

**Nr 836**

Av fru Sjövall, i anledning av Kungl. Maj:ts proposition nr 100, med förslag till lag angående ändrad lydelse av 1 och 4 §§ lagen den 17 juni 1938 (nr 318) om avbrytande av havandeskap.

I proposition nr 100 år 1963 föreslås, att risk för allvarlig fosterskada, uppkommen genom specifik icke ärftligt betingad påverkan under fosterstadiet, skall få utgöra självständig (och alltså ensam) grund för rätt till legal abort, även hos psykiskt frisk kvinna.

Redan Hippokrates antog att ämnen passerade från moder till foster via moderkaka och navelsträng — »som växterna drar näring ur jorden så lever barnet i livmodern». I Hippokrates läkared fanns även förbud för läkaren att giva en kvinna något medel att framkalla abort. Regeln måste ange, att man redan då hade kännedom om abortframkallande medel eller metoder och att kunskaperna härom var så utbredda, att en förbudsregel krävdes!

Trots detta har fostrets hälsotillstånd, fränsett ärftlighetsfaktorers betydelse, icke framstått som ett självständigt medicinsk problem förrän de sista tjugo—trettio åren. Intill dess var det ett medicinskt axiom att fostret låg utomordentligt välskyddat för yttre påverkan i livmodern och att moderkakan utgjorde en praktiskt taget ogenomtränglig barriär för både sjukdomsagens överförande moder—foster och för farmakas genomträngande till fostret. Ändå har olika medicinska iakttagelser gjorts från slutet av 1800-talet, vilka sammanställda borde ha skyddat läkarkåren — och samhället — från den vetenskapliga chock rubeola och neurosedyn blev. Man visste på 1800-talet både att syfilis hos modern gav allvarliga fosterskador och att främst morfin men även andra farmaka, givna strax före eller under förlossningen, gav ökad fosterdödlighet. Man visste slutligen — så fort befolkningsstatistik fanns i ett land — att svält och undernäring gav ökad spädbarnsdödlighet, ökat antal dödfödda eller för tidigt födda barn och sannolikt — enligt stora undersökningar under andra världskriget — även ökat antal missbildningar eller sjukdomar hos fostret.

Nu strömmar medicinska fakta in om fostrets sårbarhet, om dess uttalade känslighet för t. o. m. tidsmässigt mycket kort påverkan (tre neurosedyntabletter har angetts vara nog, tagna vid specifik tidpunkt under graviditeten), om fostrets olika resistens tidigt och sent under graviditeten, om graden av fosterskadans omfattning ifall skadan drabbat fostret tidigt eller sent. Riskerna synes vara högst de första 100 dagarna un-

der graviditeten, men mycket allvarliga skador kan uppkomma även där-  
efter.

En systematisering av dessa fosterskador har också skett; de skall en-  
dast anges i korthet för att illustrera problemens omfattande karaktär.

1. Genopatier — skador genom arv. Hit hör även mutationer.
2. Gametopatier — skador på icke befruktade könsceller. (Både moderns  
och faderns könsceller kan skadas. Möjligen kommer  
det att visa sig vetenskapligt lättare att fastställa ska-  
dor hos sädescellerna än hos äggcellerna, eftersom  
kontinuerliga sädesprov med lätthet kan erhållas från  
mannen medan äggceller endast nås för undersökning  
genom operativa ingrepp på kvinnan.)
3. Blastopatier — skador på fostret under de tre första graviditetsvec-  
korna.
4. Embryopatier — skador på fostret från fjärde graviditetsveckan till  
tredje graviditetsmånadens slut.
5. Fetopatier — skador efter tredje graviditetsmånaden.

Nu framlagt lagförslag omfattar endast grupp 3 och 4 ovan, »de första  
hundra dagarna» av graviditeten. Fosterutvecklingen är då annorlunda  
än senare, karakteriserad av celledelning och anläggning av olika organ  
ur den amorfa cellmassa det mycket tidigare fostret utgör (= grupp 3).

Skador under denna tid anses ge upphov till utbredda missbildningar,  
ofta träffande flera olika organsystem i kroppen.

