vid som mest fem enheter i landet. Syftet med koncentration av denna vård är att vårdgivaren ska kunna upprätthålla kompetens i det multidisciplinära teamet och ha möjlighet att utveckla och hålla en god kvalitet på vården utan att tillgängligheten begränsas. Målet med nationell högspecialiserad vård är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt. Nationell högspecialiserad vård regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Det är Socialstyrelsen som beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas (2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80]).

Frågan om sen selektiv fosterreduktion kan aktualiseras vid en komplicerad tvillinggraviditet och kvinnan sätts då i kontakt med specialister inom fosterterapi. Socialstyrelsen har beslutat att viss vård inom vårdområdet fosterterapi är högspecialiserad vård, och att behandlingarna i Sverige enbart får utföras på Centrum för fostermedicin, Karolinska Universitetssjukhuset. Nuvarande beslut om högspecialiserad vård gäller sedan den 1 mars 2021.

3.2 Reglering av abort

Enligt abortlagen (1974:595) har en kvinna rätt att på egen begäran få havandeskapet avbrutet intill utgången av den artonde graviditetsveckan.

Abort efter vecka 18 får endast utföras om Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor, det s. k. Rättsliga rådet, ger kvinnan tillstånd till åtgärden. Tillstånd får lämnas endast om det finns synnerliga skäl och tillstånd får inte lämnas, om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt (3 §) – se mer om detta begrepp i kommande avsnitt.

Det finns även möjlighet att avbryta havandeskapet om det föreligger sjukdom eller annat kroppsfel hos kvinnan som medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. I dessa fall får Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen ge tillstånd till avbrytande av havandeskap efter

utgången av artonde havandeskapsveckan, oavsett graviditetslängd (6 § första stycket).

Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som IVO har godkänt (5 § andra stycket). Om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan inte kan anstå utan fara för kvinnan får åtgärden utföras på annan plats och utan att Rättsliga rådet har lämnat tillstånd (6 § andra stycket).

3.2.1 Sen abort på grund av fosterskada

Tillstånd till abort efter vecka 18 får enligt abortlagen som ovan beskrivits inte lämnas om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Man kan i detta sammanhang skilja på medicinsk och utvecklingsmässig livsduglighet. Ett foster kan ha en så allvarlig skada att det aldrig kommer att kunna överleva utanför livmodern. Fostret kan då sägas vara medicinskt icke-livsdugligt. Tillstånd för abort av ett sådant foster får enligt abortlagen ges under hela graviditeten. Det finns idag ingen definition av medicinsk livsduglighet i gällande reglering, inte heller någon vägledning kring hur en bedömning av medicinsk livsduglighet bör göras.

För andra foster som har mindre allvarliga skador eller är friska får abort inte utföras efter den tidpunkt då det är möjligt för ett foster att överleva utanför livmodern. Ett foster som inte nått denna tidpunkt kan sägas vara utvecklingsmässigt icke-livsdugligt. Av förarbetena till abortlagen framgår å ena sidan att livsduglighet är beroende av hälso- och sjukvårdens möjligheter att rädda extremt för tidigt födda barn och å andra sidan att begreppet livsduglighet ska förstås som att fostret nått en sådan utveckling att det kan leva och vidareutvecklas utanför kvinnans kropp. Tidpunkten för när foster anses vara utvecklingsmässigt livsdugliga bedöms för närvarande av Socialstyrelsen infalla efter utgången av tjuogoandra graviditetsveckan (vecka 21+6).

Ansökan om tillstånd om abort efter vecka 18 görs på en särskild blankett, och till ansökan bifogas en medicinsk utredning, efter särskild förlaga, som fylls i av ansvarig läkare. I denna förlaga finns en särskild ruta där läkaren ska ange om fostret kan anses livsdugligt utanför livmodern. Det finns inga anvisningar för hur läkaren ska

göra den bedömningen. Den medicinska utredningen tillsammans med en psykosocial utredning ger Rättsliga rådet underlag för att fatta beslut i tillståndsfrågan. Ansvarig läkares uppfattning har således en avgörande betydelse för bedömningen av fostrets livsduglighet menar tidigare ChefsJO.²²

Abort efter vecka 22

Inom ramen för denna beredning har Smer begärt ut information från Socialstyrelsen över samtliga aborter som gjorts på medicinsk indikation efter vecka 22 mellan år 2014 och 2022, för att få en uppfattning om vilken typ av fosterskador som beviljas abort efter den så kallade utvecklingsmässiga livsduglighetsgränsen. Rådet fick inte ut handlingarna då Smer inte omfattas av den ökade sekretess som gäller för denna typ av uppgifter. Nedan redogörs för den information som Socialstyrelsen bedömde kunde lämnas ut.

Mellan år 2014 och 2022 har 1 till 8 ärenden hanterats per år av Rättsliga rådet. Av totalt 48 ansökningar har 34 beviljats och 14 resulterat i avslag.

Socialstyrelsen rapporterade att bifall lämnats när det av den medicinska utredningen framgick att fostret inte kan antas vara livsdugligt utanför livmodern eller att det enligt ett avgivet läkarintyg inte finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Avslag har motiverats av att det av den medicinska utredningen i ärendet framgår att fostret kan antas vara livsdugligt utanför livmodern eller att det av utredningen i ärendet framgår att det finns anledning anta att fostret är livsdugligt.

Rådet har också efterfrågat vilka typer av fosterskada som givit bifall respektive avslag. Socialstyrelsen har givit följande exempel:

- Bifall: olika typer av hjärnskador (till exempel acrani och anencefali), njuragenesi, trisomi 18, trisomi 13, allvarlig skelettmissbildning och grav tillväxthämning.
- Avslag: olika typer av hjärtfel, mycket lite fostervatten och trisomi 21.

De exempel som redovisas pekar på att abort på grund av fosterskada enbart beviljas vid allvarliga tillstånd och sjukdomar som innebär grava funktionsnedsättningar och som leder till tidig död. Vilka sjukdomstillstånd och skador som är att bedöma som tillräckligt

²² JO beslut 2019-09-17, dnr 7035.

allvarliga för att en sen abort efter den tjuogoandra graviditetsveckan ska beviljas finns det i dagsläget dock ingen närmare vägledning för.

3.2.2 Särskilt om begreppet livsduglighet

Innebörden av begreppet livsduglighet reglerar idag möjligheten till att beviljas en sen abort. Men det finns som tidigare angivits inte någon juridisk definition av begreppet livsduglighet, varken utvecklingsmässig eller medicinsk, i regleringen.

I ett konsensusdokument från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svenska Neonatalföreningen (SNF), gör de följande tolkning av begreppet livsduglighet i lagen:

”Vi tolkar begreppet livsduglighet som möjlighet till överlevnad vid födelse i aktuell gestationsålder utan att åtgärder under graviditeten vidtas för att förbättra möjlighet till överlevnad, och utan att omedelbara resuscitationsåtgärder vidtas efter fostrets framfödande. Kvinnan som fått tillstånd till abort har genom sin ansökan om abort redan tagit ställning till att sådana åtgärder inte ska vidtas.”²³

Tidigare chefsJO Elisabeth Rynning har granskat vissa frågor som rör handläggningen av sena aborter, bland annat tillämpningen av begreppet livsduglighet. Hennes granskning resulterade i ett beslut där hon väckte frågan om en översyn av lagstiftningen vad gäller sena aborter.²⁴ ChefsJO konstaterade att vid en ansökan om sen abort har ansvarig läkares uppfattning en avgörande betydelse för bedömningen av fostrets livsduglighet. Hon anförde vidare att det är bekymmersamt att utredningen funnit att det hos vårdpersonal finns olika uppfattningar om begreppets innebörd och att vissa av dessa avviker från den definition som används av Rättsliga rådet.²⁵

²³ Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet (SBF), och Svenska Neonatalföreningen (SNF) Konsensusdokument, Handläggning av sena aborter efter v18+0, sid 1, 2018-05-29.

²⁴ JO beslut 2019-09-17, dnr 7035.

²⁵ Ibdi, sid 18.

3.3 Regelverk och praxis andra länder

I flera länder i Europa finns, till skillnad från i Sverige, ingen tidsgräns för när i graviditeten ett foster kan aborteras om det har en allvarlig sjukdom eller fosterskada. Inom ramen för rådets beredning har vi enbart funnit ett fåtal länder som har särskild reglering gällande fosterreduktion. I övriga länder är det samma reglering vid singelbörd som flerbörd. Inget av de länder vi studerat har särskild reglering eller riktlinjer för fosterreduktion efter vecka 26.

3.3.1 Sena aborter

Finland: Fri abort är tillåten till och med vecka 12. Från vecka 13 till 20 kan abort göras med ett särskilt tillstånd från Valvira, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Abort i vecka 13–20 kan medges i följande situationer:

- att få barnet skulle vara avsevärt betungande för kvinnan/paret,
- kvinnan eller den andra föräldern har en sjukdom som gör det svårare att sköta barnet,
- graviditeten har tillkommit till följd av ett sexualbrott,
- det finns skäl att förmoda att fostret har en svår sjukdom eller kroppsskada,
- att kvinnan var under sjutton år eller över fyrtio år när graviditeten började, eller
- att kvinnan redan fött fyra barn.

Om fostret har en konstaterad fosterskada eller missbildning, kan graviditeten med Valvira's tillstånd avbrytas fram till och med graviditetsvecka 24.²⁶ Om graviditeten utgör en fara för kvinnans hälsa finns det ingen tidsgräns för avbrytande av graviditeten. Då behövs enbart tillstånd från två läkare.²⁷

Frankrike: Fri abort är tillåten upp tills vecka 14.²⁸ Men om det finns allvarliga fosterskador eller om graviditeten utgör en allvarlig fara för

²⁶ Lagen om avbrytande av havandeskap 24.3.1970/239.

²⁷ Förordning om avbrytande av havandeskap (239/1970). Lagen om avbrytande av havandeskap förnyades i Finland den 1 september 2023.

²⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551>

kvinnans hälsa kan avbrytande av graviditeten utföras vid vilken tidpunkt som helst under graviditeten.

Italien: Fri abort är tillåten fram till 90 dagar (cirka 13:e graviditetsveckan) av sociala, ekonomiska eller hälsorelaterade skäl. När det finns medicinska skäl, som allvarliga avvikelser eller sjukdomar hos fostret, kan abort utföras även efter denna period, och det finns ingen fastställd tidsgräns specificerad i lagen. Beslutet fattas av professionen.²⁹

Storbritannien: Fri abort är tillåten till och med vecka 23+6. En abort är laglig om den utförs av en registrerad läkare och godkänns av två läkare som agerar i god tro, på en (eller flera) av följande grunder (där båda läkarna måste vara överens om att minst en och samma grund är uppfylld):

- att graviditeten inte har överskridit tjugofjärde veckan och att en fortsättning av graviditeten skulle innebära en större risk än om graviditeten avbröts för att den fysiska eller psykiska hälsan hos den gravida kvinnan eller något befintligt barn i hennes familj skadas,
- att avbrytandet är nödvändigt för att förhindra att den gravida kvinnans fysiska eller psykiska hälsa allvarligt skadas,
- att ett fortsatt havandeskap skulle innebära en större risk för den gravida kvinnans liv än om havandeskapet avbröts, eller
- att det finns en påtaglig risk för att barnet, om det föddes, skulle lida av sådana fysiska eller psykiska missbildningar att det skulle få ett allvarligt handikapp.³⁰

Om fostret har en allvarlig funktionsnedsättning eller skada eller det finns allvarliga risker för kvinnans liv eller hälsa, finns det ingen tidsgräns, och abort kan då utföras när som helst under graviditeten.³¹

Spanien: Abort är tillåtet upp till vecka 14. Mellan vecka 14 och 22 kan abort utföras om det finns allvarliga risker för kvinnans fysiska

²⁹ Law No. 194 of 22 May 1978 on the social protection of motherhood and the voluntary termination of pregnancy.

³⁰ The Abortion Act 1967.

³¹ <https://www.nhs.uk/conditions/abortion/>

eller psykiska hälsa, eller om det finns allvarlig skada hos fostret. Efter vecka 22 kan abort utföras endast om fosterskada upptäcks sent och fostret inte är livsdugligt, eller har en allvarlig obotlig sjukdom.³²

Tyskland: Fri abort är enligt lag ej tillåtet, men i praktiken erbjuds kvinnor abort upp till och med vecka 12 i Tyskland. Abort kan även ges efter vecka 12 om graviditeten utgör ett hot mot kvinnans liv och hälsa. Abort på grund av medicinsk indikation hos fostret, erbjuds upp till vecka 22.³³ Det pågår för närvarande en diskussion i Tyskland om att legalisera abort och modernisera regelverken på området.³⁴

3.3.2 Fosterreduktion

Reglering och praxis vad gäller fosterreduktion skiljer sig åt i de nordiska länderna. Frågan som diskuteras i detta yttrande har såvitt Smer erfar inte varit uppe till behandling inom berörda myndigheter eller professionsföreningar i övriga Norden.

Finland: Fosterreduktion nämns inte i lagstiftningen men kvinnan har möjlighet att få en fosterreduktion utförd före vecka 12 på samma villkor som en vanlig abort, och hon söker även tillstånd för fosterreduktion på samma villkor som för abort efter utgången av vecka 12.³⁵ I blanketten för ansökan om abort på fosterindikation efter utgången av vecka 12, framgår att fosterreduktion erbjuds. I blanketten ska anges antal foster som ska aborteras, och av vilka skäl.³⁶

Norge: En nytolkning av det norska regelverket gav 2016 kvinnor som bär på flera foster rätt att själva bestämma om de vill få utfört

³² <https://www.centromedicoaragon.com/en/abortion-services/abortion-and-your-rights/>

³³ Kivity, S., & Barnoy, S. (2023). Women's Intention to Abort a Fetus Diagnosed With a Genetic Disease: Results From Israel, Cyprus, and Germany. *Sage Open*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/21582440231184974>

³⁴ Se till exempel <https://reproductiverights.org/german-expert-commission-recommends-modernization-abortion-law/> <https://www.theguardian.com/world/2024/apr/15/abortions-in-first-12-weeks-should-be-legalised-in-germany-commission-expected-to-say>

³⁵ Lagen om avbrytande av havandeskap 24.3.1970/239

³⁶ https://thl.fi/documents/189926/3147673/AB3_ruotsi_suojattu.pdf/fac34bb8-6d65-2f38-241f-767a8b46b6e3?t=1688622165795

en fosterreduktion, inom ramarna för abortlagen. Stortinget skärpte dock regleringen 2019. Fosterreduktion kan endast göras med tillstånd från en abortnämnd. Nämnden kan ge tillstånd till fosterreduktion om de villkor som följer av gällande praxis om graviditetsavbrytande efter 12:e veckan är uppfyllda.³⁷

Danmark: I Danmark finns särskild reglering för fosterreduktion.³⁸ En person som är gravid med flera foster kan utan särskilt tillstånd få antalet foster reducerat om ingreppet kan genomföras före slutet av 12:e graviditetsveckan, om ett av följande villkor är uppfyllt:

- om ingreppet avsevärt minskar risken för att den gravida kvinnan spontan aborterar alla foster,
- att ett eller flera foster till följd av för tidig födsel inte kommer att vara livskraftiga eller kommer att drabbas av en allvarlig medicinsk eller kognitiv störning,
- att det föreligger fara för den gravida kvinnans liv eller att den gravida kvinnans fysiska eller psykiska hälsa kommer att vara betydande nedsatt.

Efter den tolfte graviditetsveckan får ingreppet utföras endast efter tillstånd. Fosterreduktion vid tvillinggraviditeter får enbart utföras om det finns särskilda skäl.

³⁷ Dahl, S. et al. Abortion and multifetal pregnancy reduction: An ethical comparison *Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics* (2021), 15 (1), 51-73 och <https://www.stolav.no/behandlinger/fosterantallreduksjon/>
<http://dx.doi.org/10.5324/eip.v15i1.3980>

³⁸ Lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion (LBK nr 541 af 16/06/2004)

4 Etisk analys

Enligt nuvarande praxis har en kvinna, med en flerbördsgraviditet och ett skadat foster, inte rätt till selektiv fosterreduktion efter vecka 18, men:

- A. hon har möjlighet att, i samråd med behandlande läkare, ansöka hos Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen om att få hela havandeskapet avbrutet, eller
- B. behandlande läkare kan erbjuda henne att genomgå en selektiv fosterreduktion för att avsluta livet på det sjuka fostret. Detta kan göras både före och efter den utvecklingsmässiga livsduglighetsgränsen.

Sen selektiv fosterreduktion kan aktualiseras i olika situationer. I detta yttrande analyseras främst om det vore etiskt godtagbart att utföra ett sådant ingrepp i vecka 26–32. Det främsta motivet till att utföra en selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 är att det friska fostret har större chans att överleva utan skada om ingreppet skulle förorsaka en prematur förlossning. Exempel 1 som beskrevs i avsnitt 2.6 är ett exempel på denna situation. Utöver detta kan ett motiv till att inte utföra ingreppet i ett tidigare skede vara att med större säkerhet kunna fastställa prognosen i situationer där osäkerhet råder kring graden av skada hos det sjuka fostret. Om skadan visar sig mindre allvarlig kan kvinnan/paret välja att avstå ingreppet. Exempel 2 och 3 som beskrevs i avsnitt 2.6 är exempel på denna situation. Frågan om sen selektiv fosterreduktion kan också väckas i situationer där en fosterskada hos ett av fostren, som inte påverkar övriga fosters tillstånd, upptäcks först sent i graviditeten.

En annan situation där sen selektiv fosterreduktion kan aktualiseras är vid en flerbördsgraviditet där båda (alla) fostren löper stor risk att skadas allvarligt eller dö om inte ett skadat foster tas

bort. Motivet för fosterreduktionen är då främst att rädda livet på åtminstone ett av fostren.

Rådet överväger i det följande främst två huvudfrågor:

1. Kan det vid en flerbördsgraviditet vara etiskt godtagbart att sent i graviditeten (vecka 26–32) avsluta livet på ett av flera foster?
2. Om så är fallet, under vilka förutsättningar och med vilka motiv bör detta vara möjligt?

Utgångspunkter

Som beskrivits i kapitel 3 var frågan om fosterreduktion inte aktuell när förarbetena till nuvarande abortlag togs fram. Utifrån en bokstavlig tolkning är abortlagen inte heller att anse som tillämplig då den rör avbrytande av havandeskap.

Det är dock samma grundläggande värden och delvis samma värdekonflikt som står på spel som vid abort i en singelgraviditet – kvinnas/föräldrarnas självbestämmande mot fostrets skyddsvärde – så även om abortlagen inte är direkt tillämplig i fallet med selektiv fosterreduktion har rådet i sin diskussion beaktat de olika värden som ligger till grund för abortlagens bestämmelser. Men eftersom det också finns ett eller flera ytterligare foster med skyddsvärde att ta hänsyn till är frågan om selektiv fosterreduktion mer komplicerad än frågan om abort.