Efter tredje graviditetsmånadens slut antar man att skador endast drab-  
bar enskilda organ, missbildning av ett hjärta, en njure etc.—gränsen mel-  
lan dessa skador och ärftliga sjukdomar måste alltid vara svår att dra.  
Likaså kan man endast för både tidiga och sena fosterskador ana sam-  
band med utifrån kommande skador, alltså ej ärftligt betingade, endast  
om skadan är omfattande, »fullt synlig» redan vid födelsen.

Om sambandet mellan lättare skador, sent uppträdande skador och  
tröskelvärden för påverkan på grund av olika sjukdomar hos modern eller  
genom farmaka vet man f. n. intet, framför allt därför att varje undersök-  
ning fordrar ett kontrollmaterial t. o. m. enbart för de grava skadorna på  
5 000—15 000 individer, eller än fler. (Nagasaki och Hiroshima har upp-  
getts icke ge nog underlag för bedömning av strålskador hos foster.)

Vad kan med våra nuvarande medicinska kunskaper ge fosterskada?  
1. *Sjukdomar hos modern:* rubeola ger tidig fosterskada. Man ifråga-  
sätter om olika andra virussjukdomar också kan göra detta, t. ex. influ-  
ensa, påssjuka, bältros, smittkoppsvaccinering, hepatit, mononucleos. Även  
vissa parasitära sjukdomar kan ge allvarliga fosterskador.

2. *Vitaminbrist,* medveten eller icke. Försök har gjorts för flera år se-

dan, bl. a. i USA, att ge vitaminer i födelsekontrollerande syfte. Man gav aminopterin, som hämmar vitamin B-12. I 25 % av fallen fick man så gravt missbildade levande barn att experimenten upphörde. — De skador hunger och undernäring ger, sannolikt på grund av vitaminbrist och brist på specifika aminosyror, har omnämnts tidigare.

3. *Hormonbehandling*, där man nämnt cortison, insulin m. fl.

Ur lagstiftningssynpunkt är dock de skador de syntetiska könshormonerna kan ge viktigast. Exempelvis kan syntetiskt progesteron, givet kvinnan tidigt för att hejda hotande missfall, ge upphov till virilisering både av modern och av ett väntat kvinnligt foster. Vi har ingen kännedom om framtida syntetiskt framställda födelsekontrollpiller på hormonbas också skulle kunna göra detta; ej heller har vi tillräcklig kunskap om huruvida dessa syntetiska hormoner oftare skulle framkalla blastopatier (mycket tidiga skador) än embryopatier.

Många kvinnor — redan nu använder ett par miljoner kvinnor i USA födelsekontrollpiller, utvecklingen har skett på ett par år! — kommer att ta dessa piller i början av en graviditet, både då de ännu ej vet att de är gravida och för att i panik genom överdosering framkalla abort. Kvinnors hormonkonsumtion enbart här i Sverige för att framkalla abort har ersatt deras tidigare kininätande — problemet vore värt medicinalstyrelsens uppmärksamhet; åtminstone borde hormonpreparat receptbeläggas.

4. *Strålskador* av olika art, joniserande strålning, röntgenbehandling. stort antal röntgenundersökningar av sjuk man eller kvinna, som senare visar sig fortfarande vara fertil, röntgenundersökningar under pågående graviditet. (Jämför propositionens uppmaning till sena röntgenundersökningar för att fastställa skelettmisbildningar. Vanligheten av skelettmisbildningar vid tidiga allvarliga fosterskador är okänd, ev. ger endast vissa farmaka eller virus detta — rubeola gör det ej.) Isotoper utgör ett särskilt problem, särskilt svårbedömt nu, då forskningen tydligen i snabbt stegrad takt nyttjar radioaktivt märkta isotoper för att fastställa om farmaka går över till fostret eller ej.

Ett ökat antal undersökningar genomföres nu världen över (jfr nedan); antalet kommer säkerligen snabbt att stiga.

Medicinalstyrelsens uppgift att röntgenbehandling eller isotoper ej utgjort abortindikation är felaktig. Enbart i Göteborg har detta skett ett par gånger; tyvärr kan jag inte nu erinra mig om de fått utgöra ensam eller endast bidragande orsak till den legala aborten. Jag har också avvisat propåer att å abortklientelet utföra försök med isotoper, eftersom ingen vetenskaplig instans kunnat svara mig om ett sådant försök automatiskt måste — med våra nuvarande kunskaper — leda till ständigt upprepad abort vid följande graviditeter. Problemet om så utförda forskning kom-

mer snabbt att växa; det borde bli föremål för prövning hos strålskyddsnämnden så att ingen undersökning genomfördes utan dess tillstånd; ev. är det av så allvarlig art mot bakgrunden av det ständigt växande behovet av ökade kunskaper vi — och världen — behöver, att särlagstiftning om sådan forsknings utformning horde ske.