4.1 Etiska värden samt värde- och intressekonflikter

I detta avsnitt ges en presentation av de värden och värde- och intressekonflikter som behöver beaktas inför ett ställningstagande till frågan om sen selektiv fosterreduktion.³⁹

Frågan aktualiserar främst följande viktiga etiska värden och intressen:

- det sjuka fostrets skyddsvärde, hälsa och välbefinnande,
- det friska fostrets skyddsvärde, hälsa och välbefinnande, och
- kvinnans självbestämmande.

³⁹ I det följande används termen sen selektiv fosterreduktion när ingreppet utförs under vecka 26–32.

Sen selektiv fosterreduktion berör inte enbart den gravida kvinnan och de foster hon bär på utan även kvinnans partner och eventuella barn, samt de vårdprofessioner som är involverade i processen. Därtill berörs samhället i stort, då fosterreduktion väcker frågor om människovärde och människosyn.

4.1.1 Fostrens skyddsvärde

Smers uppfattning är att det mänskliga livet redan från befruktningsoögonblicket bör tillmätas ett visst skyddsvärde. Andra värden såsom kvinnans/parets rätt till självbestämmande, kan dock väga tyngre än fostrets skyddsvärde. I takt med att fostret utvecklas ökar dess skyddsvärde, och starkare skäl krävs för att skyddsvärdet ska ge vika för andra värden. Att det enligt abortlagen krävs synnerliga skäl för att få en abort efter utgången av den artonde graviditetsveckan är ett uttryck för detta synsätt.

Det sjuka fostret

Skyddsvärdet hos ett foster beror inte på om det är sjukt eller friskt. Ett foster med en fosterskada som är livsdugligt har samma skyddsvärde som ett friskt foster. Skyddsvärdet ökar i takt med att graviditeten fortskrider. Jämfört med att utföra en selektiv fosterreduktion i vecka 19–22 innebär ett senare ingrepp därmed en mer uttalad konflikt mellan det sjuka fostrets skyddsvärde och andra värden.

Det friska fostret

Vid en selektiv fosterreduktion efter vecka 16–18 finns en risk att ingreppet leder till en prematur förlossning, vilket kan medföra att det friska fostret avlider eller drabbas av komplikationer som leder till bestående men för barnet. Om det anses finnas skäl för att genomföra en selektiv fosterreduktion efter denna tidpunkt är det, sett till det friska fostrets skyddsvärde och framtida hälsa och livskvalitet, att föredra att den sker så sent att fostret inte riskerar att

avlida eller bli allvarligt skadat om ingreppet leder till en prematur förlossning.

4.1.2 Hälsa och välbefinnande

Kvinnan

Kvinnans hälsa och välbefinnande är värden att beakta vid ställningstaganden om fosterreduktion vid allvarlig sjukdom hos ett av fostren. Att föra ett svårt sjukt foster till fullgången graviditet kan medföra betydande fysiska och psykiska påfrestningar för modern. Det kan i dessa situationer finnas en oro för det friska fostret eller för hur det framtida livet med barn kommer att bli.

Det sjuka fostret/framtida barnet

I vissa av de fall som diskuteras här har fostret en så pass allvarlig sjukdom eller skada att överlevnad inte är förenligt med principen om barnets bästa.

En annan aspekt av det sjuka fostrets välbefinnande är eventuell smärta vid en fosterreduktion. Utifrån dagens kunskap om fosterutvecklingen kan det inte uteslutas att fostret känner smärta vid en fosterreduktion som genomförs i vecka 26–32. Specialister vid Centrum för fostermedicin har uppgett för rådet att de, när det är möjligt och inte ökar risken för komplikationer, kan ge smärtlindring till fostret i samband med ingreppet för att undvika eventuell smärta.

Det friska fostret/ framtida barnet

Det friska fostrets liv, hälsa och välbefinnande riskeras om ingreppet resulterar i en prematur födsel, enligt det som tidigare redovisats i kapitel 2. Ju senare ingreppet utförs, desto bättre är det alltså för det framtida barnets chans till överlevnad samt dess hälsa och välbefinnande.

Kvinnans partner och eventuella barn

Det är inte bara den gravida kvinnan som påverkas av situationen där man vid en flerbördsgravitet upptäcker att ett foster är svårt skadat. Hela familjen påverkas av att ta emot ett mycket allvarligt sjukt barn eller av ett eventuellt beslut om fosterreduktion.

Vårdpersonalen

Inom professionen kan det finnas olika uppfattningar om vid vilka tillstånd en sen selektiv fosterreduktion kan vara godtagbar. Att fatta beslut om erbjudande att avsluta livet på ett foster med allvarlig sjukdom eller fosterskada sent i graviditeten kan av vissa upplevas som svårt. För andra kan beslutet att inte erbjuda fosterreduktion vara svårt.

4.1.3 Kvinnans självbestämmande

Självbestämmande innebär att en människa själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar och påverka beslut om sin framtid och sin familjebildning. Att sen abort är tillåten enligt abortlagen beror på att det kan finnas omständigheter även efter den artonde graviditetsveckan där kvinnans självbestämmande i fråga om att fullfölja graviditeten eller inte anses väga tyngre än fostrets skyddsvärde.

På motsvarande sätt kan det vid flerbörd finnas omständigheter sent i graviditeten där kvinnan och hennes partner kan ha starka skäl för att, utifrån sina värderingar och sin livssituation, få bestämma över havandeskapet och det framtida föräldraskapet. En sådan situation är när en fosterskada upptäcks hos ett av fostren vid flerbörd. I detta fall kommer familjen inte bara att få ett sjukt barn att ta hand om utan också samtidigt ett friskt.⁴⁰ Om kvinnan, i stället för att avbryta hela graviditeten även kan erbjudas en selektiv fosterreduktion i syfte att bevara det friska fostret, ökar hennes möjligheter till självbestämmande.

⁴⁰ Att avbryta en graviditet på grund av fosterskada är alltid den gravida kvinnans avgörande. En partner kan aldrig fatta beslut i strid med den gravida kvinnans önskemål. Däremot är partnern starkt berörd, och besluten fattas vanligtvis av de blivande föräldrarna i samråd.

Att tillåta sen selektiv fosterreduktion gör det också möjligt att, i situationer när det råder osäkerhet gällande prognosen hos det skadade fostret, avvakta med ett planerat ingrepp till dess att det finns en mer säker prognos. Det gör att kvinnans, och hennes partners, möjligheter att fatta ett välgrundat beslut ökar och att hon kan behålla det sjuka fostret om det visar sig att skadan är mindre allvarlig än befarat. I fall där fosterskadan först upptäcks i ett senare skede gör möjligheten att få en sen fosterreduktion att kvinnan kan ta ställning till hennes och familjens framtid i ljuset av den nya informationen.

4.1.4 Människosyn och människovärde

Att samhället beviljar tillstånd att sent i graviditeten avsluta livet på foster med skador eller avvikelser, men inte på friska foster, kan väcka frågan om det är förenligt med principen om alla människors lika värde. Oavsett motivet för åtgärden kan en farhåga vara att detta i förlängningen kan leda till stigmatisering av människor med medfödda sjukdomar, och till att samhället väljer att inte lägga resurser på att förbättra situationen för dessa personer. Denna farhåga tycks dock sakna grund då möjligheten att få tillstånd till sen abort vid fosterskada har funnits under en lång tid och inte åtföljts av en minskad vilja från samhället att stödja personer med olika former av medfödda sjukdomar eller tillstånd.

4.1.5 Värde- och intressekonflikter

Sen selektiv fosterreduktion utgör ett etiskt dilemma i bemärkelsen att det saknas handlingsalternativ som inte innebär någon form av kompromiss mellan olika värden. Vilket ställningstagande som görs i fråga om huruvida och under vilka förutsättningar sen selektiv fosterreduktion är etiskt försvarbar är avhängigt av avvägningen mellan de olika värden och intressen som aktualiseras.

En avvägning rör det friska fostrets ökade chans till liv och hälsa och det sjuka fostrets skyddsvärde. Sen selektiv fosterreduktion väcker även den potentiella värde- och intressekonflikten mellan kvinnans självbestämmande och fostrens skyddsvärde, liv och hälsa. Det finns också en konflikt mellan å ena sidan det sjuka fostrets

skyddsvärde i vid bemärkelse, det vill säga alla människors lika värde oavsett hälsa och funktionsduglighet, och å andra sidan respekten för kvinnans/parets egen bedömning av vad kvinnan/paret klarar av.

4.2 Fosterreduktion tidigare i graviditeten

Innan rådet går in på frågan om sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 ges en sammanfattning av rådets ställningstaganden till fosterreduktion tidigare under graviditeten, samt överväganden vad gäller fosterreduktion i vecka 19–21+6.

4.2.1 Fosterreduktion till och med vecka 18

Smer har behandlat frågan om fosterreduktion till och med vecka 18 vid upprepade tillfällen, senast 2017 då följande ställningstaganden gjordes.

Åtgärder som inte innebär någon selektion bör i princip jämföras med abort och kvinnans självbestämmande bör väga tungt i dessa fall. Före utgången av vecka 18 bör en kvinna med flerbörd ha möjlighet att vid begäran få ett eller flera foster avlägsnade.

Att utan förbehåll tillåta selektiv fosterreduktion skulle innebära att föräldrar fick möjlighet att välja utifrån kön och andra egenskaper. Selektiv fosterreduktion bör få förekomma endast när särskilda medicinska skäl föreligger, varvid även sociala skäl kan vägas in. Selektiv fosterreduktion på medicinsk indikation före utgången av vecka 18 bör kunna medges efter bedömning i varje enskilt fall. Smer ansåg då att en lämplig regleringsform vore att fosterantalsreduktion regleras i abortlagen.⁴¹

Rådet står fast vid sina senaste överväganden och ställningstaganden vad gäller icke selektiv och selektiv fosterreduktion före vecka 18 och att det finns behov av särskild reglering av frågan om fosterreduktion.⁴²

⁴¹ Smer 2017:2

⁴² En av rådets sakkunniga delar inte rådets tidigare ställningstaganden vad gäller behovet av reglering. Se särskilt yttrande.

4.2.2 Selektiv fosterreduktion i vecka 19–21+6

Abort efter vecka 18 får utföras om det finns synnerliga skäl. Dessa skäl kan vara medicinska eller sociala. En förutsättning för abort efter vecka 18 är dock att fostret inte är att betrakta som livsdugligt.

Även vid flerbörd kan det uppstå situationer i vecka 19–21+6 där det finns skäl för att kvinnan bör få bestämma över graviditetens förlopp.

Vid en flerbördsgraviditet kan en kvinna som inte önskar föda ett skadat barn om synnerliga skäl i abortlagens mening föreligger, göra abort och ta bort samtliga foster. I situationer där kvinnan har möjlighet att avbryta hela graviditeten så att inget foster överlever förefaller det enligt rådets mening rimligt att hon även ska ha möjlighet att avbryta graviditeten enbart för det skadade fostret. En selektiv fosterreduktion torde i de flesta fall vara det som bäst motsvarar kvinnans önskemål och värderingar. Ett sådant handlingsalternativ värnar också bättre det kvarvarande fostrets liv och hälsa än ett avbrytande av hela graviditeten. En selektiv fosterreduktion i vecka 19–21+6 kan dock hota livet och påverka välbefinnandet hos det friska fostret, i och med att själva ingreppet kan orsaka en prematur förlossning.

I enlighet med abortlagens syn att kvinnans intresse av att kunna ta ställning till sin framtid och sina möjligheter att ta hand om de/det blivande barnet/barnen i vissa fall kan väga tyngre än ett fosters skyddsvärde, anser rådet alltså att selektiv fosterreduktion i vecka 19–21+6 av graviditeten bör vara möjlig om det föreligger synnerliga skäl.

4.3 Selektiv fosterreduktion senare i graviditeten

4.3.1 Att avsluta livet på ett foster för att rädda ett annat

En möjlig situation där en sen fosterreduktion kan aktualiseras rör flerbördsgraviditeter där båda (alla) fostren löper stor risk att skadas allvarligt eller dö om inte ett foster tas bort.⁴³

I dessa situationer kan det enligt rådets mening vara etiskt försvarbart att avsluta livet på ett sjukt foster för att inte riskera att alla fostren dör eller skadas allvarligt. Motivet är främst att rädda liv, inte att avsluta livet på ett skadat foster. Möjligheten att rädda ett liv väger tyngre än skyddsvärdet hos fostret vars liv avslutas. Detta innebär inte att det sjuka fostret har ett lägre skyddsvärde än det andra fostret. Denna typ av ingrepp är enligt rådet etiskt försvarbart under hela graviditeten, även efter vecka 22.

4.3.2 Sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32

Frågan som har ställts till Smer är om det är etiskt godtagbart att skjuta på en selektiv fosterreduktion till vecka 26–32 om en fosterskada med säker eller osäker prognos upptäcks efter vecka 18. I vecka 26–32 av graviditeten är risken för skada hos det kvarvarande fostret vid en prematur förlossning mindre än tidigare.

Vid en avvägning av de olika värden och intressen som står på spel har rådet kommit fram till att kvinnans intresse av att i en svår situation kunna bestämma över sin framtid, kvinnans och hennes familjs välbefinnande samt möjligheten att reducera risken att skada det friska fostret i dessa fall kan väga tyngre än det sjuka fostrets skyddsvärde. Sen selektiv fosterreduktion av ett skadat foster i vecka 26–32 kan alltså i vissa fall vara etiskt försvarbar i denna del av graviditeten.⁴⁴

Mot selektiv fosterreduktion kan invändas att det skulle kunna innebära negativa effekter på vår människosyn och människovärde.

⁴³ Ett exempel på en sådan situation är en flerbördsgraviditet där fostren delar moderkaka, och ett av fostren är så sjukt att det snart kommer att dö. Det kvarvarande fostret löper då stor risk att drabbas av allvarliga skador eller att själv avlida om inte blodcirkulationen mellan fostren har hunnit stängas av.

⁴⁴ Rådet är medvetet om att varje situation är unik och att det behöver finnas en flexibilitet gällande när ingreppet ska kunna utföras. Smer menar att det är etiskt godtagbart att utföra reduktionen även innan vecka 26 om det är medicinskt nödvändigt i den enskilda situationen.

Möjligheten att kunna välja bort foster med fosterskada eller framtida funktionsnedsättning kan i sig uppfattas som ett hot mot alla människors lika värde. En farhåga är att en sådan praxis i förlängningen leder till stigmatisering av människor med medfödda sjukdomar, och till att samhället väljer att inte lägga resurser på att förbättra situationen för dessa personer. Som nämnts ovan tycks dock denna farhåga sakna grund då möjligheten att få tillstånd till sen abort vid fosterskada har funnits under en lång tid och inte åtföljts av en minskad vilja från samhället att stödja personer med olika former av medfödda sjukdomar eller tillstånd. Rådet gör bedömningen att en möjlighet till sen selektiv fosterreduktion inte förändrar detta.

Villkor och motiv

Följande villkor bör enligt Smer vara uppfyllda för att det ska vara etiskt godtagbart att utföra en sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32.

Ett nödvändigt villkor är att fostret har en mycket allvarlig sjukdom eller skada. Endast i dessa fall kan kvinnans intresse av att själv få bestämma om hon vill föda ett mycket svårt sjukt barn eller inte, tillsammans med värdet av kvinnans och hennes familjs välbefinnande samt den minskade risken för skada hos det friska fostret, anses väga tyngre än det sjuka fostrets skyddsvärde. I vissa fall kan dessutom fosterskadan vara så pass allvarlig och medföra ett så stort lidande att det inte kan anses vara i enlighet med det blivande barnets bästa att det föds.

Med mycket allvarlig sjukdom eller skada avses tillstånd som medför svårt lidande och eller tidig död, eller andra mycket allvarliga sjukdomstillstånd. Exempel 1 (en allvarlig hjärtavvikelse hos fostret och genetisk avvikelse) som redogjordes för i avsnitt 2.6 är enligt rådets bedömning ett exempel på en sådan allvarlig skada.

Rådet har diskuterat om även sociala faktorer, det vill säga faktorer som rör kvinnans och familjens totala situation samt omvårdnadsförmåga, bör kunna vägas in vid bedömningen av om en sen selektiv fosterreduktion ska erbjudas. Det finns olika uppfattningar om detta inom rådet. Ett argument för att även sociala skäl bör kunna vägas in är att det är kvinnans vilja och situation, där

hon av olika skäl inte önskar föda ett svårt sjukt barn, som är utgångspunkten för ställningstagandet om hon ska erbjudas detta eller inte. Vid en abort efter vecka 18 kan sociala skäl anföras. Rättsliga rådet kan vid beslut om huruvida det föreligger synnerliga skäl göra en sammanvägning av argumenten och ta ställning till både medicinska och sociala faktorer. Ett argument mot att sociala skäl bör kunna vägas in är att det kan riskera att sen selektiv fosterreduktion kan komma att erbjudas vid mindre allvarliga sjukdomstillstånd. Samtidigt ligger det i läkarens profession att se till patientens hela situation vare sig det står uttalat att sociala skäl ska vägas in eller inte.

En majoritet inom rådet anser att även sociala skäl, vid sidan om det nödvändiga kravet att fostret har ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd, ska få vägas in vid bedömningen av om en kvinna ska erbjudas att skjuta på en selektiv fosterreduktion till sent i graviditeten. Paret's förmåga att ta hand om ett svårt sjukt barn kan till exempel vara begränsad genom att paret redan har ett sjukt barn eller flera barn med särskilda behov.

Det är enligt minoritetens uppfattning enbart sjukdomens allvarlighetsgrad som ska vara avgörande för om kvinnan ska erbjudas att skjuta på reduktionen eller inte.

Som beskrivits ovan kan en senareläggning av en selektiv fosterreduktion också bli aktuell i situationer när det tidigare i graviditeten bedöms finnas risk för allvarlig skada hos ett foster, men där det råder osäkerhet gällande prognosen. Möjligheten att kunna erbjuda en selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 gör att man kan avvakta med ett planerat ingrepp till dess att det finns en mer säker prognos. Exempel 2 (tvillingkomplikation - tvilling till tvillingtransfusion - och risk för hjärnskada med osäker prognos) och exempel 3 (tvillingkomplikation med osäker utveckling) som redogjordes för i avsnitt 2.6 är enligt rådets bedömning exempel på situationer där det är etiskt godtagbart att avvakta och ge kvinnan möjlighet att göra en sen selektiv fosterreduktion om det visar sig att fosterskadan är tillräckligt allvarlig. På samma sätt som vid en säker prognos om allvarlig skada bedömer rådet att kvinnans intresse av att i en svår situation kunna bestämma över sin framtid, kvinnans och hennes familjs välbefinnande samt möjligheten att reducera risken att skada det friska fostret kan väga tyngre än det sjuka fostrets skyddsvärde.