5. *Läkemedel*, som ej faller under gruppen vitaminer, hormoner, enzymer, alltså ej som dessa i små doser verkande katalysatorer, utan »vanliga» läkemedel, givna kort tid eller tagna under åratat. Listan på antalet läkemedel som kan övergå till mänskligt foster växer ständigt. Försök göres bl. a. på legalt abortklientel och som sagt i stigande omfattning med hjälp av radioaktivt märkta ämnen. Än så länge har denna typ av forskning liten omfattning i Sverige. Man har kunnat fastställa hög halt av t. ex. vissa sömnmedel och vissa moderna psykiatriska läkemedel (tranquilisers) i fostrets hjärna. Om detta samtidigt anger risk för att fosterskador skulle kunna uppkomma är en öppen fråga.

Till denna grupp hör även syrgas och vissa narkosmedel, alltså frågeställningar om modern måste opereras under pågående graviditet.

6. *Gifter* — ett praktiskt taget helt outrett kapitel, men man kan inte avvisa tanken att exempelvis vissa växtskyddsmedel, vissa preparat inom industrien m. m. skulle kunna ge fosterskador, då sannolikt främst gametopater, dvs. skador på sädesceller och äggceller. Fluorskador på foster har också nämnts, och det är ju en intressant frågeställning för den svenska riksdagen om något så katastrofalt som fluorskador kommer att bevisas i framtiden, med den massmedicinering som nu understötts, där i så fall den befolkningspolitiska aspekten på lång sikt är av både mer tragisk och omfattande ekonomisk karaktär än kostnader för utbildning av fler tandläkare.

Framför allt grupp 6 och strålskador av olika ursprung leder fram till nästa ännu så länge också obestämbara men ej avvisbara problematik, att icke bara det aktuella fostret kan skadas utan att vissa ämnen ger upphov till mutationer. I detta speciella sammanhang — propositionens lagförslag — uppkommer närmast en fråga om ev. steriliseringsindikations tyngd. Förmodar man skador även vid kommande graviditeter, med eller utan samtidig mutationsrisk, måste steriliseringsindikationerna bedömas som vid ärftliga sjukdomar. Problemet är ej beaktat i propositionen. Framför allt ger det dock en belysning av hur intensivt nödvändig en vidgad forskning är — samtidigt belyser det också svårigheten att avgöra vilket pris vi vill betala i form av mänskliga tragedier (isotopskador exempelvis) i framtiden. Den ger kanske också gränserna för tillåten forskning, att om risk för fosterskador kan antagas föreligga även vid följande graviditeter, får forskning endast ske om kvinnan har många barn redan och är

klart inställd, då forskningen påbörjas, att acceptera både abort och sterilisering.

Det förtjänar att klart understrykas att även om antalet medicinska undersökningar snabbt växer i antal, så är samtliga av litet format med hittills osäkra och svårbedömda vetenskapliga resultat. De anger för dagen inte mycket mer än att problemen om fosterskador är omfattande, utomordentligt svårbedömda och svårlösta, även med ökad forskning.

De anger vidare att fostret är mycket känsligt, att skador kan drabba det såväl före konceptionen (geno- och gametopatier) som tidigt eller sent under graviditeten. Möjligen har man rätt att av utförda undersökningar redan nu dra slutsatsen att sannolikt behövs mer än en verksamt faktor för att en allvarlig fosterskada skall uppkomma, i vart fall strider inte ett sådant antagande mot beprövad medicinsk erfarenhet både om ärftlighetsfaktorers genomslagbarhet och om den framfödda människans mottaglighet för sjukdomsagens. Jämför i detta sammanhang propositionens förslag om att den nya indikationen skall vara ensamt grundande för rätten till abort.