Om den selektiva fosterreduktionen skjuts upp på grund av att det råder osäkerhet kring prognosen hos det skadade fostret ska det dock göras en ny medicinsk bedömning inför verkställandet av ingreppet, i syfte att säkerställa att det sjuka fostrets tillstånd är tillräckligt allvarligt. Om det vid den nya bedömningen visar sig att tillståndet inte uppfyller kriteriet om allvarlig sjukdom eller fosterskada, ska fosterreduktionen inte kunna utföras.

Kravet på en förnyad medicinsk bedömning motverkar att det utvecklas en praxis där foster med allt mindre allvarliga tillstånd reduceras sent i graviditeten, och kan därmed fungera som garant mot en indikationsglidning.

Fosterskada eller risk för fosterskada kan upptäckas vid olika tidpunkter under graviditeten. De exempel som presenterades för rådet av Centrum för fostermedicin och som redogörs för i avsnitt 2.6 rör upptäckt i vecka 18–21. I dessa fall har rådet funnit att det kan vara etiskt godtagbart att utföra reduktionen vid en tidpunkt som är mer gynnsam för det kvarvarande fostret. Det kan emellertid även uppstå situationer där en allvarlig fosterskada inte upptäcks förrän i vecka 26–32. Är det etiskt godtagbart att utföra en selektiv fosterreduktion även i dessa fall, när motivet att senarelägga ingreppet för att gynna det kvarvarande fostret saknas?

Rådet har inte funnit några etiskt avgörande skillnader mellan situation 1) Kvinnan erbjuder att skjuta på reduktionen av ett mycket allvarligt skadat foster till en tidpunkt som är mer gynnsam för det kvarvarande fostret, 2) Kvinnan erbjuder att avvakta med reduktionen av det sjuka fostret till en mer klar prognos kan ställas, och 3) Kvinnan erbjuder en reduktion vid upptäckt av allvarlig skada hos fostret sent i graviditeten, dvs. efter vecka 21+6 och fram till och med vecka 32. En majoritet av rådet menar att det således bör vara möjligt att erbjuda en kvinna fosterreduktion även vid upptäckt efter vecka 21+6 och fram till och med vecka 32, givet att kravet på mycket allvarlig fosterskada är uppfyllt.

Dessa situationer är samtidigt lika en situation där en svår fosterskada upptäcks sent vid en singelgraviditet. En diskussion om hur rådets ställningstaganden vad gäller sen selektiv fosterreduktion förhåller sig till sen abort vid svår fosterskada förs i avsnitt 4.4.

Beslutsprocessen

Det är viktigt att professionen har tydliga riktlinjer att luta sig mot, eftersom det inom professionen kan finnas olika uppfattningar om vid vilka tillstånd en sen selektiv fosterreduktion kan vara godtagbar.

Beslut om erbjudande av fosterreduktion bör enligt Smers bedömning fattas av behandlande läkare efter avstämning med ett multidisciplinärt team, i vilket bör ingå olika typer av medicinsk, omvårdnads-, medicinetisk och beteendevetenskaplig kompetens.

Ingreppen bör enbart erbjudas inom ramen för nationell högspecialiserad vård, NHV, då de är komplexa och ovanliga.

Smer har diskuterat om det finns behov av en särskild reglering för beslut om sen selektiv fosterreduktion. En majoritet i rådet anser att en sådan särskild reglering bör tas fram. Även om beslut om sen selektiv fosterreduktion idag kan fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen, anser rådet att det behövs en författningsreglering av fosterreduktion både tidigt och sent i graviditeten. Ett argument för detta är att det finns relevanta likheter mellan selektiv fosterreduktion och selektiv abort (abort på grund av fosterskada). I båda fallen rör det sig om att avsluta livet på ett skadat foster, med de etiska dilemman detta innebär. Eftersom det finns en reglering som rör abort vid singelgraviditet, eller fullständigt avbrytande av graviditet vid en flerbörd, så borde det också finnas en reglering för ingrepp vid flerbörd, där ett eller flera, men inte alla foster, tas bort. I dag ser praxis olika ut i olika delar av landet vad gäller fosterreduktion före utgången av vecka 18. Vårdpersonal kan även oro sig för anmälan och åtal när de utför sena fosterreduktioner. Med en reglering anser rådets majoritet att de oklarheter som råder i dag i fråga om huruvida abortlagen är tillämplig eller inte, och därtill möjliga oklarheter vad gäller vid vilka tillstånd det är möjligt att avbryta graviditeten på grund av allvarlig skada hos foster efter vecka 21+6, skulle kunna klargöras.

Övriga aspekter

Information och kommunikation i samband med erbjudande om en selektiv fosterreduktion

I de situationer där selektiv fosterreduktion skulle kunna bli aktuell är det viktigt att information och erbjudande om behandling förmedlas på ett fullständigt och icke styrande sätt. För kvinnan/paret kan beslut om att genomgå en fosterreduktion vara moraliskt och känslomässigt svårt. Det är inte heller säkert att det i alla situationer finns ett givet handlingsalternativ som på medicinska grunder entydigt har företräde framför ett annat.

Kvinnan bör erbjudas en fosterreduktion före utgången av vecka 21+6, eller att få den utförd senare i graviditeten när ingreppet är mindre riskfyllt för det kvarvarande fostret. Möjligheten att skjuta på fosterreduktionen bör förmedlas som ett erbjudande och inte som det enda handlingsalternativet. Det är inte heller etiskt godtagbart att hon enbart ställs inför valet att antingen ta bort båda fostren eller ha kvar båda i en situation där hon har tillräckliga skäl (sociala och medicinska) för att ta bort det ena.

Hur professionen informerar och kommunicerar med kvinnan kring möjligheten till en senareläggning av ingreppet är av betydelse när kvinnan (och hennes partner) ska fatta ett informerat beslut.

Smärtlindring

Utifrån dagens kunskap om fosterutveckling kan det inte uteslutas att fostret känner smärta vid en fosterreduktion som genomförs i vecka 26–32. Det bör därför säkerställas att det skadade fostrets liv avslutas på ett smärtfritt sätt, när det är tekniskt möjligt utan ökade komplikationsrisker.

4.4 Rådets ställningstaganden vad gäller sen selektiv fosterreduktion i relation till sen abort på grund av fosterskada

Som beskrivits i kapitel 2 var frågan om fosterreduktion inte aktuell när förarbetena till nuvarande abortlag togs fram. Utifrån en bokstavlig tolkning av abortlagen är den inte heller att anse vara tillämplig då abortlagen rör avbrytande av havandeskap.

Det finns etiskt och legalt relevanta skillnader mellan abort och fosterreduktion men också likheter. I rådets nuvarande och tidigare diskussioner har rådet kommit fram till att selektiv fosterreduktion inte bör behandlas analogt med abort utifrån nuvarande reglering.

En viktig fråga vid både singel- och flerbördsgravitet är vid vilka sjukdomar och tillstånd det är etiskt godtagbart att avsluta livet på ett foster med allvarlig sjukdom eller skada. Rådet har kommit fram till att sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 kan vara etiskt godtagbart om fostret har en mycket allvarlig sjukdom eller skada. Enligt abortlagen är abort av ett foster endast tillåten så sent i graviditeten om fostret inte är livsdugligt. Det kan tilläggas att om graviditeten medför allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa får tillstånd lämnas till avbrytande av havandeskapet, oavsett tidpunkt i graviditeten. Det innebär då att vården framkallar en födsel med syfte att rädda kvinnans liv och hälsa, syftet är inte att avsluta livet på fostret även om det blir konsekvensen.

Är det rimligt att göra olika bedömningar vad gäller skadans eller tillståndets allvarlighetsgrad vid en singel- respektive en flerbörd, eller olika bedömningar av vid vilken tidpunkt ingreppet får utföras? Om så, med vilka argument?

Det finns å ena sidan skäl som talar för att det inte bör vara olika kriterier för vid vilka sjukdomstillstånd man beviljar att avsluta livet på ett svårt sjukt foster i olika stadier vid en singel- respektive en flerbörd. Ju mer vikt som läggs vid fostrets skyddsvärde i förhållande till andra värden, desto mer rimligt är det att ha samma kriterier för sjukdomstillstånd vid avslutande av singel- respektive flerbörd. I rådets dialog med professionsföreträdare lyfte flera av deltagarna fram att det är viktigt att sträva mot en enhetlighet i bedömningen av vilken allvarlighetsgrad och skada som krävs för att det ska vara etiskt godtagbart att bevilja en sen abort respektive fosterreduktion. Att ställa olika krav på allvarlighetsgrad i de olika situationerna kan

uppfattas som problematiskt, även om situationerna till viss del är olika. Om det uppställs mindre strikta kriterier för fosterreduktion vid flerbörd skulle det på sikt kunna leda till en förskjutning av synen på vid vilka tillstånd och vid vilken tidpunkt det anses vara godtagbart att avsluta livet på ett svårt sjukt foster vid singelgraviditet.

Å andra sidan finns det etiskt relevanta skillnader mellan situationerna. Vid en flerbörd finns ett annat foster som påverkas av vid vilken tidpunkt en fosterreduktion utförs. Det främsta motivet för att utföra en selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 är att öka chansen till överlevnad för det kvarvarande fostret.

Sena aborter betraktas vanligtvis som något som ska verkställas skyndsamt med hänsyn till både fostrens växande skyddsvärde, gränsen för utvecklingsmässig livsduglighet och kvinnans intresse. Vid en flerbörd, om skadan upptäcks i vecka 16–21 +6 är situationen en annan. Då kan det vara etiskt försvarbart att vänta med ingreppet tills det friska fostret är så pass utvecklat att de kan överleva om ingreppet leder till en prematur förlossning. Det friska fostrets intresse av liv och hälsa vägs mot det sjuka fostrets växande skyddsvärde. Med hänsyn taget till detta skulle man kunna acceptera en fosterreduktion senare i graviditeten än vid en abort, vid samma allvarlighetsgrad hos skadan eller tillståndet.

Smer anser att det bör vara möjligt att avbryta en graviditet, liksom att få en fosterreduktion utförd, efter vecka 18, om det foster, eller ett av de foster, kvinnan bär på har en allvarlig sjukdom eller fosterskada. Vid en singelgraviditet är det viktigt att avbrytandet sker så tidigt som möjligt i graviditeten, med tanke på fostrets växande skyddsvärde. Vid en flerbörd måste en intresseavvägning göras som även inbegriper de friska kvarvarande fostrens intressen och skyddsvärde. Rådet anser mot denna bakgrund att det är godtagbart att acceptera att sen selektiv fosterreduktion utförs vid en senare tidpunkt när risken är mindre för att det friska fostret skadas. Rådet anser samtidigt att vi bör sträva efter att ha en enhetlig syn på vid vilka sjukdomstillstånd och fosterskador som det är etiskt godtagbart att avsluta livet på ett foster efter vecka 18, vare sig det gäller singel- eller flerbörd.

4.4.1 Särskilt om livsduglighetsbegreppet

Hur begreppet medicinsk livsduglighet ska tolkas finns det inte någon vägledning för och tidigare ChefsJO har i en utredning visat att det inte finns någon enhetlig syn inom den medicinska professionen.⁴⁵ Smer och andra har tidigare anfört att livsduglighetsbegreppet är oklart och ger utrymme för olika tolkningar.⁴⁶

I bedömningen av i vilka fall sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 ska kunna erbjudas, anser Smer att begreppet livsduglighet i abortlagen inte ger vägledning. Detta beror dels på att termen livsduglighet kan tolkas på olika sätt, dels på att rådet gör bedömningen att sen selektiv fosterreduktion kan vara etiskt godtagbart i olika typer av situationer där det ena fostret har en mycket allvarlig sjukdom eller skada som innebär svårt lidande och eller tidig död, men där det ändå kan anses vara livsdugligt i bemärkelsen att det kan överleva utanför livmodern en tid. I situationer där det är tydligt att det ena fostret inte alls har förutsättningar att leva, och det samtidigt inte riskerar hela graviditeten, finns det sällan skäl att utföra en fosterreduktion.

Sammanfattningsvis anser rådet att det måste klargöras vid vilka allvarliga tillstånd vi accepterar att ett fosters liv avslutas vid medicinsk indikation, både vad gäller singelbörd och flerbörd, och att dagens livsduglighetsrekvisit bör ses över i samband med detta arbete. Även Socialstyrelsens Rättsliga råds roll vid beslut om sen abort vid fosterskada bör ses över.

⁴⁵ JO dnr 7035-2017. Uttalanden i vissa frågor om handläggningen av sena aborter
”Genom utredningen har chefsJO uppmärksammat att det finns oklarheter vad gäller innebörden av centrala bestämmelser i abortlagen, som riskerar att leda till rättsosäkerhet och en bristande enhetlighet i tillämpningen över landet. Det gäller bland annat tidpunkten för när en abort ska anses utförd, vad som menas med begreppet livsduglighet och hur man ska ta hand om foster som visar livstecken efter en sen abort.”

⁴⁶ Smer 2019:1. Livstecken efter sen abort. Professionföreträdare har i olika sammanhang förespråkat att livsduglighetsbegreppet bör tas bort från abortlagen. Se tex [Överläkare: "Ta bort livsduglighet från aborträtten" 24 maj 2021 - Vetenskapsradion På djupet | Sveriges Radio](#)

5 Rekommendationer

Utifrån Smers analys och ställningstaganden lämnar rådet följande rekommendationer kring hur sen selektiv fosterreduktion bör hanteras i Sverige. Rekommendationerna riktar sig till professionen, sjukvårdens huvudmän, regeringen och riksdagen.

5.1 Behandling i form av sen selektiv fosterreduktion bör enbart erbjudas inom ramen för nationell högspecialiserad vård (NHV)

Situationer som aktualiserar sen selektiv fosterreduktion är svårbedömda, komplexa och sällan förekommande. För att god kvalitet och jämlik tillgång till vården ska kunna säkerställas bör denna typ av ingrepp enbart kunna erbjudas inom den nationella högspecialiserade vården för fosterterapi. Rådet rekommenderar därför Socialstyrelsen att se över rådande NHV-definition med inriktningen att samtliga sena selektiva fosterreduktioner inkluderas i tillståndsdefinitionen och därmed blir tillståndspliktig vård och då inte får utföras av annan än tillståndsinnehavaren.

Enligt rådets mening bör det vara möjligt att få en selektiv fosterreduktion utförd i vecka 26–32 om vissa villkor är uppfyllda. Erbjudande om sen selektiv fosterreduktion bör kunna ges efter prövning i varje enskilt fall. Beslut om att erbjuda sen selektiv fosterreduktion bör fattas av behandlande läkare efter avstämning med ett multidisciplinärt team, i vilket bör ingå olika typer av medicinsk, omvårdnads-, medicinietisk och beteendevetenskaplig kompetens. En majoritet av rådet menar att man vid bedömningen om huruvida sen selektiv fosterreduktion ska erbjudas eller inte även

bör kunna väga in sociala faktorer, det vill säga faktorer som rör kvinnans och familjens totala situation, samt omvårdnadsförmåga.

Smer anser att det är etiskt godtagbart att erbjuda sen selektiv fosterreduktion i vecka 26–32 om följande villkor är uppfyllda:

1. Fostret har en mycket allvarlig sjukdom eller skada.
2. Att en ny medicinsk bedömning görs innan ingreppet utförs för att säkerställa att villkoret om mycket allvarlig sjukdom eller skada är uppfyllt vid tidpunkten för ingreppet. En sådan förnyad medicinsk bedömning ska inte behöva göras i de fall där det är känt att tillståndet är tillräckligt allvarligt och inte kan förbättras över tid.
3. Att kvinnan/paret har fått tillräcklig information för att kunna fatta ett välöversvägt beslut.
4. Att det säkerställs att det skadade fostrets liv avslutas på ett smärtfritt sätt, om det är tekniskt möjligt och utan komplikationsrisk.

5.2 Behov av särskild reglering vad gäller fosterreduktion

Även om fosterreduktion i dag kan hanteras inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen är det viktigt utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv att frågan om fosterreduktion (både tidig och sen) får en särskild reglering. I dag görs olika bedömningar i fråga om fosterreduktion tidigt i graviditeten i Sverige. Ett tydligt regelverk skapar förutsebarhet och trygghet för både patienter och personal. Det kan säkerställa att patienter erbjuds fosterreduktion på lika villkor i Sverige. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver veta vad de ska rätta sig efter vid fosterreduktion för att kunna upprätthålla en god och säker vård i dessa situationer, och kunna vara säkra på att åtgärderna som vidtas är i överensstämmelse med gällande rätt. Regelverket bör medge sen selektiv fosterreduktion på de villkor som Smer redovisat ovan.

I ett framtida regelverk måste det dessutom klargöras vid vilka allvarliga tillstånd och vid vilken tidpunkt i graviditeten det är

accepterat att ett fosters liv avslutas vid medicinsk indikation, både vad gäller singelbörd och flerbörd. Dagens livsduglighetsrekvisit bör i detta avseende ses över och det bör övervägas om det ska tas bort.

Rådet förslår mot denna bakgrund regeringen att ta fram en särskild reglering vad gäller fosterreduktion.

Bilaga 1

Reservation av Per Landgren, ledamot

Smers förslag

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har analyserat huruvida det är etiskt försvarbart, när en fosterskada upptäckts under en flerbörd, att förlägga ett fetucid vid flerbörd till senare i graviditeten efter vecka 22 för att minska risken att skada det andra fostret i händelse att ingreppet förorsakar en prematur förlossning.

Vad gäller förslagen så reserverar jag mig mot följande:

Jag anser:

- inte att det är etiskt godtagbart att skjuta på fetucid till vecka 26-32 utom som nödfallsåtgärd.
- inte att det finns behov av särskild reglering vad gäller ett sent och selektivt fetucid. Däremot bör regelverket klargöras, dvs att även delvis avbrytande av graviditet bör som regel harmonieras med abortlagens tidsgränser.
- inte att behandling genom ett sent selektivt fetucid bör erbjudas inom ramen för nationell högspecialiserad sjukvård.
- inte att det bör vara möjligt att få ett selektivt fetucid senarelagt till vecka 26–32 utom som nödfallsåtgärd.