Statsrådet anger att skadefaktorn skall vara vetenskapligt styrkt. Mot bakgrunden av den redovisning av ett fåtal av de faktorer som i dag anses kunna innebära risk för att ett foster allvarligt skadas kan vi ej ange gränserna för när dessa skador är »vetenskapligt styrkta».

Man har tagit rubeola som trolig gräns — risken för fosterskador är där ca 10 procent. Även om denna gräns accepteras kommer förskjutningar nedåt att bli nödvändiga av humanitära skäl. Godtages inom det närmaste decenniet — genom ökade forskningsresultat — enbart hälften av de möjliga skador av allvarlig art jag uppräknat, måste vi vända på problemet, ty då blir det ett befolkningspolitiskt problem av betydande omfattning. Även de 90 % onödiga aborterna måste då i stor utsträckning genomföras, under förutsättning att denna typ av abortindikation skulle bli självständigt avgörande.

Vidare måste vi ompröva övre gränsen för tidpunkten för tillstånd att genomföra aborten, nu i förslaget maximalt 24:e veckan. Visar vetenskapliga undersökningsresultat — vi har redan data nog för tveksamhet om förekomst av enbart tidiga allvarliga fosterskador — att de även kan uppkomma sent, bör samma regler gälla för medicinsk indikation, dvs. ingen övre tidsgräns.

Vi möter då i stället risken för att både ett sjukt och ett friskt barn föds levande, med de f. n. successivt minskande möjligheterna för barnet att överleva ju tidigare det föds. Omvänt kan vi ock genom kanske snara medicinska framsteg kunna rädda fler mycket tidigt födda barn — även om de fötts gravt missbildade.

Icke ens statsrådet har kunnat finna giltiga skäl att ändra lagen, han

liksom medicinalstyrelsen och samtliga remissinstanser har pekat på möjligheterna redan nu existerande lag ger att avbryta dessa havandeskap, då så moderns hälsa så bjuder.

Skälen till att lagförslaget framlagts synes vara två:

1) att man ursprungligen ej avsåg dessa fall när lagen skrevs. Att lagen därför tillämpas »felaktigt» och med för vida normer, möjligen. Hur ofta har icke detta hänt att man senare tacksamt accepterat att man i lagskrivningsögonblicket var klokare än man visste man behövde vara?

2) att lagen bör äga tillämplighet även för psykiskt friska kvinnor — här strider punkt 2) mot punkt 1).

Abortlagens grundtema är att en psykiskt välbalanserad kvinna icke skall erhålla legal abort. Vissa speciella undantag har gjorts på basen av uråldriga kulturföreställningar — sexualbrotten — samt i samhällsnyttans namn — de eugeniska indikationerna — i viss omfattning.

En kvinna som fött ett missbildat barn övertalas som regel att fullfölja nästa, som regel psykiskt mycket påfrestande graviditet. Endast om hon bedöms icke orka detta utgör ett tidigare missbildat barn abortindikation. En psykiskt välbalanserad kvinna, gift med en grav alkoholist eller en gravt kriminell man, där ärftlighet icke kan påvisas hos mannen, erhåller ej automatiskt abort. Även om ärftlighet, t. o. m. av betydande tyngd, finns, medger den icke — och skall icke medge — automatisk rätt till abort. Det beror på familjesituationen, kvinnans kapacitet, tidigare barns hälsa resp. sjukdom — en kvinna med ett allvarligt ärftligt sjukt barn som kan väntas dö om något år uppmanas försöka föda nästa, troligen friska barn.

Sannolikt borde även våra traditionella eugeniska indikationer omprövas. Granskar man abortlagstiftningen ur internationell synpunkt finner man att den högsta »välvilligheten» mot abortindikationer finns beträffande de eugeniska, just kanske bottnande i tankegången att med deras hjälp utrota sjukdomar. Samtidigt finner man att realtankegången bakom är samhällsnyttans, att bespara samhället utgifter. För många år sedan stötte jag på ett fall som fått sterilisering, välkänt i världslitteraturen, med mycket hög ärftlighet för en sällsynt ögonsjukdom. Så långt man kunde följa släkten bakåt — och den är följd i generationer, till 1600-talet — bestod den av högt begåvade människor. Modern i fråga och hennes enda barn, båda med denna starkt invalidiserande ögonsjukdom, var båda akademiker. Vi har en tendens att bevilja abort vid exempelvis diabetes, om igen med ensam värdering av sjukdomen och icke av individens och släktens intellektuella kapacitet. Omvänt, inga har så lätt att erhålla abort som de imbecilla kvinnorna, ofta stillsamt välinpassade i samhället och t. o. m. normalt samhällsnyttiga i den arbetsuppgift de har; andra gånger tillhörande starkt asociala släkter där risken för ett asocialt barn bedöms som hög.

I stor utsträckning är det dock omfattningen av samhällets insatser som avgör hur en välbegåvad, starkt vanför människa skall uppleva sitt öde eller hur stora riskerna är för att ett imbecillt barn skall bli asocialt och ej relativt väl inpassat, efter måttet av sina resurser, i samhället.

Också här tror jag att en omprövning bör ske av den ensamma indikationens tyngd, den bör även i dessa fall liksom i de nya fall som statsrådet föreslår alltid mätas mot kvinnans — och mannens — totala situation och totala kapacitet.

Lagförslaget har framlagts av humanitära skäl. Samtidigt har det öppnat möjligheter för en inhuman behandling av den kvinna det kan komma att gälla — genom diskussionen av sent utförda röntgenundersökningar, vilkas starkt begränsade bevisvärde jag redan omnämnt. En tendens — i neurosedynfallen — har funnits hos gynekologerna att kräva denna sena röntgenundersökning, självfallet beroende på läkarnas osäkerhet inför denna helt nya problematik. Risk finns att man i framtiden inför nya teratogena preparat kommer att göra detta om igen — i hopp om att också de skall ge skelettskador. Också de kvinnor, för vilka klar abortindikation funnits på grund av tidig framkallad allvarlig depression när de förstått riskerna för fostret, har sålunda tvingats vänta på denna sena röntgen, dvs. att operationen skett först när de känt fosterrörelser, vilket i vart fall för omföderskor är ett svårt psykiskt trauma. Om man vill acceptera lagen skall man i likhet med vad som gäller huvudparten av samtliga övriga indikationer även här erkänna den mycket stora felmarginal man arbetar med vid indikationsställandet. Det är bättre att ge exempelvis en förstföderska en mycket tidig abort kanske framför allt vid denna typ av indikationer, där som regel en normalsituation föreligger för nästa graviditet — så att hon snabbt blir gravid på nytt — än att tvinga henne ner i en alltmer djupnande depression som kan ta månader eller år att läka ut.

Det är inhumant att på grund av läkarnas osäkerhet förfara så. Dessutom — och det är också ett öppet problem — röntgenundersökningar under graviditet har tidigare ansetts kontraindicerade. Även om vi har bättre metoder nu med lägre strålriskdoser, känner vi fortfarande inte lägsta säkra dosen för strålskada på ett foster.

Statsrådet nämner några »typfall» där lagen skulle vara tillämplig — rubeola, RH-faktorn, röntgenskador och neurosedynliknande preparat. Någon enhetlighet vid bedömningen finns icke nu, utöver moderns hälsa.

I Göteborg — och medicinalstyrelsen har accepterat detta — anser vi RH-faktorn kontraindicera abort, en av de få kontraindikationer vi arbetar med. Eftersom en RH-immuniserad kvinna har så utomordentligt små möjligheter att få ett levande barn, övertalar vi henne att liksom en moder med ett tidigare missbildat barn fullfölja graviditeten — hellre än att hela livet fråga sig om hon aborterat sitt enda levande barn.

Isotopproblemet har jag nämnt tidigare; jag tror det vore olyckligt att medge generell abort här — då växer inte den nödvändiga försiktigheten i användandet av isotoper fram hos läkarkåren.

Statsrådet nämner intet om bevisbördan eller tyngden av de bevis som måste krävas. Rubeola kan genom noggrann klinisk utfrågning ofta med rätt stor grad av sannolikhet fastställas i efterskott, bl. a. med hjälp av sekundärfall i omgivningen. Medicinalstyrelsen har krävt läkar- eller distriktssköterskediagnos eller denna mycket utförliga anamnes i efterskott.

RH-faktorn kan fastställas genom blodprov; röntgenbehandling eller isotopbehandling kan fastställas genom inkrävande av sjukhusjournaler.

Våldtäkt, som primärt bygger på kvinnans muntliga utsago, kräver stöd av genomförd polisutredning för att få återopas som ensam indikation.

Det är en omöjlighet att bevisa om en kvinna ätit eller inte ätit ett fåtal tabletter; möjligen kan snabbt genomförda sannolikt dyrbara blod- eller urinprov (i likhet med rattfylleriprova) i vissa specialfall ge viss vägledning, kanske endast under förutsättning att hon inte samtidigt tagit rätt likartade preparat.

Kvinnans skildring av den uppgivna våldtäkten ger viss ledning att avgöra sanningshalten i hennes uppgifter, men hur bedöma uppgiften att hon svält tre tabletter? Ökad forskning kommer säkert att ge oss möjlighet att för i aktualögonblicket kända preparat snävra till den farliga zonen, vilket dock hjälper föga eftersom kvinnan kan utgå ifrån fel tidpunkt för konception — och ofta gör så.

Riksdagen godtog förra året en vidgning av begreppet sexualbrott, därmed också i sak en vidgning av abortindikationerna. Bevisbördan vid dessa »nya» sexualbrott närmar sig den som detta lagförslag rymmer — båda bör utredas ytterligare, och likartade och sannolikt sammanfallande regler bör och måste uppställas.

Statsrådet menar att de fall som kan tillämpas enligt denna nya lag kommer att bli få. I likhet med många läkare kan jag inte dela hans optimism här; dels växer vårt medicinska vetande med accelererad fart, dels kommer en betydande risk att föreligga att kvinnorna — med eller utan bakomliggande påtryckning från männen — återopar antingen tablettätande eller de »nya» sexualbrotten för att erhålla abort.

Vissa kritiska läkare har sagt att vi här öppnar möjlighet för all kriminell abortering att nu utföras på laglig väg — jag anser dem mer realistiska i sin bedömning av frågan än statsrådet.

Går lagförslaget igenom måste tillika utländska kvinnors rätt att erhålla abort regleras.

Propositionen har dragit upp ett omfattande, ett svårt och för de reellt drabbade djupt tragiskt problem. Ingenstädes finns emellertid en analys av problematiken, ej heller av dess reella befolkningspolitiska innebörd,

både om för många skadade barn föds eller om friska barn aborteras i onödan. Framför allt vidgar frågeställningen i propositionen forskningens nödvändiga roll och lika nödvändiga begränsning. Uppställs icke regler för fortsatt forskning, kan forskning i sig leda till att nya aborter måste utföras; den kan okontrollerad t. o. m. få skadeeffekter som är större än våra nuvarande bristande kunskaper.

Mot bakgrunden av vad jag anfört anser jag icke att propositionen nu bör tillstyrkas; den måste föregås av en omfattande utredning. Samtidigt anger problematiken att vår nuvarande lagstiftning bör överses i sin helhet; ökad tyngd får denna begäran genom att översyn ändå måste ske före brottsbalkens ikraftträdande. Eventuellt måste särslagstiftning ske om forskning å gravida kvinnor samt å fertila män och kvinnor.

Det ekonomiska stödet för kvinnor i abortsituation har länge släpat efter. Göres en total översyn, bör även detta problem tas upp.

Under hänvisning till ovanstående hemställes,

att riksdagen måtte avslå Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag angående ändrad lydelse av 1 och 4 §§ i lagen om avbrytande av havandeskap,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte begära

1) en översyn av gällande abortlag,

2) en utredning om rätten att bedriva forskning å gravid kvinna och å fertil man eller kvinna, samt

3) en utredning om översyn av ekonomiska stödåtgärder åt kvinna i abortsituation.

Stockholm den 2 april 1963

*Elisabet Sjövall*

## Nr 837

Av herr Turesson m. fl., i anledning av Kungl. Maj:ts proposition nr 100, med förslag till lag angående ändrad lydelse av 1 och 4 §§ lagen den 17 juni 1938 (nr 318) om avbrytande av havandeskap.

(Lika lydande med motion nr 683 i Första kammaren)

Stockholm den 2 april 1963

*Bo Turesson*

*Karin Wetterström*

*Stina Gunne*

*Jöns Nilsson*

*Lennart Stiernstedt*

i Bästekille