En summering av mina skäl till reservationen

Min avgörande invändning till majoritetens rekommendation är att sent selektivt fetucid går emot människovärdesprincipen. Fostren i fråga har dessutom vid livsduglighet, såsom begreppet nu tillämpas, rätt till liv enligt abortlagen och dess normerande förarbeten. En ny lagstiftning behövs inte utan professionen bör som regel agera efter abortlagens tidsgränser. Majoritetens förslag riskerar att dessutom förändra abortlagen genom att tillåta fetucid efter tidpunkten för livsduglighet ex utero. Majoritetens förslag riskerar, trots den restriktivitet de förordar, att öka antalet kriterier vad gäller tillämpningen av medicinsk indikation och social indikation, eftersom Socialstyrelsens rättsliga råd (Rättsliga rådet) vid sena aborter nu till exempel tillåter sena aborter av alla slag av medicinsk indikation utan hänsyn till fosterskadans allvarlighetsgrad.

Moralfilosofiska utgångspunkter

Jag grundar min argumentering på den naturrättsliga moralfilosofi med allmänmänskliga värden, rättigheter och skyldigheter, som ligger till grund för internationell och nationell politik genom Förenta nationernas, Europarådets och Europeiska unionens människosyn och förklarade mänskliga rättigheter. Denna naturrättsliga grund har delvis reprimenterats och inkorporerats i svensk rätt men också utvecklats och förklarats i den av Sverige undertecknade Oviedo-konventionen (Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och bioetik) samt i Kristdemokraternas principprogram och medicinsk-etiska program. Denna internationellt erkända moralfilosofiska grund för medicinsk etik, inklusive bioetik, implicerar vikten av att skydda mänskligt liv och upprätthålla människovärdet genom respekt för det mänskliga (människovärdesprincipen) även i dess mest sårbara faser och former.

Utgångspunkter i lag och verklighet

Kvinnan och fostret är två individer. Det är två skilda personer, där den ena är helt beroende av den andra fram till livsduglighet

utanför mammans kropp. Propositionen med förslag till abortlag från den 8 mars 1974 betonar att abort "måste betraktas som en nödfallsutväg" och regeringen föreslog därför "ökade insatser" för att "motverka förekomsten av aborter". Samhället bör således eftersträva att minska antalet aborter, vilket bör ske mot bakgrund av att abortlagen ger kvinnan rätt att fatta det avgörande beslutet om abort under graviditetens första del före den 18:e graviditetsveckans slut. Därefter krävs prövning av Socialstyrelsens rättsliga råd fram till graviditetens vecka 21 plus 6 dagar. Därefter är abort inte tillåten, om inte moderns liv är i fara.

Rättsliga rådet har sedan länge etablerat en praxis att bevilja sena aborter för alla medicinska indikationer oavsett slag och allvarlighetsgrad. Abortlagens krav på synnerliga skäl har relativiserats. När det gäller selektiva, dvs. utsorterande aborter på grund av till exempel fosterskada, är det viktigt att vara uppmärksam på de risker ett sådant förfarande kan få för människovärdet och vår människosyn. En allmän relativisering av människovärdet i lagstiftning och invånarnas moraliska medvetande är ett allvarligt hot mot samhällsgemenskapen och det etiska kitt av grundläggande värden, som håller samman ett demokratiskt rättssamhälle som vårt. En sådan uppluckring riskerar dessutom att leda till diskriminering av enskilda personer med just sådana slag av funktionshinder, vars anlag eller existens i människans fosterstadium nu räknas som självklara kriterier för abort.

Terminologi

Smer använder termen "fosterreduktion", vilket går tillbaka på att ingreppet reducerar antalet foster i ett havandeskap. Jag menar att detta är ett slags eufemism, det vill säga en förmildrande omskrivning av vad ingreppet faktiskt är och gör. Jag förespråkar användandet av termen "feticid". Det är en internationellt accepterad medicinsk term och den säger vad det handlar om, låt vara på latin. Feticid är en avsiktlig handling som dödar ett foster till exempel genom injektion av kaliumklorid. Det kommer av latinets 'fetus' som betyder 'foster' och verbet 'caedere' som betyder 'att fälla, hugga ned; döda'. Majoritetens förslag handlar således om selektivt

feticid sent i graviditeten vid flerbörd. Denna terminologi är mer transparent och beskriver ingreppets allvar.

Jag vänder mig även mot majoritetens användning av begreppet ”skyddsvärde”. Det har sin användning, men det kan aldrig bara bytas ut mot människovärde och människovärdesprincipen. Hur skulle Smers majoritet definiera ”skyddsvärdesprincipen”? När övergår den principen till människovärdesprincipen för ett foster?

Smer skriver på hemsidan under rubriken ”Några medicinsk-etiska begrepp” följande om Människovärde och människosyn: ”Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan. Det är nämligen med avseende på människovärdet som alla människor är lika. Människovärdet är alltså inte bundet till våra egenskaper utan är knutet till varje enskild människa oberoende av prestationer.”⁴⁷

I Smers rapport 2019.1 Livstecken efter sen abort hävdas att alla födda har människovärde. Följande citat är från rapportens sammanfattning.

För Smer är det obestridligt att alla levande födda individer, oavsett bakgrund, omfattas av människovärdesprincipen och har samma grundläggande rättigheter, inklusive rätt till liv. Att säga att vissa födda individer inte skulle ha människovärde strider mot principens grundtanke att alla omfattas oavsett ställning, funktion eller egenskaper. Ur ett människovärdesperspektiv är ett foster som visar livstecken efter en sen abort ett barn och måste jämföras med andra barn när det gäller de grundläggande rättigheterna. Det innebär att rätten till liv omfattar även ett sådant barn. (s. 16)

Menar Smer att ett livsdugligt foster ex utero i vecka 22 har ett fullt människovärde, men ett livsdugligt men skadat foster in utero i vecka 26 till vecka 32 har blott ett relativt skyddsvärde. Menar Smer att lokaliseringen av foster avgör om det har rätt till liv? Eller är det ändå ”ställning, funktion eller egenskaper som avgör om fostret har skyddsvärde eller människovärde?

Vår främsta rättsliga utgångspunkt i detta sammanhang, när det gäller fostrets moraliska status, torde vara nuvarande abortlagstiftning och dess förarbeten. Enligt propositionen från 1974 så utvecklas fostrets rättsliga status och besitter rätt till liv vid livsduglighet.

⁴⁷ <https://smer.se/etik/nagra-medicinsk-etiska-begrepp/>

På sidan 5 i sammanfattningen menar Smers majoritet att fostret har skyddsvärde i veckorna 26-32 och inte människovärde. Men skulle det ha fötts några veckor tidigare så skulle det ha haft människovärde och rätt till liv. Hur rimmar detta med abortlagstiftningen? Rättsliga rådet följer till punkt och pricka abortlagstiftningens mening med "livsduglighet" och gränsen för sen abort vecka 21+6.

Smers majoritet skriver under rubriken Utgångspunkter på sidan 33 att abortlagen inte är tillämplig som en rättslig utgångspunkt "då den rör avbrytande av havandeskap". Men begreppet havandeskap i abortlagen och dess förarbeten är rimligen ur mammans synvinkel. Samma rättstolkande källor skriver också om successiv tillväxt av människovärde och rätten till liv vid livsduglighet, vilket rimligtvis är ur fostrets synvinkel. Skulle det rättskällorna säger om fostrets synvinkel rörande mammans rätt till abort och barnets rätt till liv inte vara "tillämpligt" och normerande för Smer i en verksamhet som också av professionen kallas för "partiell abort"? Om inte så måste det argumenteras långt mer stringent. Jag väljer således att undvika det i detta sammanhang oklara begreppet skyddsvärde och tolkar rättskällorna som att "människovärde" föreligger vid livsduglighet, såsom rätten säger och såsom det tillämpas i Rättsliga rådet.

Fosterreduktion till och med vecka 18

Mot bakgrund av gällande rätt och praxis har jag i detta ärende inga avvikande synpunkter på rådets tidigare överväganden och ställningstaganden vad gäller icke selektiv och selektiv fosterreduktion före vecka 18. Detta gäller också rådets tidigare ställningstaganden kring att det behövs en särskild reglering vad gäller fosterreduktion.

Sen selektiv fosterreduktion i vecka 19–22

Mot bakgrund av gällande rätt och praxis har jag heller inga avvikande synpunkter gällande rådets överväganden och ställningstagande.

Sen selektiv fosterreduktion v. 26–32

Jag delar inte rådets majoritetsuppfattning, det vill säga att det kan vara etiskt godtagbart att skjuta på en sen selektiv fosterreduktion i syfte att minska risken för fosterskador och död för det friska fostret av följande skäl:

I Sverige har riksdagen satt gränsen för abort till 18 veckor. Därefter kan tillstånd till avbrytande av en graviditet ske om det finns synnerliga skäl och så länge fostret inte är livsdugligt. Den så kallade utvecklingsmässiga livsduglighetsgränsen bedöms idag vara graviditetsvecka 21+6. För så kallad medicinsk livsduglighet finns idag ingen juridisk definition, utan det är en bedömning som görs av professionen. En graviditet får dock alltid avbrytas om kvinnans liv är i fara.

Den fråga som rådet fick av professionen och har bedömt är om det är godtagbart att skjuta fram fetucid till en tidpunkt då fostren är livsdugliga och tillräckligt utvecklade för att kunna överleva med mindre risk för skada och död. Å ena sidan, utifrån Kristdemokraternas medicinsk-etiska program, innebär det etiska dilemmat kring en abort i första hand inte av när den görs utan att den görs. Kristdemokraterna menar med stöd i naturrättslig moralfilosofi att människovärdesprincipen utgår från det lika och okränkbara människovärdet och att människovärdet följer existensen. Utifrån den ståndpunkten skulle vi kunna argumentera för att förskjutningen i tid av selektivt fetucid inte spelar någon roll och att ingreppet därför bör utföras när de medicinska riskerna för det andra fostret/de andra fostren är mindre. Det problematiska är att den görs.

Jag anser dock att det är etiskt fel att skjuta på ingreppet till senare i graviditeten när båda fostren är livsdugliga. Utifrån en klassisk personalistisk människosyn men också utifrån den svenska abortlagens uppfattning om att människovärdet ökar i samband med att fostret utvecklas anser jag att fostrets – med propositionens ord – ”rätt till liv måste respekteras.” Vad gäller abort sent i graviditeten väger således fostrets rätt till liv enligt svensk rätt tyngre än kvinnans önskan att ta bort ett skadat foster. Fetucid efter vecka 22 strider således mot synen på människovärde och rätten till liv enligt abortlagen och dess förarbeten.

I Sverige har vi en tidsgräns för abort som är satt till och med den tidpunkt då fostret är tillräckligt utvecklat för att kunna leva utanför livmodern. Att vid en flerbörd frångå denna princip för att öka chansen till överlevnad för det friska fostret strider mot människovärdesprincipen.

Jag anser att selektivt fetucid vid sen graviditet efter vecka 21+6 är oetiskt. Men i ett genuint etiskt dilemma vid en flerbörd där ett av flera foster är så pass svårt skadat att det inte har några förutsättningar att leva utanför livmodern och dessutom hotar moderns, det andra eller de andra fostrens liv kan som nödfallsåtgärd fetucid vara det moraliskt bästa handlingsalternativet, om syftet med ingreppet är att rädda moderns, det andra eller de andra fostrens liv och inga andra alternativ finns att rädda dem. Enbart då är det, enligt ovan redovisade moralfilosofiska grunder och enligt den dubbla effektens princip etiskt godtagbart att skjuta på ett fetucid till efter vecka 26.

De situationer rådet analyserat rör svårt sjuka foster som i strikt bemärkelse kan överleva en tid utanför livmodern. Fetucid i dylika fall anser jag ej vara etiskt godtagbart. Att låta det sjuka fostret utvecklas några veckor till innan det dödas, vid en tidpunkt då det till och med enligt abortlagens förarbeten har rätt till liv, finner jag oetiskt och olagligt. Det är mycket illavarslande att Smer föreslår detta. Det innebär nämligen en instrumentalisering av det sjuka fostret som då enbart ges möjlighet att utvecklas under längre tid i syfte att minska riskerna för det friska fostret.

På sidan 42 i yttrandet skrivs det om olika bedömningar vid singel- respektive flerbörd samt om tidpunkten för ingrepp. Det hävdas att "[j]u mer vikt som läggs vid fostrets skyddsvärde i förhållande till andra värden, desto mer rimligt är det att ha samma kriterier för sjukdomstillstånd vid avslutande av singel- respektive flerbörd." Flera professionsföreträdare sägs också ha betonat vikten av enhetlighet i bedömningen av allvarlighetsgrad och skada "för att det ska vara etiskt godtagbart att bevilja en sen abort respektive fosterreduktion." Denna önskan är högst relevant och visar klart att professionen förstår och är angelägen om en god etisk lösning. Ingenting blir dock bättre av Smers nämnda omskrivningar av verkligheten och relativisering av människovärdesprincipen.

Frångår vi de principer som rättsstaten Sverige sedan tidigare slagit fast undergräver vi den svenska abortlagen, vars förarbeten

betraktar abort som en ”nödfallsutväg”. Vi öppnar dessutom dörren för en ytterligare relativisering av människovärdet och rätten till liv, enligt abortlagen, med värdeförskjutningar och indikationsglidning som följd, där gränserna för vad som är etiskt godtagbart gradvis förskjuts. Om vi godtar att skjuta på fetucid till en tidpunkt när fostren är tillräckligt utvecklade för att leva utanför livmodern, kan man dessutom, förutom att det är fel i sig, tänka sig andra situationer där man skulle kunna argumentera för att skjuta på en abort av foster för att öka levnadschanserna för en annan individ. Det är till exempel idag stor brist på organ för donation. Steget är då kanske inte så långt till att då argumentera för att tillvarata organ från aborterade foster för livräddande behandling.

Det är viktigt att samma principer gäller för avbrytande av havandeskap oavsett om det rör en singelbörd eller flerbörd. Öppnar vi dörren för att skjuta på att verkställa fetucid vid en flerbörd till senare i graviditeten vid fosterskada, är det svårt att upprätthålla den reglering och gräns vi nu har för sena aborter på grund av fosterskada vid singelbörd. Varför ska en kvinna ha möjlighet att abortera ett skadat foster sent i graviditeten vid en tvillingbörd, men inte vid en singelbörd?

Jag anser att det är viktigt att fastställa vid vilka situationer vi som samhälle anser det berättigat att avsluta en graviditet på grund av fosterskada. Nu är rådande praxis vad gäller sena aborter långt ifrån den begränsning lagstiftaren avsåg med synnerliga skäl. Begreppet livsduglighet i dagens regelverk behöver tydligare definieras. Jag delar därför rådets förslag att lagens livsduglighetsrekvisit och därmed också begreppet livsduglighet i abortlagen bör ses över, så att tolkning och tillämpning samordnas för alla berörda parter, inklusive Rättsliga rådet.

Per Landgren

Ledamot av Statens medicinsk-etiska råd

Bilaga 2

Särskilt yttrande av Kerstin Nilsson, sakkunnig

Jag delar till stora delar rådets överväganden och ställningstaganden i yttrandet gällande sen selektiv fosterreduktion. Med detta särskilda yttrande vill jag dock uttrycka en avvikande mening i frågan ang. behov av särskild reglering.

Utgångspunkten för rådets yttrande är frågan om sen selektiv fosterreduktion, om det är etiskt godtagbart att skjuta upp ett ingrepp i syfte att genomföra en selektiv fosterreduktion vid en senare tidpunkt för att minska riskerna för det friska fostret (eller fostren om det skulle röra sig om fler foster än två) vid en eventuell prematur förlossning. Detta rör få, mycket komplexa, svåra tillstånd som alla behöver bedömas individuellt utifrån den rådande situationen. Min bedömning är att detta är en fråga som måste avgöras inom hälso- och sjukvården. I Smers yttrande framhålls att sen selektiv fosterreduktion kan erbjudas kvinnan/paret under vissa förutsättningar, och att beslutet ska fattas av behandlande läkare efter hörande av ett multidisciplinärt team med för situationen lämplig sammansättning. Jag delar fullt ut denna bedömning och menar att detta är en ändamålsenlig ordning. De lagar och förordningar som reglerar svensk hälso- och sjukvård gäller även i denna fråga, och jag menar att särskild lagstiftning för enskilda frågor inom hälso- och sjukvården bör undvikas. I och med kravet att sen selektiv fostermedicin endast ska kunna utföras som nationell högspecialicerad vård, med tillståndsprovning från Socialstyrelsen, följer krav på tydlig dokumentation, transparens och uppföljning. Detta bedömer jag vara tillfyllest för att kunna säkerställa att verksamheten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det blir en märklig ordning om vissa frågor som rör medicinska beslut skulle regleras i särskild lag utanför det regelverk som gäller för hälso- och sjukvården i övrigt. Detta är en generell kommentar, som jag finner är viktig att beakta för att inte skapa ett bekymmersamt prejudikat där det öppnas för att reglera medicinska beslut via lagstiftning, utöver de lagar som redan finns. I det aktuella fallet kan jag inte se att lagstiftning på något meningsfullt sätt skulle kunna innebära ett reellt underlättande av beslutsfattandet för någon part eller innebära en ökad säkerhet. Utöver detta så kan jag se två möjliga extrema utfall av en lagstiftning som båda skulle vara mycket oroande. Det första är om lagstiftaren skulle välja att förbjuda sen selektiv fosterreduktion. Det skulle i så fall vara i strid med den etiska analys som Smer gjort, och innebära en begränsning av alternativen för de parter som är berörda som inte skulle vara i deras intresse. Den andra extremen är om lagstiftaren skulle välja att se selektiv fosterreduktion som en rättighet för kvinnan/paret. Detta skulle i så fall innebära en avvikelse från den i övrigt gällande lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område, där åtgärder erbjuds utifrån en medicinsk bedömning av den aktuella situationen, men där det inte går att kräva åtgärder som inte anses motiverade. En eventuell lagstiftning skulle naturligtvis inte behöva handla om någon av dessa extremer, utan t.om. ligga nära den bedömning Smer gör men ändå vara problematisk av följande skäl. Den generella invändningen att enskilda medicinska frågeställningar inte ska regleras genom lag gäller fortfarande. I denna särskilda fråga är det, givet de komplexa och för varje enskilt fall särskilda omständigheter som föreligger när det gäller de tillstånd där selektiv fosterreduktion, såväl tidig som sen, kan bli aktuellt, svårt att se hur en meningsfull lag skulle kunna vara utformad för att fylla något syfte utöver det som redan finns i existerande lagstiftning.

Den aktuella frågan handlar om svåra medicinska bedömningar inom hälso- och sjukvården och ska inte blandas ihop med abortfrågan och det regelverk som gäller för fri abort. Det är två skilda företeelser.

Kerstin Nilsson, Seniorprofessor i kirurgi med särskild inriktning obstetrik och gynekologi. Örebro universitet, Sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd