

12 Vård i Sverige av utlänningar

I detta kapitel beskrivs reglerna för vård av personer som vistas, tillfälligt eller under längre tid, i Sverige och som kommer från ett annat land¹.

Genom EG-fördraget och Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/38/EG (rörlighetsdirektivet) har reglerna kommit att bli olika för dem som kommer från ett EU-land och dem som kommer från ett land utanför EU. Med EU-land avses här även Island, Liechtenstein och Norge eftersom EES-avtalet ger samma regler i dessa länder som för EU-medborgare. Även schweiziska medborgare omfattas av i stort sett av likartade regler genom ett särskilt avtal med EU.

EG-fördraget

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

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

¹ Landstingsförbundet 2004. Vård av personer från andra länder.

Villkor för att få vistas i Sverige

Generella regler

Alla personer med giltigt pass har rätt att vistas i Sverige i tre månader oberoende från var i världen de kommer enligt utlänningslagen (1989:529). För vissa länders medborgare krävs även visering. För längre vistelse än tre månader behövs som regel uppehållstillstånd. Personer som avser att vistas i Sverige under längre tid än tre månader för arbete, studier m.m. måste i princip ha uppehållstillstånd innan de kommer hit.

Särskilda regler gäller för den som söker uppehållstillstånd i Sverige som flykting eller som skyddsbehövande i övrigt. En sådan utlänning får vistas i Sverige under tiden som ansökan om uppehållstillstånd prövas.

Alla personer som avser att stadigvarande bo i Sverige längre tid än ett år ska vara folkbokförda här enligt 3 § folkbokföringslagen (1991:481). Det gäller såväl utländska som svenska medborgare. Grundregeln är att det krävs uppehållstillstånd för att få folkbokföras.

Regler för personer från EU-land²

För samtliga nordiska länder Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige har sedan länge gällt fri rörlighet över gränserna utan krav på uppehållstillstånd enligt 1 kap. 4 § utlänningslagen (1989:529).

I princip gäller samma rättigheter för medborgare i EU-länder som för medborgare i nordiska länderna enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/38/EG (rörlighetsdirektivet). En person från ett EU-land behöver inte ha uppehållstillstånd för att få vistas i ett annat EU-land utöver de tre månader som gäller generellt. För personer från ett EU-land gäller uppehållsrätt utan att den först måste fastställas i ett tillståndsförfarande eller genom någon annan prövning.

Enligt rörlighetsdirektivet har följande grupper EU-medborgare uppehållsrätt:

- arbetstagare och näringsidkare samt vissa grupper som inte längre är yrkesaktiva, t.ex. pensionärer,

² SOU 2005:49 *Unionsmedborgares rörlighet inom EU.*

- den som tillhandahåller tjänster i Sverige,
- studerande,
- arbetssökande och
- familjemedlem till den som tillhör någon av dessa grupper.

Med familjemedlem avses make/maka, barn under 21 år eller annan nära släkting (äldre barn och föräldrar) som är beroende för sin försörjning av den som tillhör någon av ovanstående grupper.

De som kommer hit för att motta en tjänst har emellertid inte utan vidare uppehållsrätt. En person som inte tillhör någon av ovanstående grupper måste ha tillräckliga tillgångar, dvs. möjligheter att försörja sig själv, för att han eller hon ska ha uppehållsrätt. Om så inte är fallet får personen enbart vistas i landet under de tre månader som gäller generellt.

Så länge personen uppfyller villkoren i rörlighetsdirektivet gäller uppehållsrätten under obegränsad tid. En familjemedlem till en person med uppehållsrätt och som kommer från tredje land kan förlora uppehållsrätten om familjeanknytningen upphör. Dock har han eller hon fortfarande uppehållsrätt om familjeanknytningen har upphört genom dödsfall.

De personer som uppfyller villkoren för uppehållsrätt under en fortlöpande tid på fem år har permanent uppehållsrätt i Sverige. Även andra, t.ex. den som blir pensionerad efter att ha arbetat kortare tid än fem år i Sverige, har rätt att permanent uppehålla sig i Sverige. Den som fått permanent uppehållsrätt behöver inte längre uppfylla de primära villkoren. Rätten går bara förlorad om personen är borta från Sverige under en sammanhängande tid av minst två år.

Landstingets skyldighet att erbjuda vård

Varje landsting skall erbjuda ”en god hälso- och sjukvård” åt dem som är bosatta inom landstinget enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL.

Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som utan att vara bosatta i Sverige har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt förordning (EEG) 1408/71.

Om någon som vistas i landstinget behöver ”omedelbar vård” ska landstinget erbjuda sådan vård även om personen inte är bosatt i landstinget, 4 § HSL.

Vård till personer som är bosatta inom landstingsområdet

Landstinget har således skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till alla som är bosatta i landstingsområdet. Med bosatt menas att man är folkbokförd i landstinget. Det gäller oavsett om personen är svensk medborgare eller utländsk medborgare. Denna skyldighet omfattar även dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas i landstinget.

Patienten betalar en patientavgift till landstinget enligt 26 § HSL och landstinget finansierar resterande vårdkostnad.

Ett landsting som vårdar en patient som är bosatt i ett annat landsting får ersättning för kostnaderna av patientens hemlandsting. Regler för ersättning mellan landstingen återfinns i riksavtalet för utomlänsvård som är en rekommendation från Landstingsförbundet.

Personer från EU-land som arbetar eller söker arbete i Sverige

Landstinget ska även enligt 3c § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård till personer som vistas i landstinget utan att vara folkbokförda och som har rätt till vårdförmån enligt förordningen (EEG) 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom EU. Med detta avses personer från EU-land och deras familjemedlemmar som vistats kortare tid än 12 månader i Sverige för att arbeta eller söka arbete och som därför inte är folkbokförda i Sverige.

Personen ska vara registrerad hos den svenska Försäkringskassan. Den som arbetar måste kunna visa ett anställningsintyg från arbetsgivaren i Sverige. Den som söker arbete ska vara registrerad vid svensk arbetsförmedling och kunna visa att han/hon får arbetslöshetsersättning från hemlandet.

Vården skall erbjudas av det landsting där personen är förvärvsverksam eller när det gäller en person som är arbetslös i det landsting inom vilket denne är registrerad som arbetssökande. Samma vårdförmåner gäller familjemedlemmar till den som arbetar eller söker arbete i Sverige. Familjemedlemmar behöver inte vistas i Sverige för att få del av vårdförmåner här.

Patienten betalar patientavgift enligt 26 § HSL till det landsting som tillhandahåller vården och landstinget kräver i sin tur Försäkringskassan på resterande vårdkostnad. Det är den svenska Försäkringskassan som finansierar vården av den som arbetar och som är registrerad i kassan men ännu inte folkbokförd i Sverige. Där- emot kräver Försäkringskassan patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet på betalning om patienten är arbetslös och söker arbete i Sverige.

Nödvändig vård till personer från EU-land som vistas i Sverige men som inte arbetar eller söker arbete

Enligt förordningen (EEG) 1408/71 ska en person under trygga omständigheter kunna vistas i ett EU-land och inte behöva avbryta en planerad vistelse av medicinska skäl. Vistelsen kan avse studier, besök hos vänner, turism med mera. Landstingets skyldighet omfattar därför även att erbjuda vad man kallar ”*nödvändig vård*” till personer från EU-land som tillfälligt vistas här oberoende av orsaken till och längden av den planerade vistelsen. Med nödvändig vård avses vård vid akut sjukdom men också vård av annat skäl. Till exempel ingår provtagningar, medicinska kontroller, förebyggande mödra- och barnavård samt förlossning.

Nödvändig vård är mer begränsad än den vård landstinget är skyldig att erbjuda dem som är bosatta i landstinget. I begreppet ingår inte sådan planerad vård som kan vänta till dess patienten återvänder till sitt hemland. Det är den behandlande läkaren i Sverige som i det enskilda fallet avgör vad som är nödvändig vård.

Patienten ska betala vanlig patientavgift enligt 26 § HSL till landstinget för nödvändig vård. Landstinget får betalt av Försäkringskassan för resterande vårdkostnad och den svenska Försäkringskassa kräver i sin tur patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet som ska finansiera vården. Dock riktar Försäkringskassan inga sådana krav gentemot de nordiska länderna enligt lagen (2004:114) om nordisk konvention som social trygghet, artikel 15 i bilagan. Kostnaderna för nödvändig vård av nordiska försäkrade patienter stannar därför på Försäkringskassan.

För att styrka sin rätt att betala svensk patientavgift ska patienten visa upp sitt Europeiska sjukförsäkringskort, EU-kort. Av kortet framgår vem som ska betala kostnaden för vården dvs. den sjukvårdsförsäkring som patienten är ansluten till i hemlandet.

Om patienten inte kan visa ett EU-kort måste hon själv betala hela kostnaden. Patienten kan i så fall i efterhand begära ersättning från sin sjukvårdsförsäkring i hemlandet enligt artikel 34 i förordning (EEG) 574/72. Krav på ersättning kan också baseras på artikel 49 och 50 i EG-fördraget. Se även avsnitt om planerad vård till patient från EU-land.

Personer som kommer från land utanför EU och tillfälligt vistas i Sverige

Landstingen har skyldighet att ge ”omedelbar vård vid behov” till alla personer som tillfälligt vistas i Sverige enligt 4 § HSL oberoende av från vilket land personen kommer och orsaken till vistelsen. Begreppet omedelbar vård vid behov är mer begränsat än nödvändig vård. Det handlar om vård vid akut sjukdom och således inte planerad vård vid t.ex. kroniska sjukdomar. Patienter från länder som inte omfattas av EG:s regler ska själva betala hela vårdkostnaden för sådan omedelbar vård. Undantag gäller för Australien, Algeriet och Quebec med vilka Sverige har separata avtal.

Personer som söker uppehållstillstånd som flykting eller skyddsbehövande i övrigt

Enligt överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting ska landstingen erbjuda asylsökande och utlänningar som tagits i förvar enligt utlänningslagen vård som inte kan anstå, mödravård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning och vård enligt smittskyddslagen (motsvarar ungefär nödvändig vård för EU-medborgare). Abort är att betrakta som vård som inte kan anstå och ingår i överenskommelsen.

En liknande överenskommelse finns för s.k. bevispersoner, dvs. personer som efter ansökan av en förundersökningsledare beviljats ett tidsbegränsat uppehållstillstånd t.ex. ett offer för människohandel som vistas här och ska höras i brottmål. Under ansökningstiden ska omedelbar vård erbjudas och under tiden med uppehållstillstånd ska landstinget erbjuda hälso- och sjukvård på samma villkor som till den som är bosatt i landstinget.

Staten ersätter landstingen för kostnader för vård av personer som omfattas av överenskommelserna.

Ett förslag att ersätta överenskommelserna med en lag med motsvarande innehåll bereds för närvarande i Regeringskansliet³.

Planerad vård till patient från EU-land

Det förekommer även att en patient från ett EU-land reser till Sverige enbart med syftet att få vård. Patienten kan då ha med sig ett intyg E 112 som utformats inom EU och som är en förbindelse från hemlandets sjukvårdsförsäkring att betala vården i Sverige. Patienten behöver i så fall endast betala patientavgift enligt 26 § HSL. Överskjutande vårdkostnader betalas till landstinget av Försäkringskassan i Sverige som i sin tur får ersättning från patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet.

Om patienten saknar intyg E 112 får hon själv betala hela vårdkostnaden till landstinget. Därefter kan hon begära ersättning för sina vårdkostnader från sjukvårdsförsäkringen i hemlandet. Sjukvårdsförsäkringen är under vissa omständigheter skyldig att ersätta patienten för kostnaderna i Sverige. Skyldigheten grundar sig på EG-domstolens tolkning av EG-fördragets artiklar 49 och 50 om fri rörlighet för tjänster (EG-domstolens domar i mål C-158/96, Kohll och C-120/95, Decker). EU-länderna tillämpar emellertid fördragets bestämmelser och EG-domstolens praxis på olika sätt.

Landstingets möjlighet att erbjuda vård på affärsmässig grund

Landstinget kan erbjuda hälso- och sjukvård till personer från annat land enligt lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd (tjänsteexportlagen). Enligt 2 § får en kommun eller ett landsting tillhandahålla sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten (kommunal tjänst) för export (tjänsteexport). Tjänsteexport betyder inte att tjänsten måste utföras utomlands. Även verksamhet i landet anses som tjänsteexport om den direkt riktar sig till en utländsk köpare.

Tjänsten ska vara av kommunal karaktär och ligga inom ramen för den kommunala kompetensen. En förutsättning för tjänste-

³ SOU 2003:89 *EG-rätten och mottagande av asylsökande, betänkande av Utredningen om mottagandevillkor för asylsökande*; Utrikesdepartementet 2005. *Förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl.*

export är att landstingen redan bedriver sådan verksamhet som den erbjuder sig att exportera.

Kommunal tjänsteexport ska ske på affärsmässiga grunder, 4 § tjänsteexportlagen. De produktrisker, kommersiella risker, politiska risker, finansiella risker och valutarisker som tjänstexporten kan innebära ska beaktas i varje exportaffär och begränsas genom att säkerhet ställs eller genom separata garantier eller försäkringar.

En förutsättning är också att det finns viss överkapacitet inom en verksamhet som redan bedrivs. Det är alltså inte tillåtet att bygga upp en verksamhet som enbart eller till sin huvuddel är inriktad på export. En tjänsteexport får inte heller inkräkta på landstingens möjligheter att erbjuda en god vård till den egna befolkningen enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser.

I priset för tjänsten ska ingå en viss vinstmarginal om inte annat är affärsmässigt motiverat. Det kan även vara aktuellt att ställa upp ett avkastningskrav på den tjänst som exporteras. Hur stor vinstmarginal som ska finnas i priset och vilken avkastning tjänstexporten ska ge, ska bedömas utifrån vad som tillämpas i branschen. Ett erbjudande från landstinget får inte hämma eller snedvrída konkurrensen.

Ett ytterligare villkor för kommunal tjänsteexport är att det kan ske utifrån ett lågt risktagande. Den kommunala verksamheten ska enligt 8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) utövas på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. En tjänst som exporteras får alltså inte innebära att kommunmedlemmarnas krav på en sund kommunal ekonomi eftersätts.

Vad betalar patienten?

De personer för vilka landstinget har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 3 § och 3 c § HSL ska behandlas lika. Det innebär att alla patienter, svenska och utländska som är folkbokförda i Sverige eller som omfattas av förordning EEG 1408/71 endast ska betala en svensk patientavgift enligt 26 § HSL. Patientavgiften får högst vara sammanlagt 900 kronor per år för öppen vård och 80 kronor per dygn för sluten vård. Landstingen tillämpar olika avgifter inom ramen för detta högkostnadsskydd.

Patienter från EU-land som inte är folkbokförda i Sverige måste styrka sin rätt att betala svensk patientavgift. Den som arbetar i Sverige kortare tid och därför inte är folkbokförd ska kunna visa

ett anställningsbevis från arbetsgivaren och vara ansluten till Försäkringskassan i Sverige. Övriga personer från EU-land som vistas här kortare tid oberoende av skälen till vistelsen måste visa sitt EU-kort för nödvändig vård och visa intyg E112 för planerad vård. EU-kortet och intyget är bevis på att patienten är ansluten till en sjukvårdsförsäkring som betalar vården i hemlandet enligt förordning EEG 1408/71.

En patient som saknar ett EU-kort eller intyg E112 kan alltid själv betala hela kostnaden för vården och i efterhand begära ersättning av sjukvårdsförsäkringen i hemlandet.

Patienten ska själv betala hela vårdkostnaden om hon kommer från ett land som inte omfattas av EG:s regler eller som inte har ett sjukvårdsavtal med Sverige. Givetvis är det vanligt att även patienter från länder utanför EU har en sjukvårdsförsäkring som sedan ersätter patienten för vårdkostnader i Sverige.

En särskild reglering av vårdavgifter för asylsökande m.fl. finns i förordning (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

Priser för vård i Sverige

Landstinget finansierar endast kostnaderna för vård av dem som är folkbokförda i landstingsområdet. Landstinget ska således ha betalt för patienter som landstinget vårdar men som bor i ett annat landstingsområde eller i ett annat land.

Samtliga landsting tillämpar riksavtalet för utomlänsvård. Enligt avtalet ska landstingets priser för vård vara skäliga och baseras på självkostnad. Riksavtalet innebär att patientens hemlandsting ersätter kostnaderna för vården till det landsting där patienten vårdas.

Landstingen använder i sin prissättning regionala prislistor som är överenskomna mellan landstingen inom respektive sjukvårdsregion och som gäller för alla typer av vård vid regionsjukhus, läns- och länsdelssjukhus inom primärvården och för ambulanstransporter. Det finns sex sjukvårdsregioner i Sverige. Det är inte nödvändigt med enhetliga prisnivåer inom sjukvårdsregionen för en viss typ av vård. Prislistorna publiceras bl.a. via Internet.

Förteckning E används som en reservprislista när det saknas ett regionalt pris. Denna fastställs vart tredje år av Landstingsförbundets styrelse. Enligt denna lista är priset för en vård dag på ett sjukhus 2 800 kronor oavsett specialitet. Genom utvecklingen av de regionala prislistorna har betydelsen av förteckning E minskat.

De regionala prislistorna används även när Försäkringskassan i Sverige eller sjukvårdsförsäkringen för en patient från ett annat EU-land ska betala vården. Det gäller såväl nödvändig som planerad vård. Vidare används priserna när en patient från ett land utanför EU ska betala för omedelbar vård som även de ska baseras på landstingets självkostnad för vården.

För planerad vård på affärsmässiga grunder fastställer respektive landsting själv priserna. Priserna behöver inte baseras på landstingets självkostnad men som regel används de regionala prislistorna. Vissa landsting gör i sådana fall en procentuell uppräknings av de regionala priserna.

Försäkringskassan reglerar betalning från ett annat EU-land

Försäkringskassan i Sverige är mellanhand för betalning av all vård som ska betalas av en sjukvårdsförsäkring i ett annat EU-land. Grundregeln är att landstinget får betalt av Försäkringskassan för vården enligt den regionala prislistan. Detta regleras i förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Försäkringskassan i sin tur kräver motsvarande ersättning från patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet.

Sammanställning av regler för vård av patienter från annat land

Tabell 12.1 visar en översikt av de regler som gäller för personer från annat land som erhåller vård i Sverige.

Tabell 12.1 Översikt av regler vid vård av patient från annat land i Sverige

<i>Orsak till att patienten vistas i Sverige</i>	<i>Villkor</i>	<i>Vem betalar vården</i>
Bosatt i Sverige	folkbokförd	svensk patientavgift landstinget
<i>Patient från EU-land:⁴</i>		
Arbetar minst 1 år	folkbokförd	svensk patientavgift landstinget
Arbetar kortare än 1 år, är inte folkbokförd	registrerad hos Försäkringskassan	svensk patientavgift Försäkringskassan
Är arbetslös och söker arbete i Sverige	Arbetslösersättning från hemlandet, registrerad hos svensk arbetsförmedling (EU-kort)	svensk patientavgift sjukvårdsförsäkringen i hemlandet
Tillfällig vistelse, nödvändig vård	EU-kort	svensk patientavgift sjukvårdsförsäkringen i hemlandet
Besök för planerad vård	intyg E 112	svensk patientavgift sjukvårdsförsäkringen i hemlandet
Söker vård men saknar EU-kort eller intyg E112		Patienten hela vårdkostnaden, sjukvårdsförsäkringen kan ersätta i efterhand
<i>Patient från land utanför EU:</i>		
Tillfällig vistelse	Omedelbar vård vid behov	Patienten enligt regionala prislistor ⁵
Besök för vård	Planerad vård	Patienten enligt pris på affärsmässig grund

⁴ Gäller även familjemedlemmar till den som arbetar eller söker arbete i Sverige.

⁵ Om patienten kommer från Algeriet, Australien och Quebec betalar patienten svensk patientavgift. Försäkringskassan i Sverige ersätter landstingen och får i sin tur ersättning från patientens sjukvårdsförsäkring. Sverige har separata avtal med dessa länder.

Omfattningen av vård i Sverige till personer från annat EU-land

Försäkringskassans statistik visar att 10 300 personer från ett EU-land hade fått vård av landstingen 2004. Detta var en ökning med 350 personer från 2003. Det framgår inte av statistiken vilken typ av vård patienterna har fått, men de flesta hade troligen fått nödvändig vård vid en tillfällig vistelse i Sverige.

Kostnaden för vården enligt räkningarna var sammanlagt 82,4 miljoner kronor 2004 och 66,5 miljoner 2003. Det innebär att vården kostade i genomsnitt ca 8 000 kronor 2004 och 6 700 kronor 2003 per patient. Den relativt stora ökningen av kostnaden per patient mellan åren förklaras troligen främst av att fler patienter kommit till Sverige för relativt kostsam högspecialiserad vård. Ökningen avser främst patienter som kommit till Stockholm från de nordiska länderna samt Grekland och Italien⁶. De nordiska länderna tar inte betalt av varandra för nödvändig vård varför Försäkringskassans statistik endast redovisar planerad vård för dessa länder. Stockholm Care har ett agentkontor i Grekland som förmedlar planerad högspecialiserad vård i Stockholm för greker.

I tabell 12.2 redovisas antal patienter från EU-land som har fått vård i Sverige och för vilka betalningen förmedlats av Försäkringskassan i Sverige. De flesta patienter kommer från Tyskland för främst nödvändig vård. Därefter följer i ordning Storbritannien, Frankrike, Spanien och Italien. De höga kostnaderna per patient från Norden och Grekland beror som nämnts på att den redovisade kostnaden främst avser planerad högspecialiserad och därmed relativt dyr vård. Även för patienter från Italien är den genomsnittliga kostnaden högre än för patienter från övriga EU-länder vilket troligen beror på en högre andel högspecialiserad vård.

⁶ Verksamhetsberättelse 2004 från Stockholm Care AB, Stockholms läns landsting.

Tabell 12.2 Vård av patienter från EU-land i Sverige 2004 efter patientens hemland

<i>Land</i>	<i>Antal patienter</i>	<i>%</i>	<i>Kostnad milj. kr.</i>	<i>%</i>	<i>Kostnad per patient kr</i>
Norden	60	1	4,3	5	71 000
Frankrike	1 218	12	6,0	7	5 000
Grekland	225	2	24,3	29	108 000
Italien	512	5	5,1	6	10 000
Spanien	1 044	10	6,1	7	5 900
Storbritannien	1 333	13	9,3	11	7 000
Tyskland	4 945	48	21,6	26	4 400
Övriga	968	9	5,7	7	5 800
Totalt	10 305	100	82,4	100	8 000

Källa: Försäkringskassan.

Enligt Försäkringskassans statistik är antalet patienter som kommer från ett EU-land relativt jämnt fördelade över landet medan kostnaderna för vården inte är lika jämnt fördelade. Framförallt Stockholms och Uppsala läns landsting tillhandahåller planerad högspecialiserad vård till patienter från annat EU-land. Tabell 12.3 visar antal patienter från annat EU-land 2004 och kostnaderna fördelade på landsting.

Tabell 12.3 Vård av patient från EU-land i Sverige 2004 efter landsting som utfört vården

<i>Landsting</i>	<i>Antal patienter</i>	<i>%</i>	<i>Kostnad milj. kr.</i>	<i>%</i>	<i>Kostnad per patient kr</i>
Stockholm	1 831	18	37,5	45	20 500
Uppsala	337	3	7,0	9	20 800
Skåne	1 564	15	10,4	13	6 700
Västra Götaland	1 512	15	8,3	10	5 500
Övriga	5 061	49	19,1	23	3 800
Summa	10 305	100	82,4	100	8 000

Källa: Försäkringskassan.

Priser för abort i Sverige

Abort är en medicinsk åtgärd som ingår i landstingens åtagande för dem som är bosatta inom landstingsområdet. En kvinna som är bosatt i landstinget betalar således patientavgift vid abort på samma sätt som vid andra medicinska behandlingar.

Landstinget får ta ut självkostnaden för en abort som ska betalas av ett annat landsting, Försäkringskassan i Sverige eller av en sjukvårdsförsäkring i ett annat EU-land enligt den så kallade självkostnadsprincipen, 8 kap. 3 c § kommunallagen (1991:900). Den innebär att kommuner och landsting inte får ta ut högre avgifter än vad som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller.

Landstingens genomsnittliga kostnad för kirurgisk abort i öppen vård beräknas 2006 till 6 500 kr. I sluten vård uppgår kostnaden till 10 600 kr. Dessa uppgifter är hämtade från Sveriges Kommuner och Landstings nationella databas över kostnader per patient (KPP).

Priset för en abort varierar mellan landstingen. I tabell 12.4 redovisas cirkapriser för abort i de fyra landsting som har mest omfattande vård från personer från andra länder. Det finns vissa mindre variationer mellan sjukhusen i respektive landsting.

Tabell 12.4 Priser enligt regional prislista för medicinsk och kirurgisk abort, kronor 2006

<i>Landsting</i>	<i>Medicinsk abort</i>	<i>Kirurgisk abort</i>	<i>Medicinsk abort inkl skrapning</i>	<i>Kirurgisk abort i sluten vård</i>
Stockholms län	5 000	7 000	14 000	16 000
Uppsala län	6 400	8 400		
Region Skåne	9 600		14 500	
Västra Götaland	10 500	10 500	10 500	10 500

Källa: Landstingsförbundet 2005.

Om kvinnan ska betala den fulla kostnaden för en abort gör två av ovanstående landsting, Stockholm och Uppsala ett påslag på grundpriset. Stockholms läns landsting gör ett påslag på 15 procent på den prislista som används internt i landstinget, vilket innebär att en medicinsk abort kostar 11 000 kronor och en kirurgisk 15 500 kronor. I landstinget i Uppsala län är påslaget 30 procent på den regionala prislistan. En medicinsk abort kostar där 8 300 kronor och en kirurgisk 11 000 kronor.

13 Samarbete mellan länder i brottmål

I detta kapitel beskrivs de regler som gäller för Sveriges samarbete med andra länder i brottmål. Syftet med redogörelsen är att belysa i vilken utsträckning Sverige har en skyldighet att bistå andra länder med rättslig hjälp i de fall abort är straffbelagt i det andra landet.

En förändring av abortlagen enligt utredningens förslag innebär att utländska kvinnor ska kunna erbjudas abort i Sverige i enlighet med abortlagens övriga bestämmelser utan prövning av särskilda skäl. Utökade möjligheter för utländska kvinnor att genomgå en abort i Sverige förändrar inte tillämpningen av de regler som styr det internationella rättsliga samarbetet.

Rättslig hjälp i brottmål

Enligt lagen (2000:562) om internationell rättslig hjälp i brottmål kan svensk åklagare eller domstol lämna ett annat land rättslig hjälp med utredning om brott. Den rättsliga hjälpen ska lämnas under samma förutsättningar som vid en svensk förundersökning eller rättegång, 2 kap. 1 §. En ansökan om rättslig hjälp ska avslås om hjälpen skulle kränka Sveriges suveränitet, medföra fara för rikets säkerhet, strida mot svenska allmänna rättsprinciper eller andra väsentliga intressen, 2 kap. 14 § första stycket. Vidare får ansökan avslås om det i Sverige redan har meddelats dom eller beslut om åtalsunderlåtelse för gärningen eller om omständigheterna annars är sådana att ansökan inte bör bifallas, 2 kap. 14 § andra stycket. Regeringen beslutar om avslag på dessa grunder, 2 kap. 15 §.

Rättslig hjälp kan avse förhör i samband med förundersökning i brottmål, bevisupptagning vid domstol, telefonförhör, förhör genom videokonferens samt att överföra en frihetsberövad person för förhör i ett annat land, 1 kap. 2 § första stycket. Denna typ av rättslig hjälp får lämnas även om gärningen inte är ett brott enligt svensk lag, 2 kap. 2 §.

Den rättsliga hjälpen kan även avse husrannsakan, beslag av egendom, hemlig telefonavlyssning eller kameraövervakning samt rättsmedicinsk undersökning av en avliden person, 1 kap. 2 § första stycket. I sådana fall måste dock gärningen motsvara ett brott enligt svensk lag s.k. dubbel straffbarhet, 2 kap. 2 §. Kravet på dubbel straffbarhet för husrannsakan och beslag gäller inte i förhållande till EU-länder och Norden om det gäller gärningar som kan leda till fängelse i det andra landet.

Om en utländsk myndighet begär att få ut sekretessbelagd information t.ex. patientjournaler som avser aborter, ska den utlämnande myndigheten pröva om de uppgifter som begärs utlämnade skulle kunna utlämnas till svensk myndighet, 1 kap. 3 § tredje stycket sekretesslagen (1980:100). Kraven på att lämna ut denna typ av uppgifter till en annan svensk myndighet är mycket högt ställda, 14 kap. 2 § femte stycket sekretesslagen. Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter får endast ske om det rör ett mycket allvarligt brott eller ett brott riktat mot barn. Detsamma gäller i princip om man begär ett förhör med en person som har tystnadsplikt. Sekretesslagen och motsvarande regler i lagen (1998:531) om yrkesutövning inom hälso- och sjukvårdens område hindrar således att sekretessbelagd information om en laglig abort i Sverige kan lämnas till ett annat land.

Även en begäran om rättslig hjälp som avser någon som inte har tystnadsplikt kan avslås av den myndighet som handlägger ärendet med stöd av bestämmelserna i 2 kap. 14 § lagen om internationell rättslig hjälp i brottmål. En ansökan får t.ex. enligt bestämmelsens andra stycke fjärde punkt avslås om omständigheterna i ärendet är sådana att ansökan inte bör bifallas. Enligt förarbetena till lagen avses här t.ex. fall där "ett bifall till framställningen av något skäl är stötande" (prop. 1999/2000:61, s. 138).

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

Utlämning och överlämnande för brott

Sverige kan bistå andra länder med utlämning eller överlämnande av brottsmisstänkta personer eller av personer som har avvikit från straffverkställighet i det andra landet.

I förhållande till andra EU-länder tillämpas sedan år 2004 lagen (2003:1156) om överlämnande från Sverige enligt en europeisk arresteringsorder. Enligt lagen prövar domstol om en person ska överlämnas till ett annat EU-land. Överlämnande förutsätter som huvudregel dubbel straffbarhet. Undantag från kravet på dubbel straffbarhet finns för olika typer av grov brottslighet som t.ex. mord och grov misshandel (bilaga till 2 kap. 2 §). En framställan från ett annat EU-land om att överlämna en kvinna med syftet att lagföra eller straffa henne för en abort i Sverige eller en läkare för att ha utfört en sådan abort skulle avslås eftersom gärningen som har utförts i Sverige inte är straffbar här, 2 kap. 5 § 7.

Lagen (1957:668) om utlämning för brott innehåller bestämmelser om utlämning till länder utanför EU och Norden. Utlämning beslutas av regeringen (15 §), i flertalet fall efter att ha hört Högsta domstolen (18 §). Det finns ett absolut krav på dubbel straffbarhet (4 §). För utlämning krävs att det för brottet enligt svensk lag är föreskrivet fängelse i ett år eller mer. Att utlämna en person till ett annat land för en gärning som inte är straffbar här t.ex. abort är således inte möjligt.

14 Författningskommentar

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

5 §

Den nuvarande bestämmelsen i första stycket 5 § innebär ett principiellt förbud att utföra en abort eller att avbryta ett havandeskap enligt 6 § om kvinnan inte är svensk medborgare eller bosatt i landet. Socialstyrelsen kan dock av särskilda skäl lämna en utländsk kvinna tillstånd till åtgärden. Vidare har Socialstyrelsen i föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4 (M)) om abort angivit att en kvinna som väntar på besked om asyl eller uppehållstillstånd bör anses som bosatt i landet. Hon behöver då inte ha något särskilt tillstånd av Socialstyrelsen för att få genomgå en abort eller avbryta ett havandeskap.

Genom att upphäva första stycket öppnas möjlighet för kvinnor från alla länder att utan prövning av särskilda skäl kunna få en abort eller avbryta ett havandeskap i Sverige.

6 §

Efter ändringen av 5 § återstår i den paragrafen endast kravet på att åtgärden ska utföras på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänt. Det är då endast det kravet som inte får utgöra hinder för att genomföra ett avbrytande av havandeskap i de fall kvinnans liv eller hälsa är i fara. Därför ändras ordet ”*bestämmelserna*” i 6 § andra stycket till ”*bestämmelsen*”.

Referenser

Referensgrupp med riksdagsledamöter

Margareta Andersson (c)
Gustav Fridolin (mp)
Lars U Granberg (s)
Carina Hägg (s)
Ulrik Lindgren (kd)
Elina Linna (v)
Birgitta Ohlsson (fp)
Charline Pålsson (kd)
Annika Qarlsson (c)
Inger René (m)
Gabriel Romanus (fp)

Regler – Sverige

Abortlagen (1974:595).
Folkbokföringslagen (1991:481).
Förordning (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.
Förordning (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.
Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.
Förordning (2001:100) om den officiella statistiken.
Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
Kommunallagen (1991:900).
Lagen (1957:668) om utlämning för brott.
Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
Lagen (2000:562) om internationell rättslig hjälp i brottmål.
Lagen (2001:99) om den officiella statistiken.

- Lagen (2001:115) om kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd.
- Lagen (2003:1156) om överlämnande från Sverige enligt en europeisk arresteringsorder.
- Lagen (2004:114) om nordisk konvention om social trygghet.
- Sekretesslagen (1980:100).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort, SOSFS 2004:4 (M).
- Utlänningslagen (1989:529).

Regler för medlemsstater inom EU

- Fördraget om upprättande av Europeiska Gemenskapen (EG-fördraget); Treaty on European Union Member States (EC Treaty). Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/38/EG (rörlighetsdirektivet).
- Förordning (EEG) 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom EU.

Litteratur – Sverige

- Bygdeman, M. Ahlenius, A. *Fosterskada allt vanligare orsak till abort efter 18:e veckan*. Läkartidningen nr 8, 2005, sid. 557-9.
- Görman, U. *Religion, sexualitet och abort*. Kap. 5 ur *Erfarenheter och egna val – en bok om abort*. Gothia 2000.
- Katolska kyrkan 1999. *Att värna om livet. Herdabrev från de nordiska katolska biskoparna om det ofödda barnets värdighet*.
- Lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap (prop. 1938:136).
- Lagen (1939:171) om förbud mot arbetstagares avskedande i anledning av trolovning och äktenskap m.m.
- Landstingsförbundet 2004. *Vård av personer från andra länder. Sammanställning av bestämmelser och finansiering via Försäkringskassan, Migrationsverket, patienten och landstingen*.
- Liberala studentklubben i Stockholm 1965. *Sex och Samhälle*. Tribunserien, Bonniers förlag.
- Prop. 1946:156 om vissa ändringar i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap.

- Prop. 1963:100 om ändring i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap.
- Prop. 1974/75:70 med förslag till abortlag.
- Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag.
- Prop. 1994/95:142 om fosterdiagnostik och sena aborter.
- Socialstyrelsen 2005. *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv*.
- Socialstyrelsen 2005. *Aborter 2004*. Statistik Hälsa och sjukdomar 2005:3.
- Socialutskottets betänkande 1986/87:SoU 5 om familjeplanering och abort.
- SOU 1935:15 *Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap*.
- SOU 1937:6 *Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap*.
- SOU 1944:51 *Betänkande i abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning*.
- SOU 1953:29 *Abortfrågan, Betänkande avgivet av 1950 års abortutredning*.
- SOU 1971:58 *Rätten till abort, 1965 års abortkommitté*.
- SOU 1972:39 *Abortfrågan, remissyttranden över 1965 års abortkommittés betänkande Rätten till abort (SOU 1971:58)*.
- SOU 1983:31 *Familjeplanering och abort, erfarenheter av ny lagstiftning*.
- SOU 1989:51 *Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet*.
- SOU 1994:37 *Rapport för FN:s konferens om Befolkning och utveckling i Kairo 1994. Bygdeman, M. Lindahl K. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet*.
- SOU 2003:89 *EG-rätten och mottagande av asylsökande, betänkande från utredningen om mottagandevillkor för asylsökande*.
- SOU 2005:49 *Unionsmedborgares rörlighet inom EU. Betänkande av Utredningen om den fria rörligheten för unionsmedborgare*.
- Stockholms läns landsting 2005. *Verksamhetsberättelse 2004 från Stockholm Care AB*.
- Sundström, P. *Abortetik i ny dager*. Nya Doxa 1994.
- Svenska kyrkan 2002. *Abortfrågan*, Kyrkolivsutskottets betänkande 2002:3 till Kyrkomötet 2002.
- Utrikesdepartementet 2005. *Förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl.*

Litteratur – internationella förhållanden

- Carlbäck, H. *Vision och verklighet. Kvinnan, familjen och staten i det tidiga Sovjetryssland ur Kommunismen hot och löfte – arbetarrörelsen i skuggan av Sovjetunionen 1917–1991*. Blomqvist, H. Ekdahl, L. Carlssons bokförlag 2002.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) European Network 2004. *Abortion Legislation in Europe*.
- Lag om avbrytande av havandeskap 24.3.1970/239, Finland.
- Lag om tillämpning av lagstiftningen om bosättningsbaserad social trygghet (1573/1993), Finland.
- Lov om svangerskapsafbrydelse og fosterreduktion (LBK nr 541 af 16/06/2004), Danmark.
- Lov om svangerskapsavbrydd – 1975-06-13 nr 50, Norge.
- Lov om spesialisthelsetjensten – 1999-07-02 nr 61, Norge
- Påven Johannes Paulus II. *Encyklika evangelium vitae* 1995.
- RFSU 2004. *Fokus Kairo, tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*.
- Sjukförsäkringslag 21.12.2004/1224, Finland.
- Stakes Finland 2004. *Nordisk abortstatistik*. Statistikmeddelande 32/2004.
- Sundhedsstyrelsen Danmark 2005. *Legalt provokerede aborter 2004*.
- UK The Abortion Act of 1967.
- UK Government 2005. *Statistical Bulletin, Abortion Statistics, England and Wales*.
- UN 1994. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt 1994*. Doc. A/Conf. 171/13.
- UN 1999. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICDP +5)*. Doc. A/S-21/5/Add.1.
- UNDP 2001. *Abortion Policies: A Global Review (1999)*. United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- WHO 2003. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.
- WHO 2004. *Unsafe Abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*.

Irland – studiebesök

Intervjuade personer

Tom Mooney, Deputy Secretary, Department of Health and Children, Dublin Ireland.

Nial Behan, Director, Irish Family Planning Association (IFPA, en ideell organisation, reproduktiv hälsa) Dublin Ireland.

Karen Griffin, IFPA Dublin Ireland.

Rosie Toner, IFPA Dublin Ireland.

Regler

Health (Family Planning) Act 1980.

Offences Against the Person Act, 1861.

Regulation of Information (Services outside State for Termination of Pregnancies) Act 1995.

Litteratur

Crisis Pregnancy Agency 2004. O'Keeffe S. *Crisis Pregnancy and Pregnancy Decision Making: An Outline of Influencing Factors*. Report No 1.

Crisis Pregnancy Agency 2004. Conlon, C. *Mixed Methods Research of Crisis Pregnancy Counselling and Support Services*. Report No 12.

Irish Family Planning Association (IFPA) 1998. *Facing up to Reality, an IFPA submission to the Interdepartmental Working Group on Abortion*.

Irish Government 2000. *Green Paper on Abortion*.

Irish Government Department of Health 1995. *A Guide to the Regulation of Information (Services outside State for Termination of Pregnancies) Bill*.

Polen – studiebesök

Intervjuade personer

Piotr Kalbarczyk, Executive Director, Zarząd Główny Towarzystwa Rozwoju Rodziny (TRR, en ideell organisation, reproduktiv hälsa).

Dorota Kempka, Senator RP, Parlamentet i Polen.

Anna Klim, Ministry of Health, Department of European Integration and Foreign Relations.

Wanda Nowicka, Executive Director, Federation for Women and Family Planning (Federa, en ideell organisation, reproduktiv hälsa).

Stanisław Radowicki, prof. med.

Katarzyna Smolenska, Ministry of Health, Public Health Department.

Michał Sobolewski, Director, Ministry of Health, Public Health Department.

Aleksandra Solik, Programme Coordinator, Federa.

Elżbieta Waniewska, Ministry of Health, Department of Law.

Eleonora Zielinska, prof. dr. hab. University of Warsaw.

Lagar

Family Planning, Protection of Human Fetus and Conditions for Termination of Pregnancy Act 1993.

Litteratur

Federation for Women and Family Planning (Federa) 2000. *The Anti-Abortion Law in Poland, the functioning, social effects, attitudes and behaviors.*

Nederländerna – studiebesök

Intervjuade personer

Bert van Herk, Managing Director, CASA (Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit and Abortus).

Anke Janssen, Researcher, Academic Medical Center University of Amsterdam.

Irene Keizer, Senior Policy Advisor, Ministry of Health Welfare and Sport, den Haag the Netherlands.
Mechteld Visser, Psychologist, Academic Medical Center University of Amsterdam.

Lagar

Wet Afbreking Zwangerskap 1984.

Litteratur

Ministerie van Buitenlandse Zaken 2003. *Abortion. Questions and answers on Dutch policy on abortion.*
Stisan 2004 (Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland). *Abortus in Nederland 2003 – Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie.*

Kommittédirektiv



Utländska kvinnors rätt att få abort i Sverige

**Dir.
2003:134**

Beslut vid regeringssammanträde den 23 oktober 2003.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna. Utredaren skall belysa de konsekvenser av olika slag som en sådan möjlighet skulle kunna innebära.

Utredaren skall lämna förslag till de författningsändringar som han finner påkallade.

Bakgrund

Det har i olika sammanhang under det senaste året framhållits att den svenska abortlagen borde ändras så att kvinnor som inte är svenska medborgare har möjlighet att få abort i Sverige. Enligt abortlagen (1974:595) får abort endast utföras på en kvinna som är svensk medborgare eller bosatt i Sverige. När det gäller annan vård och behandling kan sådan däremot under vissa premisser erbjudas medborgare från andra länder. Det har framförts att abort bör vara likställt med annan vård och behandling.

De flesta andra länder har en mer restriktiv abortlagstiftning än Sverige. I somliga länder är abort helt förbjudet. I debatten har det framförts som angeläget att vi från svensk sida visar kvinnor från andra länder medkänsla och möjliggör för dem att få abort i Sverige. Här kan det vara skäl att påminna om svenska kvinnors möjlighet att under 60-talet få abort i Polen.

Frågan har tagits upp i tre motioner under 2002/03 års riksmöte. I dessa har motionärerna yrkat att riksdagen beslutar om rätt till abort för utländska medborgare under förutsättning att de själva står för kostnaderna. Socialutskottet har avslagit motionerna med hänvisning till att Socialdepartementet överväger frågan.

Rättslig reglering

Sverige

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall landstinget erbjuda hälso- och sjukvård, förutom åt dem som är bosatta inom landstinget, även åt dem som stadigvarande vistas inom landstinget och som omfattas av begreppet ”kvarskriften” i 16 § folkbokföringslagen. Landstinget skall erbjuda hälso- och sjukvård även till dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställd, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vård av utländska patienter i Sverige i andra fall faller när det gäller den icke akuta hälso- och sjukvården utanför landstingens vårdskyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ett landsting kan dock på frivillig väg tillhandahålla sådan icke akut vård men detta kan bara ske när det finns överkapacitet. Genom lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd finns ett särskilt lagstöd för landstingskommunal export av tjänster inom hälso- och sjukvården.

Abort regleras i en speciallag, abortlagen (1974:595), och där anges förutsättningarna för att ett ingrepp skall få utföras. Enligt abortlagen får abort utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller utländsk medborgare och bosatt här i riket eller om Socialstyrelsen i annat fall av särskilda skäl lämnar kvinnan tillstånd.

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpning av abortlagen (SOSFS 1989:6) har den bestämmelsen i abortlagen tillkommit för att motverka att kvinnor från andra länder med mera restriktiv lagstiftning söker sig hit enbart för att få abort. I de allmänna råden konstateras vidare att det har skett en avsevärd invandring till Sverige sedan abortlagen stiftades. Till allra största

delen har andelen aborter bland utländska medborgare utförts på dessa invandrade kvinnor. Ytterst få kommer hit enbart för att genomgå abort. Av de allmänna råden framgår att styrelsen tillstyrker ansökningar om abort från kvinnor som har sökt uppehållstillstånd i Sverige och som väntar på myndigheternas besked om uppehållstillstånd. Om det är frågan om en medicinskt akut situation för kvinnan har hon självfallet möjlighet att få abort i Sverige. För närvarande gör Socialstyrelsen en översyn av föreskrifterna.

Vård och behandling av medborgare från andra EU-länder

När EES-avtalet trädde i kraft den 1 januari 1994 medförde det bl.a. att nya regler började gälla för människors rätt till vård inom EU/EES.

Akut vård ersätts av den allmänna försäkringen när det gäller personer som är försäkrade i andra EU/EES-länder. Patienten betalar själv samma vårdavgift som bosatta inom landstinget.

En medborgare som är bosatt i ett annat EU/EES-land kan begära av sin behöriga institution/försäkringskassa att *planerad vård* genomförs i exempelvis Sverige och finansieras av hemlandets sjukförsäkring. Patienten betalar själv samma vårdavgift som bosatta i det landsting där vården ges. Oftast tas en direkt kontakt med en svensk vårdgivare av patienten själv, berörd vårdgivare i hemlandet eller patientens behöriga institution/försäkringskassa.

Vård och behandling av medborgare från länder utanför EU

Patienter som är utländska medborgare och som är bosatta i länder utanför EU/EES-området med vilka Sverige saknar sjukvårdskonventioner har inte någon rätt till subventionerad vård av landstingen. Detta betyder att dessa patienter själva får betala den verkliga kostnaden för såväl akut som planerad vård.

Vård och behandling av asylsökande

Hälsa- och sjukvård för asylsökande är numera så långt möjligt organiserad på samma sätt som för befolkningen i övrigt. Av en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet framgår att landstingens åtagande innebär att personer över 18 år bl.a. får

omedelbar sjukvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvård enligt 6§ tandvårdslagen (1985:125) samt sjukvård och tandvård som inte kan anstå, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (1998:1472). Landstingens åtagande innebär även hälsoundersökning eller hälsosamtal. Barn under 18 år skall erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. I den omfattning som landstingen ger vård enligt överenskommelsen lämnas ersättning till landstingen enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

Kostnader

Hälso- och sjukvårdens kostnader för en s.k. medicinsk abort (abortpiller) är ca 1 600 kr. Kostnaden för en tidig kirurgisk abort är ca 4 500 kr och för en sen kirurgisk abort betydligt mer eftersom det då också handlar om vård på sjukhus.

Förhållandet i några andra länder

I England kan icke-engelska medborgare få abort om de själva står för kostnaden.

Under år 2002 utfördes abort på ca 10 000 kvinnor som inte var engelska medborgare. Av dessa kom ca 1 600 från Nordirland och ca 6 700 från Irländska republiken.

I Danmark kan en kvinna som inte är bosatt i landet få abort om hon har särskild anknytning till Danmark. Det gäller t.ex. danska medborgare som bor i utlandet. En ändring av abortlagstiftningen förbereds för närvarande. För att få abort utförd kostnadsfritt skall det även i fortsättningen krävas att kvinnan är bosatt i landet, men kvinnor från andra länder skall mot betalning kunna få aborten utförd i Danmark.

Uppdraget

Det har framhållits i debatten att abort bör likställas med annan vård och behandling. När det gäller all annan sjukvård i Sverige finns, pekar man på, möjligheten att ta emot människor från andra länder under förutsättning att de själva står för kostnaderna.

När medborgare från något annat land får vård eller behandling i Sverige är det oftast hemlandets hälso- och sjukvård som står för kostnaderna. Man får emellertid förmoda att en kvinna från ett land med en mer restriktiv abortlagstiftning än den svenska inte skulle få ingreppet betalt av sitt hemlands hälso- och sjukvård.

Det förekommer även att utländska medborgare som får vård eller behandling här själva står för kostnaderna. Enligt uppgift från Landstingsförbundet är omfattningen av denna planerade vård av utländska medborgare mycket liten.

Utredaren skall utreda om utländska kvinnor, som inte är bosatta i landet och som inte är asylsökande, skall ges rätt att få abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna.

Samtidigt som det kan finnas en önskan att visa kvinnor från andra länder medkänsla och ge dem möjlighet att få abort i Sverige står det helt klart att det här rör sig om en rad komplexa frågor där konsekvenser av olika slag behöver belysas.

Att andra länder har en mer restriktiv abortlagstiftning har i många fall sin grund i kulturella och religiösa betingelser. I vissa länder har detta resulterat i att abort är en brottslig gärning. Som underlag för sina ställningstaganden skall utredaren redovisa vilka regler, bl.a. straffrättsliga, som gäller i andra länder samt mot vilken kulturell och religiös bakgrund dessa regler har kommit till. Utredaren ska belysa de konsekvenser andra länders mer restriktiva abortlagstiftning kan få på kvinnors reproduktiva hälsa. Utredaren skall också redovisa i vilken mån frågan om abort tas upp inom EU.

En annan konsekvens som skall belysas är de straffrättsliga. De stater som kriminaliserat abort kan komma att begära rättsligt bistånd från Sverige, t.ex. hjälp med husrannsakan och beslag. Sverige har i flera internationella instrument åtagit sig, särskilt i förhållande till EU:s medlemsstater, att lämna sådant bistånd.

I uppdraget ingår också att belysa frågan ur ett historiskt perspektiv. Hur såg man på frågan på 1960-talet när vi ännu inte hade den liberala abortlagstiftning vi har i dag och svenska kvinnor reste till Polen för att få abort där? Vilken omfattning hade detta och vad krävdes för att en kvinna skulle kunna göra så?

Utredaren skall också överväga hur opinionen i andra länder skulle kunna påverkas om utländska kvinnor ges möjlighet att få abort i Sverige. Skulle det bidra till att påskynda en ändring av andra länders abortlagstiftning eller skulle det kunna ha en konserverande inverkan på utvecklingen?

Vidare skall utredaren redovisa en uppskattning av de kostnader av olika slag som skulle drabba en kvinna från ett annat land om hon skulle få en abort utförd i Sverige.

Som underlag för sitt ställningstagande skall utredaren närmare redovisa och analysera de regler som gäller för annan vård och behandling av utländska medborgare i Sverige samt belysa omfattningen av denna. Utredaren skall också överväga och bedöma om abortingrepp kan sägas skilja sig från annan vård och behandling och vilka konsekvenser detta i så fall skulle kunna ha.

När annan planerad vård och behandling i dag ges i Sverige till utländska medborgare inom den offentliga vården bedöms det i varje enskilt fall om landstinget har kapacitet och möjlighet att ge sådan vård. Motsvarande förhållande finns inte inom privat verksamhet. Utredaren skall analysera och överväga vilka konsekvenserna skulle bli för den svenska hälso- och sjukvården om det öppnas möjlighet för utländska kvinnor att få abort i Sverige. Denna analys skall göras även mot bakgrund av de kommunalrättsliga bestämmelser som finns. En fråga i sammanhanget är om det kan finnas risk att privat verksamhet expanderar på ett sådant sätt att det får konsekvenser för tillgången på personal inom den offentliga vården.

En komplikation som måste beaktas här är att en abort inte kan vänta. Om en abort skall göras är det av flera skäl angeläget att det sker så tidigt som möjligt i graviditeten. Det finns också en bortre gräns för när en abort kan och får utföras, något som i många fall skiljer abort från annan vård och behandling.

Om utredaren finner att abort skall kunna ges till utländska kvinnor som inte är bosatta i landet och som inte är asylsökande, skall utredaren lämna förslag till nödvändiga författningsändringar.

Redovisning av uppdraget

Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2004. Utredaren skall utarbeta förslag till de författningsändringar som föranleds av uppdraget. Förslagen skall kostnadsberäknas och finansiering redovisas för de föreslagna åtgärderna.

(Socialdepartementet)

Aktuella författningar – utdrag

Abortlagen (1974:595)

1 § Begär en kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas, får abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. *Lag (1995:660).*

2 § Om en kvinna begärt abort eller om fråga uppkommit om avbrytande av havandeskapet enligt 6 § skall hon erbjudas stöd-samtal innan åtgärden utförs. *Lag (1995:660).*

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

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

4 § Vägras abort i fall som avses i 1 §, skall frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning. *Lag (1995:660).*

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

Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner. *Lag (1995:660).*

6 § Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit.

Utän Socialstyrelsens tillstånd och utan hinder av bestämmelserna i 5 § får avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket, om inte åtgärden kan anstå utan fara för kvinnan. *Lag (1995:660)*.

7 § Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § får inte överklagas. *Lag (1995:660)*.

8 § Efter en abort eller ett avbrytande av havandeskap enligt 6 § skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförts skall tillse att ett sådant erbjudande lämnas. *Lag (1995:660)*.

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

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

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

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

11 § Utbyte av brott enligt denna lag skall förklaras förverkat, om det inte är uppenbart oskäligt. *Lag (2005:294)*.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – Utdrag

3 § Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Överlämnar landstinget enligt tredje stycket till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet innehålla villkor om

1. att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och
2. att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett region-sjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan.¹

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller

¹ Detta tillägg träder i kraft den 1 januari 2006 enligt lag (2005:534).

länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten. *Lag (2005:534)*.

3 c § Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §. *Lag (1998:1660)*.

4 § Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. *Lag (1992:567)*.

Vårdavgifter

26 § Av patienter får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, skall därvid behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om

nedsättning av avgiften som skall gälla. Högsta avgiftsbelopp för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan långtids-sjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfte del av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet skall beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen. *Lag (2003:194)*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4) – Utdrag

6 kap. Utländska kvinnor

Föreskrifter

1 § Enligt 5 § abortlagen (1974:595) får Socialstyrelsen, om särskilda skäl föreligger, lämna tillstånd till abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § samma lag till en kvinna som inte är svensk medborgare eller bosatt i riket.

Allmänna råd

En utländsk kvinna som kan visa att hon har sökt och väntar på besked om asyl eller uppehållstillstånd i Sverige bör i detta sammanhang anses som bosatt i Sverige och behöver därför före ut-

gången av artonde graviditetsveckan inte något tillstånd från Socialstyrelsen.

Föreskrifter

2 § Vid ansökan om tillstånd till abort enligt 5 § abortlagen (1974:595) eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § samma lag skall de blanketter som anges i 4 kap. 2 § användas.

Allmänna råd

Till ansökan bör bifogas

- kopia av identitetshandling som styrker kvinnans identitet, och
- kopia av pass eller annan handling som visar inresa till Sverige och vistelsens längd

Den medicinska utredningen bör i tillämpliga delar innehålla de uppgifter som framgår av de allmänna råden till 4 kap. 2 § under rubriken ”Den medicinska utredningen”.

Den psykosociala utredningen, som bör göras av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens, bör innehålla uppgifter om

- kvinnans anknytning till Sverige,
- vid vilken tidpunkt och varför kvinnan kom till Sverige, och
- den tid kvinnan avser att stanna i Sverige.

Hearing om utländska aborter den 7 juni 2005

Utredningen genomförde den 7 juni 2005 en hearing i Riksdags-
huset med inbjudna experter. Avsikten med hearingen var att ge en
sammanfattande bild av troliga konsekvenser av en lagändring som
ger utländska kvinnor möjlighet att komma till Sverige för en
abort.

Till hearingen inbjöds riksdagsledamöter, politiker och tjänste-
män i landsting, myndigheter och organisationer som arbetar med
abortfrågan. Totalt deltog 90 personer. I denna bilaga redovisas en
sammanfattning av hearingen som sammanställts av vetenskaps-
journalist Monika Starendal.

Program vid hearingen:

Katarina Lindahl, Kvinnors faktiska möjligheter till abort i Europa

Maria Carlshamre, Abortfrågan inom EU

Lena Lennerhed, Abortpolitiken i Sverige under 1900-talet

Christian Muntbe, Abort och etik

Marc Bygdeman, Antal aborter, abortmetoder, praxis i Socialstyrel-
sens rättsliga råd

Hasse Knutsson, Vilka regler gäller för att söka vård i Sverige?

Kerstin Sjöberg, Vad skulle effekterna bli för landstingen om ut-
ländska kvinnor fick rätten till abort?

Diskussion

Ska Sverige öppna sina gränser för abort?

Kvinnors faktiska möjligheter till abort i Europa

Katarina Lindahl, generalsekreterare, Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU

Aborter är ett stort problem för kvinnor i Europa. Även om abort är tillåtet i de flesta EU-länder är det inte detsamma som att kvinnor kan få en abort. Restriktioner finns i de flesta länder. Och de nya EU-länderna, de tidigare öststaterna, har övergett den tidigare liberala inställningen, samtidigt som abortsiffrorna är de högsta i EU. I Polen är det nästan omöjligt att få en legal abort, men det finns en utbyggd illegal verksamhet.

Abortfrågan var en av de mest kontroversiella frågorna på FN:s internationella konferens 1994 om Befolkning och utveckling (ICPD). Där enades 179 länder om Kairoagendan, som bland annat innefattar kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. USA spelade en viktig roll för den positiva utgången i form av paragraf I 8:25. Där stadgas att abort är en folkhälsofråga, att abortingrepp ska utföras med säkra metoder där det är lagligt och att kvinnor alltid ska ha rätt till god vård om komplikationer uppstår efter ett abortingrepp. Kairokonferensens beslut i dessa frågor följdes upp av kvinnokonferensen i Peking året därpå (1995).

Sedan dess har den globala abortdebatten hårdnat. USA har fått en ny president, Georg W Bush, som för en restriktiv politik inom området reproduktiv hälsa och aborter. Den amerikanska administrationen förhindrar att biståndspengar betalas ut till organisationer, som i sin verksamhet utför aborter eller arbetar med rådgivning till gravida kvinnor och/eller remitterar eller hänvisar kvinnor till abortkliniker, bedriver påverkansarbete gentemot sin egen regering eller andra regeringar och/eller internationella institutioner för lagliga och säkra aborter. Den amerikanska hållningen har fått allvarliga konsekvenser för viktiga internationella projekt och för arbetet i FN. För närvarande tycks många vara överens om att de starkt konservativa krafterna vinner terräng globalt.

Restriktivare lagar i Europa

De globala siffrorna förskräcker. Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, dör 68 000 kvinnor varje år i osäkra aborter och mångdubbelt fler skadas för livet. Osäkra aborter utgör 13 procent av mödradödligheten, men i ett land som Etiopien hela 54 procent.

Efter Kairokonferensen har många regeringar tagit sina beslut på allvar. Abortlagarna har blivit liberalare och kvinnor har getts rätten att besluta om abort upp till och med graviditetsvecka 12 utan restriktioner i länder som Schweiz, Albanien, Sydafrika, Kambodja och Nepal. I vissa afrikanska länder, som Etiopien, Burkina Faso, Benin, Chad, Guinea och Mali, har kvinnan getts rätten att göra abort vid fara för hennes liv, vid fosterskada, allvarlig sjukdom, våldtäkt eller incest.

Samtidigt har lagstiftningen hårdnat i andra länder, också i EU-länder. I Polen har lagstiftningen ändrats under 1990-talet. Nu, när Polen är med i EU, gäller inte längre sociala och ekonomiska skäl för abort. I Ungern infördes år 2000 obligatorisk rådgivning och väntetid med syfte att övertala kvinnor att inte göra abort. I Portugal har man börjat fängsla och åtala kvinnor som gör eller utför abort. Och i Spanien ger lagen möjlighet att ställa både kvinna och läkare inför rätta. Omkring hundra sådana fall har tagits upp de senaste åren.

Gamla och nya EU-länder skiljer sig åt. De nya är ofta mer kritiska till rätten till abort, samtidigt som de har de högsta abortsiffrorna. Ett skäl kan vara att abort har varit den enda fertilitetskontroll som kvinnor haft tillgång till. Ett annat att den katolska kyrkan har stort inflytande. Den var viktig när kommunismen störtades vilket har stärkt människors tilltro till den. Det spiller över på frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. I Litauen exempelvis åtföljs den kritiska synen på abort av en stark skepsis till sexualundervisning och preventivmedelsrådgivning för unga.

Aborter är illegala i Andorra och på Malta, där en kvinna kan dömas till tre års fängelse för abort. I Monaco, San Marino, Liechtenstein, Polen och Irland är abort tillåten vid fara för moderns liv eller om fostret är gravt missbildat. Irland, Polen och Malta har utverkat moraliska undantag i EU från framtida lagar som berör aborter.

Abort med förbehåll

I de flesta andra europeiska länder har kvinnor rätt till abort, men lagarna är olika restriktiva. Ofta har kvinnor inte rätt i sig. De är beroende av inställningen hos läkare eller andra, som fattar de slutliga besluten. I vissa länder finns lagstadgade krav på rådgivning och obligatorisk väntetid. I Belgien är väntetiden 6 dagar, i Tyskland 3, Frankrike 7, Italien 7 och i Nederländerna 5 dagar (när 44 dagar har passerat efter senaste menstruation). Restriktioner och stigma skapar en marknad för illegala aborter, ofta utförda av hälsopersonal, men också av kvinnorna själva eller klåpare som vill tjäna pengar.

I Europa görs mellan 500 000 och 800 000 illegala aborter varje år. Många, mellan 150 000 och 200 000, görs i Ryssland. Tidigare var lagen generös till abort på sociala grunder, exempelvis vid skilsmässa, fattigdom, flyktingstatus, arbetslöshet eller usla bostadsförhållanden. År 2003 ändrades abortlagen att gälla enbart vid fall av våldtäkt, fängelsedom, makes död eller allvarliga sjukdom eller om kvinnan fråntagits vården om tidigare barn. Anti-choicerörelsen har skaffat inflytande över Duman. Andra kammaren beslutade att sluta finansiera det statliga programmet för familjeplanering. Många ryska kvinnor dör i komplikationer efter aborter, dödligheten är tio gånger högre än i Europa. Ofta görs aborterna utanför de medicinska institutionerna, många görs sent.

I Portugal, med en av EU:s hårdaste abortlagstiftningar, gör kvinnor runt 20 000 illegala aborter per år.

Abortresor vanliga

Det är vanligt att europeiska kvinnor reser till andra länder för att söka abort. Också läkare reser för att arbeta och tjäna pengar på att utföra aborter i andra länder. Kvinnors resor kallas abortturism, läkares kallas fri rörlighet av tjänster och arbete. Varje år reser exempelvis mellan 5 000 och 6 000 irländska kvinnor till Storbritannien, numera också till Nederländerna. Enligt IPCD/Kairoavtalet har kvinnor rätt till uppföljning och eftervård på Irland, liksom information om abort. Informationen ska vara saklig och ge råd om de tre alternativen; att föda och behålla barnet, att föda och adoptera bort barnet eller att göra abort i annat land. Kvinnorna kan vid rådgivningstillfället få telefonnummer och adress till abort-

kliniker i andra länder. I Storbritannien kostar en abort före graviditetsvecka 12 cirka 6 000 kronor (680€), i Nederländerna nära 4 000 kronor (390€). Till Nederländerna reser också österrikiska kvinnor, mellan 100 och 200 per år.

Nya tekniker har gjort abort skonsammare och säkrare. Medicinsk abort kan innebära en revolution för världens kvinnor. Akut p-piller (som ibland kallas dagen-efter-piller) har blivit mer accepterade, inte minst i Europa där de går att köpa utan recept i tio länder. Men de är fortfarande kontroversiella i stora delar av världen. Vissa länder har efter påtryckningar från religiösa fundamentalister stämplat pillren som abortmetod. I många länder finns en utbredd ovilja att göra akuta p-piller lättillgängliga.

Oppositionen infiltrerar

Det preventiva arbetet i Europa ifrågasätts ofta och högröstat av dem som ibland kallas Oppositionen. En strategi har varit att arbeta för att fler länder ska få så kallade moraliska undantag, som Polen. Man arbetar för att samvetsklausuler i känsliga frågor ska få laglig status och för att splittra EU:s medlemsstaters stöd till Kairoagendan, FN:s befolkningsfond (UNFPA) och den internationella familjeplaneringsorganisationen (IPPF).

Oppositionen finns för närvarande på många håll i specialiserade organisationer och i vissa regeringar. Vatikanstaten och den katolska kyrkan har t.ex. en förlängd arm in i FN. Aktiva oppositionspersoner finns i alla parlament. De bearbetar konservativa grupper och religiösa samfund. Enskilda EU-parlamentariker finns nära lobbygrupperna och de religiösa grupperna. I arbetet angriper man jämställdhet mellan män och kvinnor, homo- och transpersoners rättigheter, motarbetar sexualundervisning, kvinnors rätt att besluta om abort och andra rättigheter kopplade till sexualitet och reproduktion.

En taktik är att sprida felaktig information, som att abort ökar risken för bröstcancer. Lögner, förolämpningar och opportunistiska allianser är andra metoder. Prostitutionsfrågan har varit viktig. Förföljelser av personer och våld har förekommit. Man ger ord nya innebörder. Abort kallas ett barn fött i förtid. Akuta p-piller beskrivs som tvångsabort när det ges till våldtagna kvinnor i flyktingsituationer. Man försöker att svärta ner Kairoagendan genom att kalla den en lesbisk och feministisk agenda.

Därtill finns en kanske växande anti-choicerörelse i Europa. De stora USA-baserade organisationerna har utökat sina nätverk under de senaste åren och öppnar kontor i Europa, framför allt i Bryssel. Ofta har organisationerna specialiserat sig. Flera av dem använder till synes neutrala namn som lätt kan förväxlas med organisationer med annan agenda eller med forskningsinstitutioner. *Population research institutet, PRI*, ägnar sig huvudsakligen åt att sprida lögn om FN:s befolkningsfond (UNFPA) med målet att urholka dess budget och förmå EU att sluta ge bistånd till området sexuella rättigheter och SRHR. *Stop IPPF* arbetar för att stoppa den globala paraplyorganisationen för familjeplaneringsorganisationer (IPPF). *C-FAM, Catholic Family Human Rights Action League* lobbyar i EU, *C-AFRI* i FN och *World Youth Alliance* är en ungdomsorganisation.

Kommer de att lyckas?

Nej, inte om det finns tillräcklig medvetenhet och kunskap om vad som pågår. För det krävs att frivilligorganisationer, politiker och regeringar bestämmer sig för att inte låta redan fattade beslut, som är centrala för människors liv och hälsa, urholkas och tillintetgöras.

Efterföljande diskussion:

Hur kan prostitution och trafficking kopplas till abortfrågan?

Katarina Lindahl tog upp som exempel att den svenska regeringen har gått ut i samarbete med Bushadministrationen i projektet *Join hands to fight trafficking*. Samtidigt är Bushadministrationens uppfattning att varje organisation som arbetar med prostituerade ska förnekas amerikanska pengar. Det slår mot projekt i Kenya där man arbetar för att förhindra att prostituerades barn ska smittas av hiv när de föds. Det slår också mot alla projekt som över huvud taget arbetar med prostituerade i preventivt syfte.

Bushadministrationens hållning får allvarliga konsekvenser och det går inte att låtsas att man bara arbetar med trafficking, enligt Katarina Lindahl. Trafficking är en avstampsfråga för att höja Bushadministrationens trovärdighet i frågor som rör reproduktion och sexualitet. Men den har en helt annan agenda än de länder som den söker samarbete med.

Abortfrågan inom EU

Maria Carlshamre, (fp), Europaparlamentet

Varje EU-land har sina egna abortlagar. Men abortfrågan bör föras upp på europeisk nivå. Utifrån argument om mänskliga rättigheter, hälsoskäl, fri rörlighet och rättviseaspekter finns det stöd för en liberal hållning i EU-parlamentet och i EG-fördrag. Den lilla moralkonservervativa gruppen i parlamentet är liten och tas inte på allvar.

Fyra argument som gör abortfrågan till en EU-fråga

När abortfrågan diskuteras i EU handlar det om situationen i olika medlemsstater och frågan om subsidiaritet, som gör abort till en nationell fråga. Det har funnits en obefogad rädsla hos vissa EU-parlamentariker att ta upp abortfrågan på EU-nivå, exempelvis för risken att den svenska abortlagen ska begränsas. Men de som är för inskränkningar struntar i frågan om subsidiaritet.

Även om frågan om abort inte är gränsöverskridande på liknande sätt som handelsfrågor, miljöförstöring, trafficking och internationell brottslighet, finns det skäl att argumentera för att den ska hanteras på EU-nivå, och utifrån motiveringar som redan har stöd i parlamentet och i EG-fördrag:

1. Abort är en fråga om mänskliga rättigheter

Argumentet har stöd i befintliga fördrag, som Amsterdamfördraget. Det skulle ha stärkts med den nya konstitutionen som nu lagts på is. I den finns ett tydligt ställningstagande för att bekämpa olikheter och arbeta för jämställdhet mellan män och kvinnor, också i hälsofrågor. Fri och säker abort är egentligen en självklarhet. Det borde också vara en mänsklig rättighet att bestämma över sin kropp. I förlängningen innebär det att en kvinna ska ha rätt att bestämma om hon vill vara gravid eller inte. Sverige bör därför ta sitt solidariska ansvar för att ge alla kvinnor reproduktiva rättigheter och tillåta att utländska kvinnor kommer hit för abort. Frågan har också en historisk dimension. Svenska kvinnor åkte till Polen när abort inte var tillåtet i Sverige. I dag stoppar vi våra gränser för polska kvinnor som inte får abort i hemlandet.

Det kontroversiella är inte att tala om reproduktiv hälsa utan om reproduktiva rättigheter. Det är där striden står. Det som hände när *Women on Waves* inte tilläts komma in i Portugal var att frågan kom upp på EU-parlamentets bord. Vi fick en helt ny diskussion i parlamentet. Det blev exempelvis uppenbart för allt fler att portugisiska kvinnor åker till Spanien för att genomgå abort, trots att lagstiftningen är ungefär identisk i de båda länderna. Det är implementeringen och praxis som skiljer sig åt.

2. Hälsoskäl

Kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa är inskriven i internationella överenskommelser som alla EU-länder har ratificerat. Hälsifrågan är en nyckelfråga och är lätt att argumentera för, även bland dem som är tveksamma till abort av andra skäl.

Även om man förbjuder abort, minskar inte antalet aborter i någon större utsträckning, de blir illegala. Varje år utförs omkring 20 000 illegala aborter i Portugal och landet har bland det högsta antalet tonårsgraviditeter i Europa. Många kvinnor vårdas på sjukhus efter illegal abort. Ett annat klassiskt exempel är Rumänien. Där förbjöd man abort under en period på 1960-talet. Dödligheten i illegala aborter rakade i höjden för att sedan gå ner igen när aborterna legaliserades.

3. Den fria rörligheten av kunskap, erfarenhet och människor

Det är en av grundpelarna i de fördrag som finns och ger EU-medborgarna rätt att både erbjuda och ta del av tjänster i andra länder. EU-kommissionen är fördragets vakthund, som ska se till att medlemsländerna följer principen om fri rörlighet. Den ger kvinnor rätt att söka sjukvård utanför sitt eget land. Efter aktionen mot *Women on Waves* konstaterade kommissionen att principen om fri rörlighet ska följas av varje medlemsland. Men den gick inte in på frågan om Portugal brutit mot en av grundprinciperna.

Rätten till fri abort avgörs i dag av medlemsländerna själva. Men det får inte förhindra att de tjugofem medlemsländerna för en diskussion om sexualupplysning, preventivmedel och abortlagstiftning, liksom att kunskap utbyts om fakta och statistik för att finna bästa praxis. Om det går att visa att strängare abortlagstiftning inte

minskar antalet aborter utan leder till att fler kvinnor dör till följd av illegala aborter, så finns ett starkt argument för att utifrån ett hälsoperspektiv hävda att länder med tillgång till fri abort fungerar bättre. Och det finns skäl att idka självkritik också bland dem som är för fri abort. Varför är exempelvis antalet aborter i Sverige nästan dubbelt så många som i Nederländerna med likartad lagstiftning?

4. Rättviseaspekten

Den påverkas inte av en svensk lagändring. Även om utländska kvinnor ges rätten att söka abort i Sverige, kommer de att få betala för vården. Det drabbar de fattigaste kvinnorna.

Inga EU-hinder för lagändring

Kommissionen har poängterat att även om hälso- och sjukvården i första hand är medlemsstaternas ansvarsområde, ger samarbete på europeisk nivå stora fördelar för patienter och hälsosystemet i sin helhet. Och man poängterar att medborgarna har rätt att söka hälsovård också i andra medlemsstater om de så önskar.

När den dåvarande kommissionären svarade på en fråga om en lagändring skulle vara ett brott mot EG:s grundregler om ömsesidig respekt, var han väldigt tydlig. Tvärtom, Sverige har rätt att stifta en ny lag och att ge möjligheter för kvinnor från andra länder att få sådan vård. Det utgör inget brott mot EG:s grundläggande regler.

Efterföljande diskussion

Att kvinnor i andra EU-länder inte kan åka till Sverige för att göra abort beror inte på EG-reglerna utan på vår egen lagstiftning. Det är den som vi överväger att ändra, underströk dagens moderator och utredaren Eva Eriksson.

Frågan om skillnaderna i de nederländska och svenska abortsiffrorna kommenterades av publiken. Att abortsiffrorna i Sverige är nästan dubbelt så höga, trots att lagstiftningen är ungefär densamma i de båda länderna, kan bero på olika sätt att redovisa abort. Innan fri abort infördes i Nederländerna fanns det en tradition att utföra en sorts menstruationsreglering, en metod att med plaströr

suga ut livmoderns slemhinna och en eventuellt påbörjad graviditet. Metoden liknar den som utförs vid mycket tidig kirurgisk abort. Men ingreppen bokfördes aldrig som abort i statistiken.

Statistik är komplicerat, samtidigt framhölls hur viktigt det är att göra internationella jämförelser, exempelvis görs betydligt färre tonårsaborter i Sverige än i Storbritannien och USA. Även Eva Eriksson återkom till frågan om statistik. Ett grundproblem när man diskuterar illegala aborter är att siffrorna bygger på uppskattningar. Det försvårar debatten och leder till att den ibland i stor utsträckning kommer att handla om vems/vilka siffror som ska anses trovärdiga. Men den osäkerheten får man acceptera och förlita sig på den sakkunskap som finns.

En frågeställare ville veta om EU hade fastslagit någon form av moralisk rätt, dvs. fastställt vad som är moraliskt riktigt, när länder som Malta och Polen getts moraliska undantag. Och finns den rätten i så fall dokumenterad? Beskeden från flera av föredrags-hållarna var att något sådant ställningstagande eller dokument inte finns. Diskussionerna fördes i samband med medlemsförhandlingarna och Maltas och Polens så kallade moraliska undantag är inget avtal utan löften om att ländernas lagar inte ska påverkas.

Abortpolitiken i Sverige under 1900-talet

Lena Lennerhed, docent i idéhistoria, Södertörns högskola och RFSU

I Sverige utfördes mellan 10 000 och 24 000 illegala aborter år 1934 enligt statliga utredningar. Av historien kan vi lära oss att kvinnor gör abort oavsett om det är tillåtet eller inte. Alla slags kvinnor gör abort, inte enbart unga, ensamstående eller "utsläpade". Kvinnor reser för att få abort, i ett modernt samhälle troligen mer än någonsin. I dag är abortfrågan politisk och internationell på ett sätt som den knappast har varit tidigare.

Det är en vanlig uppfattning att 1900-talet kännetecknas av ökad liberalisering i abortfrågan, från förbud till frihet, från strafftänkande till rättighetstänkande. Den bilden är riktig på många sätt, men den kan också utmanas och problematiseras.

Synen på abort och straffen som utmätts har skiftat under historiens gång. Idén om att livet börjar vid befruktningen är gammal och går tillbaka ända till antiken, men har haft sällskap av andra uppfattningar. I svensk lagstiftning infördes den 1734. Före 1864 stadgades dödsstraff för fosterfördrivning (bälgmord). Men rättsfallen var få och det är osäkert om en kvinna någonsin avrättats. Före 1734 bestraffades en kvinna endast efter kvickningen (de första fosterrörelserna). Med andra ord fanns, i Sverige liksom i många andra länder, en acceptans för tidiga aborter. Det är dock inte säkert att kvinnorna själva uppfattade det som abort att exempelvis inta sävenbomsolja, det sågs som ett sätt att reglera menstruationen.

Utifrån 1864 års liberalare lag kunde kvinna och abortör/medhjälpare få fängelse, och rättsfallen blev fler. En möjlig förklaring är att antalet illegala aborter faktiskt ökade och att aborter blev synligare i samhället, exempelvis genom annonser i pressen för sprutor och sonder. En annan förklaring är en ökad problematisering av aborter från samhällets sida. Det fanns hos många en förståelse för att kvinnor i nöd gjorde vad de kunde för att slippa fler barn.

Under 1900-talet fick kvinnor som dömdes för abort endast villkorlig dom. Men aborterna skulle ändå motarbetas. Man talade om "abortmentalitet", orsakad av tidens materialism och egoism, att kvinnor inte förstod eller smet undan sin modersplikt.

Abortörerna bestraffades med flera års fängelse och det bedrevs propaganda mot dem. Samtidigt förbjöds upplysning om preventivmedel år 1910.

Abortfrågan blir politisk

Under 1920-talet togs abortfrågan upp på allvar i den politiska debatten. Krav på lagändring restes från kommunister i riksdagen, feministiska läkare och det socialdemokratiska kvinnoförbundet, och under 1930-talet från bland andra det nybildade RFSU. År 1934 föreslog den socialdemokratiska justitieministern Karl Schlyter att abort skulle få utföras av humanitära, eugeniska eller sociala skäl. Medicinskt berättigad abort var redan praxis. Abortkommittén tillsattes. Förslaget, som gick på Schlyters linje, avstyrktes dock i lagrådet 1935. Det kontroversiella i förslaget var att abort skulle tillåtas på social indikation. Att förslaget inte gick igenom väckte starka protester.

Under samma tid fylldes tidningarna av artiklar om aborthärvor, om avslöjade abortörer, om döda och skadade kvinnor. Mellan 10 000 och 24 000 illegala aborter utfördes år 1934 enligt statliga utredningar. Men uppgifterna är osäkra. År 1934 avled i genomsnitt en kvinna i veckan efter illegal abort.

Berlinresor var en utväg

De illegala aborternas historia är av naturliga skäl dunkel. Det vi vet, vet vi framför allt genom rättegångshandlingar, statistik och sjukhusjournaler. Men de allra flesta illegala aborter har inte lämnat några spår i källmaterialen. Många gick bra trots tidens retorik om snikna och snuskiga kvacksalvarabortörer och farliga aborter. En del kvinnor reste utomlands, ”Berlinresor” var ett begrepp under 1920-talet. I Sverige avslöjades storabortören Olofsson som uppträdde som läkare med klinik och allt. Han åtalades för hundratals illegala ingrepp, samtidigt med över 150 kvinnor. Olofsson var troligen en av Sveriges skickligaste abortörer på den tiden. Men han var inte läkare. Han hade arbetarbakgrund och sexårig folkskola bakom sig.

Olofssonaffären visar att abortörer som inte var läkare kunde vara skickliga och att det inte bara var utsläpade, fattiga flerbarns-

mammor eller övergivna, unga kvinnor som gjorde illegal abort. Olofsson var dyr. Till honom kom medelklassens kvinnor. Majoriteten av de åtalade var gifta eller förlovade och mellan 20 och 35 år. Det var kvinnor som inte ville ha barn eller som önskade skjuta upp sitt barnafödande på grund av yrkesarbete. Om detta talades det knappast alls, antagligen för att det stred mot tidens ideal. Kvinnlighet var starkt kopplat till moderskap.

1930-talets människosyn slår igenom i abortlag

Befolkningsfrågan var central under 1930-talet. Hotbilden var den låga nativiteten och de "undermåligas reproduktion", det vill säga att medborgare med förmodat "goda" arvsanlag skaffade få barn medan de med förmodat "dåliga" anlag fick många.

Befolkningskommissionen, som tillsattes 1935, fick även abortfrågan på sitt bord. Dess förslag var i princip det som antogs av riksdagen 1938, Sveriges första abortlag som accepterade vissa aborter. Från och med 1938 kunde en kvinna ansöka om abort på medicinsk, humanitär, eller eugenisk indikation. Eftersom abort redan utfördes på medicinsk indikation och de humanitära aborterna var få, innebar lagen i praktiken att eugeniska aborter började göras. Ofta på villkor att kvinnan steriliserade sig. Abort accepterades inte av sociala skäl, om kvinnan var bostadslös, arbetslös, fattig eller ensamstående (vanära). Tanken var att det sociala reformarbete som planerades skulle avhjälpa behoven.

Efter lagens tillkomst utfördes mellan 440 och 700 aborter per år. Legaliseringen av abort fick därmed liten effekt på de illegala. Kvinnor fortsatte att göra illegala aborter, och under krigsåren ökade de troligen ännu mer. Om det vittnade tidens läkare, liksom att fler åtalades för abort.

Krav på fri abort en chock

År 1946 infördes en socialmedicinsk indikation som tog hänsyn till vad ett barn skulle innebära för kvinnans framtida kroppsliga och själsliga krafter. Ett abortförebyggande arbete startade. Speciella abortkuratorer skulle informera om samhällets stöd för att förmå kvinnor att föda i stället för att göra illegal abort. De skulle också hjälpa kvinnorna med vad som uppfattades som tillräckliga skäl för

ansökan. Under 1950-talet blev Medicinalstyrelsen mer restriktiv med tillstånd till abort. År 1951 var de legala aborterna drygt 6 000 per år, åren runt 1960 cirka 3 000. Hur många de illegala aborterna var finns inga säkra uppgifter om.

Med ökad välfärd, bättre hälsa, ökat stöd för mödrar och barn liksom tillgängliga preventivmedel antogs behovet av abort minska. När krav restes 1963 på att släppa aborten fri var det en chock för många. Som skäl anfördes kvinnans frihet, hennes rätt att bestämma över sitt liv och barnets rätt att vara önskat. Frihetsargumentet var nytt. Tidigare uppfattades abortfrågan främst som en social eller medicinsk fråga. Det kontroversiella kravet kom från liberala och socialdemokratiska ungdoms- och studentorganisationer och de flesta partier och organisationer tog till en början avstånd. Först i efterhand blev det en kvinnofråga.

Polenaffären

Så inträffade 1965 den så kallade Polenaffären. Det hade kommit till polisens kännedom att svenska kvinnor åkte till Polen där abort var legalt och gjorde abort. Åtal förbereddes, polisen gjorde husrannsakan hemma hos den ungliberala redaktören Hans Nestius, som förmedlat uppgifter om resor och adresser till polska gynekologer. Affären fick stort utrymme i media, opinionen svängde och regeringen gav de inblandade åtalseftergift. Hur många kvinnor som reste till Polen är okänt. Hans Nestius själv uppskattade att cirka 1 000 kvinnor hade hört av sig till honom med förfrågningar.

Unga kulturradikaler gick i spetsen för fri abort. Traditionella kvinnoorganisationer liksom även dåtidens RFSU var ambivalenta. För den nya kvinnorörelsen Grupp 8, bildat 1970, var fri abort ett centralt krav. Strax efter Polenaffären tillsattes den statliga utredning som 1971 lade fram sitt betänkande och som, efter ytterligare debatt, resulterar i att fri abort införs i Sverige 1975 efter beslut i riksdagen 1974.

Abort och etik

Christian Munthe, Professor i praktisk filosofi vid Göteborgs universitet, sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd

Utifrån moraliska aspekter är det svårt att dra några bestämda slutsatser om rätt och fel i synen på abort i individuella fall. Men det är viktigt att hålla isär olika aktörer och frågor. För den gravida kvinnan är frågan om hon ska göra abort eller inte. För politikerna hur en viss samhällsreglering ska utformas. Det leder till olika typer av handlingar med olika konsekvenser. Det finns flera olika handlingsalternativ och frågor om den svenska abortlagstiftningen ska ändras.

Kan det någonsin, och i så fall under vilka omständigheter, vara rätt att göra abort? Eller vilka regleringar, om några, bör samhället ha med avseende på abort? Det finns inga slutgiltiga svar på frågorna. Vilken övergripande moralisk hållning man än utgår från är det svårt att dra några specifika slutsatser i det enskilda fallet. Handlingsalternativen ser olika ut för olika aktörer: Den gravida kvinnan, sjukvårdspersonal och andra (kvacksalvare), politiker och i slutändan, i demokratiska länder, väljarna. Det är viktigt att hålla isär de olika aktörerna och frågorna.

Hur man än besvarar den ena frågan så är svaret inte givet på den andra. Även om man anser att aborter är problematiska eller till och med fel, så följer inte automatiskt att de ska vara förbjudna i lag. Ett argument kan exempelvis vara att ett förbud gör en ond sak värre. Eller omvänt, att även om man anser att aborter är förhållandevis oproblematiske så följer inte automatiskt att de ska vara tillåtna. Det kan finnas andra skäl att förhålla sig restriktivt ur samhällets synvinkel, exempelvis ekonomiska.

För att komma fram till ett handlingsalternativ kan resonemangen föras utifrån olika premisser. Endera att samhällets regleringar och politik ska försöka *förverkliga* de moraliska ideal som man tycker är viktiga. Då blir resonemangen pragmatiska, som att aborter utförs även om det är förbjudet. Eller att det viktiga med politiken är att den *uttalar* moralen, snarare än att den förverkligar moralen. Det är ett mer symboliskt/fundamentalistiskt sätt att förhålla sig till grundfrågorna. Båda förhållningssätten förekommer.

Ståndpunkter för och emot

Frågan om det är rätt eller fel att göra abort kan besvaras utifrån olika abortetiska positioner. Den konservativa är att abort alltid är fel, utom kanske om kvinnans liv står på spel. Den liberala att abort alltid är rätt om kvinnan önskar det och inga andra starkt vägande skäl talar emot, som medicinsk säkerhet. Däremellan finns moderata positioner med en generösare hållning än den konservativa utan att gå så långt som den liberala. En variant är att framhålla flera undantag än enbart risken för kvinnans liv som skäl att tillåta abort, som kvinnans allmänna hälsa, våldtäkt eller ofrivilliga graviditet. En annan variant är att sätta en tidsgräns för abortens genomförande.

Därutöver finns ytterligare positioner. Den radikala går längre än den liberala och står för att det ibland är fel att inte göra abort. Den extrema (teoretisk numera) positionen att det i vissa fall kan vara rätt att göra abort mot kvinnans vilja.

Två argumentationsmodeller

Argumentationen blir olika utifrån olika förutsättningar. Utgångspunkten för argumenten om fostret står i centrum är att det finns en egenskap, som är sådan att om en varelse har den så är det fel att döda denna varelse. Finns det absoluta gränser för när fostret får denna egenskap eller finns det grader av egenskapen? Det är ett problem för alla kriterier utom för det rent biologiska (homo sapiens), som däremot är mest tveksamt ur moralisk synvinkel. Men hur drar man gränsen för när fostret kan anses ha en själ, ett medvetande/känner smärta, har förnuft/själsliga förmågor eller självmedvetande?

Om egenskapen ökar gradvis borde det rimligen också reflekteras av dess moraliska betydelse. Det blir i så fall mer moraliskt allvarligt att döda någon med exempelvis en högre grad av medvetande än att döda någon med en lägre grad. Men då blir nästa fråga varför diskussionen bara ska gälla fostret, egenskaperna kan ju innehas också av andra individer.

Det kan då finnas andra konsekvenser än bara dödandet som är viktiga att reflektera över ur moralisk synvinkel och som blir relevant i en abortsituation. Det blir således ännu svårare att argumentera när fostret är en av flera: Fostret har viss moralisk betydelse.

se liksom andra med moralisk betydelse; barnet som fostret kan utvecklas till, kvinnan, mannen, andra möjliga barn, sjukvårdspersonalen, samhället och hela världen. Alla parter med olika intressen måste vägas mot varandra. Ingens intresse förmår uppväga någon annans utan det krävs kombinationer av argument. Om vi tar det enkla, att en kvinna inte har planerat att bli gravid. Är det ett tillräckligt argument för att det ska vara rätt att göra abort? Inte nödvändigtvis, kvinnan kanske skulle ändra sin inställning under graviditetens gång. Så finns också de som hävdar att det enbart är kvinnans intresse som spelar roll och att de andras argument därför har försvinnande liten betydelse.

Mitt budskap är att oavsett argumentationsmodell är det svårt att dra bestämda slutsatser. Det går bara att komma fram till en entydig uppfattning utifrån förenklade resonemang.

Abortetik och internationell politik

I Sverige förbehåller vi oss rätten att stifta våra egna lagar, som tillåter handlingar som kan vara förbjudna i andra länder. Det är lagar som tillämpas även på tillfälliga besökare i landet. Andra länder gör likadant. Men det gäller endast lagar som tillåter en handling (negativ rätt). Men den svenska abortlagen är inte en sådan lag, den är också knuten till vårt välfärdssystem. Lagen inte bara tillåter abort, den ger kvinnan rätt att få sin abort utförd på ett allmänt sjukhus (positiv rätt).

Det kan jämföras med Storbritannien, som också tillåter abort (negativ rätt). Men även om National Health Service tillhandahåller hjälp med aborter är den rätten inte inskriven i lag. Kvinnor som kommer från ett EU-land kan alltså göra abort i Storbritannien, det är tillåtet, men aborten görs privat.

Hur ska vi prioritera? *Ska en svensk lagändring innebära negativ rätt till abort för utländska kvinnor, som i Storbritannien, eller ska kvinnorna också få tillgång till den offentliga hälso- och sjukvården?* Det går att analysera frågan utifrån olika argument:

Svar 1: nej bara de som är bosatta i riket ska ha rätt att nyttja offentlig vård i Sverige. Det är vad som sägs i den nuvarande svenska abortlagen.

Svar 2: ja om de själva betalar. Kvinnorna får inte rätt till den offentliga hälso- och sjukvården, men kan utnyttja att abort är

tillåtet. Det förutsätter privata mottagningar eller att landstingen tar betalt. Då blir argumentet att skydda svensk välfärd.

Svar 3: ja efter särskild prövning. Är argumentet att undvika abort-turism, måste en kvinna kunna visa att hon bor i ett land som inte tillåter abort. Kommer kvinnan från ett land som tillåter abort, men väljer Sverige för att abort är billigare här, då kanske man inte skulle tillåta abort av det skälet. Även här är syftet att skydda svensk välfärd.

Svar 4: ja på samma villkor som svenska kvinnor enligt en solidaritetsprincip, ungefär som att utländska turister som saknar försäkringsskydd har rätt till akutsjukvård.

En ytterligare faktor är hur andra länder ser på abort ur moralisk och politisk synvinkel. Kan ett ändrat svenskt beslut leda till internationella komplikationer som är viktiga att ta hänsyn till? Det är viktigt att göra en vettig riskanalys. Jag har personligen ingen som helst aning om i vilken mån detta skulle utgöra en komplikation eller inte. Men i analysen skulle man kunna använda förhållandet mellan Irland och Storbritannien som modell, samtidigt som det inte är riktigt jämförbart med Sverige eftersom lagstiftningarna inte är riktigt densamma.

Efterföljande diskussion

Frågan om fostrets möjligheter till extrauterint liv som argument för att bestämma en övre gräns för abort debatterades. Det finns ingen moralfilosofisk argumentation att bygga ett ställningstagande på, anser Christian Munthe. När man diskuterade den svenska gränsdragningen influerades beslutet i hög grad av diskussioner med i första hand läkarkåren. Gränsen bestämdes utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens situation att ena dagen försöka rädda livet på ett foster, för att nästa dag ta livet av ett annat lika gammalt.

Alla höll inte med om att det var en praktiskt motiverad gräns. I svensk lagstiftning finns en grundläggande princip, som uttrycker en grundläggande moralisk norm, att det är fel att döda. Abortlagens övre gräns vilar då på en princip som är stadfäst i den svenska lagstiftningen, nämligen att det rör sig om enskilda individer med självständig existens. Det som benämns extrauterin livsduglighet, att fostret har förmåga att självständigt existera, är en

gräns. När man sänkte abortgränsen, från början av graviditetsvecka 28 till vecka 22, och i praktiken till vecka 18, är det ett uttryck för en grundläggande etisk ståndpunkt.

I sin kommentar framhöll Christian Munthe att han aldrig sett den ståndpunkten försvarad i den abortetiska litteraturen. Tvärtom är den väldigt problematisk, Sverige är inte ensamt om att sätta en övre gräns. Om förmågan att utan assistans kunna leva utanför någon annans kropp, ska vara kriteriet för när man får/inte får döda hur ska man då förhålla sig till andra individer som för sin överlevnad är beroende av andra? Det är stora problem med en sådan grundläggande moralisk princip.

Däremot höll Christian Munthe med om den första analysen, att lagstiftningen bygger på principen att det är fel att döda. Utgångspunkten för hela abortdiskussionen är att vi ser väldigt allvarligt på dödandet, och abort är en situation som ger utrymme för att döda. Och inom vilka gränser? I Storbritannien kan en kvinna exempelvis få abort när fostret har passerat gränsen för livsduglighet om man konstaterar någon mildare form av fosterskada.

Antal aborter, abortmetoder och praxis i Socialstyrelsens rättsliga råd

Marc Bygdeman, Professor emeritus, kvinnokliniken vid Karolinska universitetssjukhuset, sakkunnig i Socialstyrelsens rättsliga råd

Det är ovanligt att utländska kvinnor söker abort i Sverige. Den svenska abortlagen är mycket restriktiv när det gäller utländska kvinnors möjligheter att få abort. Av 75 utländska kvinnor som sökte abort fick 67 sin ansökan beviljad (2003). Alla sex kvinnor som kommit till Sverige enbart för att söka abort fick avslag. Om abortlagen ändras är det viktigt att inte bara välbeställda kvinnor kan söka sig hit. Kostnaderna får inte bli ett nytt hinder.

Under hela mitt professionella liv har jag bedrivit forskning för att utveckla bättre abortmetoder som är skonsammare för kvinnan. Man kan tycka att det skulle vara ett okontroversiellt forskningsområde, men så är det inte. Det förefaller finnas en uppfattning att aborter ska vara så besvärliga, så påfrestande, så smärtsamma som möjligt för kvinnan. Det är tacksamt att överväga ibland.

En av de stora fördelarna med en liberal abortlag, som inte kräver väntetider och utredningar, är att aborterna kan utföras tidigt. Tidiga aborter minskar risken för komplikationer, abortmetoderna är betydligt enklare än senare under graviditeten och behandlingen kan ske i öppen vård.

Mellan 30 000 och 35 000 aborter per år

Sedan den svenska abortlagen infördes 1975 har antalet aborter varierat mellan 30 000 och 35 000 per år. Undantag är några år i slutet av 1980-talet med drygt 37 000 aborter. Det innebär att en graviditet av fyra slutar som abort. De allra flesta aborter, 93 procent, görs före utgången av graviditetsvecka 12. Få aborter görs efter vecka 18, endast 0,7 procent av samtliga aborter (2003). Om graviditeten överskrider 18 veckor måste kvinnan söka tillstånd hos Socialstyrelsens rättsliga råd. För att få aborten beviljad krävs synnerliga skäl. Dessa var för år 2002 fosterskada (53 procent), sjukdom hos kvinnan (9 procent) och psykosociala skäl, som missbruk, kriminalitet, asocialitet eller mycket unga flickor (38 pro-

cent). Övre gränsen för abort är fostrets livsduglighet, som för närvarande anges till utgången av graviditetsvecka 22.

Avslag för abortturister

Det är ovanligt att utländska kvinnor söker abort i Sverige. Abortlagen gäller endast svenska medborgare eller utländska kvinnor som stadigvarande bor i Sverige. Till denna grupp hör också flyktingar och invandrare som väntar på besked om uppehållstillstånd. Övriga utländska kvinnor, oberoende av graviditetens längd, måste söka tillstånd till abort hos Socialstyrelsens rättsliga råd och det måste finnas särskilda skäl för att abort ska beviljas.

Under 2003 ansökte 76 utländska kvinnor om abort, de allra flesta under tidig graviditet. Av dessa fick 67 bifall, 8 avslag och i ett fall fick kvinnan missfall innan ärendet behandlades. Flest ansökningar kom från kvinnor från Thailand (15) och Polen (9). Vid ansökningstillfället var graviditeten i medeltal 9 veckor och 1 dag. Av de 67 kvinnor som fick bifall hade 11 passerat graviditetsvecka 12.

De vanligaste skälen till att abort beviljades var att kvinnorna hade en svensk man och att graviditeten tillkommit i Sverige. Även kvinnor som blivit gravida utomlands, men med svensk man, fick aborten beviljad. Studier i Sverige var också ett godkänt skäl, samtliga sju kvinnor som studerade här och som blivit gravida här med utländsk man fick aborten beviljad.

I fyra ärenden, där kvinnorna inte blivit gravida i Sverige och med utländska män, bedömde Socialstyrelsens rättsliga råd att det fanns andra särskilda skäl och beviljade abort.

De flesta kvinnor som fick avslag, 6 av 8, hade sökt sig till Sverige för att få abort då man hade vänner eller släkt här. Det framgick av ansökan att kvinnan hade blivit gravid utomlands och att mannen inte var svensk. Avslag fick också ett gift par från Ecuador på besök i Sverige. Kvinnan blev sannolikt gravid under vistelse här men skälet till abortansökan att man inte orkade med fler barn ansågs inte tillfyllest. Avslag fick också en kvinna från Thailand med svensk pojkvän där det var osäkert om kvinnan blivit gravid i Sverige eller i hemlandet.

Skonsammare tekniker ju tidigare aborten sker

Vid tidiga aborter sker behandlingen i öppen vård. Medicinsk abort utförs till och med vecka 9. Den efterliknar det spontana missfallet. Kvinnan tar först ett piller med antiprogesteron som förbereder livmodern för värkarbete (progesteron är kroppens graviditetsbevarande hormon). Efter 36-48 timmar tar hon ett prostaglandinpreparat, som stimulerar värkarbetet. Det sker vanligen på sjukhus för bättre övervakning och smärtlindring, även om Socialstyrelsen tillåter att det sker i hemmet. Ett krav är att efterkontroll görs efter 2-3 veckor för att bedöma behandlingsresultatet.

Kirurgisk abort, vakuumaspiration, utförs till och med vecka 12. Den görs antingen i narkos eller med lokalbedövning. Foster och moderkaka suges ut sedan livmoderhalskanalen vidgats med metallstift. Själva ingreppet tar 10-15 minuter. Patienten går hem ett par timmar efter avslutat ingrepp.

Sena aborter efter utgången av graviditetsvecka 12 görs i två steg. Den vanligaste metoden är att kvinnan först får antiprogesteron som vid tidig medicinsk abort. Efter 24-48 timmar tas kvinnan in på sjukhus och behandlas med prostaglandin. Behandlingen upprepas med 3-6 timmars intervall tills kvinnan aborterar vilket i medeltal dröjer 8-10 timmar. Värkarbetet är smärtsamt och det är viktigt att kvinnan får effektiv smärtlindring och ett empatiskt omhändertagande. I 15-20 procent av fallen avgår inte moderkakan i samband med att fostret stöts ut och en skrapning behöver göras. Denna sker i narkos. Om aborten är okomplicerad får kvinnan lämna sjukhuset efter några timmar

Efterföljande diskussion:

Vilka skulle följderna bli om den svenska lagen ändras så att utländska kvinnor kan få abort i Sverige?

Uppfattningen är att kvinnor i länder där det redan i dag är vanligt att göra abort utomlands kommer att fortsätta att söka sig till de länder de redan åker till. Spanska och portugisiska kvinnor far till Nederländerna, österrikiska kvinnor likaså, medan irländska kvinnor väljer Storbritannien. Närmast tillhands är att kvinnor från Polen kommer att söka sig till Sverige. Men det är tveksamt om antalet blir så stort. Det finns en väl utbyggd illegal verksamhet i Polen och kostnaderna för abort i Sverige kan bli ett oöverstigligt

hinder för många. Enligt utredningen skulle man ta fullt betalt. Men, ansåg Marc Bygdeman, det är svårt att acceptera att bara välbeställda kvinnor ska kunna komma hit.

Vad betyder abortförebyggande insatser?

Marc Bygdeman menade att svenska kvinnor visserligen är väldigt bra på att skydda sig mot oönskade graviditeter. Men skulle vi satsa mer på förebyggande insatser som återkommande information om preventivmedel, utökad subvention av preventivmedel och utökad satsning på ungdomsmottagningar kanske aborttalen kan reduceras till hälften. Gotlandsprojektet är ett exempel på detta.

Vilka regler gäller för att söka vård i Sverige?

Hasse Knutsson, handläggare vid avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Det finns ett inarbetat system inom EU för vad som gäller när EU-medborgare får vård i ett annat land. Men det är osäkert om andra länder skulle ersätta kostnaderna för en kvinna som reser till Sverige för att göra abort. Det är kvinnan själv som får betala. Tidig abort inom öppenvård kostar mellan 4 700 och 7 000 svenska kronor. En sen abort inom slutenvård kostar från 15 000 kronor och uppåt.

Svenska landsting har stor erfarenhet av att tillämpa EG:s regler för hälso- och sjukvård. Det finns ett väl etablerat system inom EU för att EU-medborgare ska kunna få sjukvård i andra länder inom unionen. Det gäller såväl akut behandling som planerad vård.

Vårdkostnaderna regleras på olika sätt beroende på vilken vård som ges och under vilka villkor patienten vistas i Sverige. Försäkringskassan kan skicka räkning till motsvarigheten till försäkringskassa i det land patienten är försäkrad eller patienten kan själv stå för hela kostnaden och i efterhand begära ersättning i hemlandet.

Det är dock mycket osäkert om försäkringskassorna i hemländerna skulle betala för aborter utförda i Sverige. Det är kostnader som kvinnan själv i så fall får stå för. Kostnaderna för en abort varierar beroende på ingreppets art. Tidig abort inom öppenvård kostar 4 700–7 000 svenska kronor. En sen abort inom slutenvård kostar från 15 000 kronor och uppåt.

Regler för EU-medborgare som söker vård i Sverige

1. EU-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige

För EU-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige ska landstinget tillhandahålla nödvändig vård. Hit räknas akutvård och annan medicinsk vård, kontroller och prover liksom förebyggande mödra- och barnavård, som krävs för att besökaren inte ska behöva återvända till hemlandet under vistelsen här. Bedömningen görs av behandlande läkare. Vården betalas av hemlandets försäkringskassa. Patienten betalar vanlig patientavgift, alltså samma vårdavgift som andra patienter inom landstinget, eller så betalar patienten själv hela

kostnaden för att i efterhand begära ersättning av hemlandets försäkringskassa.

För planerade sjukvårdsinsatser tar landstingen emot patienter i mån av resurser och överkapacitet. Behandlingen görs upp i förväg, och patienten får sin vård betald av hemlandets försäkringskassa om kassan har utfärdat en betalningsförbindelse.

2. EU-medborgare som arbetar kortare tid i Sverige

En EU-medborgare som arbetar kortare tid än 12 månader i Sverige och därför inte är folkbokförd i Sverige ska vara registrerad hos Försäkringskassan i Sverige. Det innebär att Försäkringskassan står för kostnaderna för både nödvändig och planerad vård. Detta gäller även kvinnor som genomgår abort efter tillstånd från Socialstyrelsen. Försäkringskassan betalar.

3. EU-medborgare som arbetar längre tid än 12 månader i Sverige

Den som bor och arbetar längre tid än 12 månader i Sverige ska vara folkbokförd här och har då rätt till vård på lika villkor som svenska medborgare. Patienten betalar vanlig patientavgift och har tillgång till all slags hälso- och sjukvård. Landstinget står för kostnaderna.

4. Arbetslös EU-medborgare som söker arbete i Sverige

En arbetslös EU-medborgare har rätt att söka arbete i Sverige och har då rätt till vård på lika villkor som svenska medborgare. Hemlandet betalar arbetslöshetsersättningen och eventuella sjukvårdskostnader.

5. Medborgare från länder utanför EU

Patienter som kommer från länder utanför EU saknar rätt till subventionerad vård. Patienterna står själva för kostnaderna av såväl akutsjukvård som planerad vård.

Effekterna för landstingen om utländska kvinnor fick rätten till abort

Kerstin Sjöberg, handläggare vid avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Eftersom man bara kan föra allmänna resonemang utifrån en eventuell framtida efterfrågan som man inte vet särskilt mycket om är det svårt att uttala sig om följderna för sjukvården. Här finns många osäkerheter om hur många kvinnor som kan tänkas komma, från vilka länder de skulle komma, till vilka landsting de skulle söka sig etc. Men landstingen kommer att kunna hantera den nya situationen och skapa policy för verksamheten.

Landstingen har endast skyldighet att tillhandahålla vård (icke akut hälso- och sjukvård) till utländska medborgare som är bosatta inom landstinget, och dimensionerar sin sjukvård därefter. För andra, utländska medborgare som inte är bosatta i Sverige, bedömer landstingen i varje enskilt fall om man har kapacitet och möjligheter att ge planerad vård och behandling.

I dag kan medborgare från andra länder komma hit för vård om de själva/deras hemland står för kostnaderna och vården är planerad. I vissa landsting finns särskilda bolag för att tillhandahålla sådan vård, exempelvis kan islänningar få högspecialiserad vård i Västra Götalandsregionen, specialistvård som inte kan utföras hemma på Island.

Men abort är ett undantag. Aborter faller i och med nuvarande reglering i abortlagen utanför det som gäller för andra vårdåtgärder, nämligen att en vårdgivare kan erbjuda vård till någon som söker sig hit för planerad vård.

Oviss efterfrågan

Egentligen vet vi ingenting om hur många kvinnor som skulle välja Sverige för abort om lagen ändras. Inte heller i utredningen kommer man att kunna bygga sina beräkningar på kvantifierade underlag. Om den framtida situationen kan man bara föra allmänna resonemang utifrån antaganden och förhållanden som man inte vet särskilt mycket om.

Vi vet att kvinnor i många länder gör illegala aborter i stor utsträckning. Eftersom kvinnor redan i dag kan resa till andra europeiska länder för att göra legal abort, är en fråga vilka fördelarna skulle vara att i stället resa till Sverige. Det land som ligger närmast Sverige och där det utförs många illegala aborter är Polen. Av vilka skäl skulle polska kvinnor vid en lagändring välja legal abort i Sverige i stället för en illegal i Polen? Ett skäl skulle kunna vara att det är ett säkrare alternativ att göra aborten i Sverige. Ett annat att här finns en väl utbyggd och fungerande sjukvårdsverksamhet.

Men hur många kvinnor skulle välja att komma till Sverige? 10 kvinnor per månad eller 100 eller fler? Osäkerheten är stor. Om en kvinna skulle söka sig hit är avhängigt av vilken kapacitet som finns att utföra aborter. Är möjligheterna begränsade kommer man inte att söka sig hit, för på detta liksom på andra områden finns en koppling mellan utbud och efterfrågan.

Till vilka landsting skulle polska kvinnor vända sig för att få abort? Landstingen i södra Sverige ligger närmast till som alternativ, liksom storstädernas kliniker. Redan i dag bor många polacker i Sverige. Ändras lagen skulle abort i Sverige antagligen uppfattas som ett lättillgängligt alternativ.

Landstingen vana vid förändring

Utifrån dagens verksamhet skulle den svenska sjukvården kunna erbjuda vård till en mindre grupp kvinnor utifrån. Vid större efterfrågan är det tveksammare om resurserna räcker till inom den verksamhet som bedrivs i dag. Även andra vårdgivare än landstingen skulle kunna tänkas erbjuda behandling. I region Skåne utfördes till exempel ca 160 aborter i fjol på privata kliniker, finansierade via avtal med regionen.

Det blir också allt vanligare att kvinnor reser till andra länder för att få vård inom andra specialiteter av kvinnosjukvård. Kvinnor söker sig exempelvis redan i dag till Ungern och Slovenien för provrörsbefruktning eftersom den behandlingen, enligt uppgifter i media, är både billig och bra i dessa länder.

Kommer en ändrad lagstiftning, som leder till att privata vårdgivare startar/utvidgar verksamhet med abort, leda till att personalresurser skulle ryckas bort från annan sjukvårdsverksamhet?

Också i denna fråga är slutsatsen osäker, men risken måste ändå bedömas som utomordentligt liten.

Landstingens hälso- och sjukvård är en ständigt föränderlig verksamhet. Organisationen är van att verksamheten och efterfrågan skiftar i omfattning inom olika specialiteter liksom att hantera dessa förändringar. Skulle lagstiftningen ändras så att aborter blir tillåtna för utländska kvinnor, kommer landstingen att kunna hantera den nya situationen och skapa policy för verksamheten. Varje landsting får bedöma det läge som uppkommer om lagstiftningen ändras och komma fram till hur man vill förhålla sig.

Diskussion – Ska Sverige öppna sina gränser för abort?

En lagändring förutsätter att samma högklassiga sjukvård och regler ska gälla också för utländska kvinnor. Ingen tror på en anstormning av polska kvinnor om den svenska lagen ändras. En lagändring kanske inte ens behövs enligt juridisk expertis, eftersom den svenska abortlagen antagligen redan är överspelad av EG-fördraget.

Situationen i Polen belystes igen under slutdiskussionen. Man var överens om att det inte kommer att bli någon anstormning av polska kvinnor om den svenska abortlagen skulle ändras. Vid sidan av de fåtal legala aborterna som görs i Polen, pågår en omfattande illegal verksamhet. Mellan 70 000 och 150 000 illegala aborter utförs av den sjukvårdspersonal som tidigare, när abortlagen var liberal, gjorde dem legalt. En abort kostar runt 5 000 svenska kronor (500€). Det skulle inte heller vara straffbart för polska kvinnor att göra aborterna utomlands.

Det framhölls att det också är svårt för polska kvinnor att få information om preventivmedel och tillgång till p-piller. Och att frågan om reproduktiv hälsa inte bara är ett polskt problem, utan viktig i alla EU-länder. Det vanliga är att länder som har restriktiva abortlagar också är negativa till sexualupplysning etc.

Om den svenska lagen ändras, vilket ansvar har svensk sjukvård att göra de efterkontroller som är obligatoriska efter medicinsk abort och att följa upp eventuella komplikationer?

En lagändring förutsätter att samma högklassiga sjukvård och regler ska gälla också för utländska kvinnor. Det finns regler för hur sjukvården ska hantera aborter, också privata kliniker, som rätten att få träffa kurator, preventivmedelsrådgivning etc. För utländska kvinnor har svenska landsting redan i dag ett paket av rådgivande samtal, rätt till tolk etc. En huvudfråga är att abort inte särskiljs från annan sjukvård. Rent praktiskt är abortverksamheten redan i dag flexibel, hur många kvinnor som gör abort varje år varierar. Och ju tidigare aborterna görs, desto skonsammare tekniker och färre komplikationer.

För eftervård krävs inte att samma instans som gjorde aborten också står för kontrollen. Enligt Kairoagendan, som slöts under FN:s internationella konferens om *Befolkning och utveckling* i

Kairo 1994 och är en överenskommelse som 179 länder ställt sig bakom, har kvinnor i alla länder rätt till eftervård efter abort.

Inaktuell abortlag?

Under debatten återkom flera gånger frågan om hur tillämplig den svenska abortlagen är utifrån EG:s regler om EU-medborgares rätt till fri rörlighet inom EU och rätt att få sjukvård i andra medlemsstater. I slutändan blir tolkningen avgörande för hur radikal en eventuell föreslagen lagändring blir i praktiken. Är det i själva verket så att den svenska abortlagen redan är överspelad genom EG-fördraget? Kan landstingen redan i dag utföra abort på EU-medborgare med stöd i EG-fördraget?

Frågan behandlades av Gunnar Fahlberg, tidigare Socialstyrelsens chefsjurist: Abort regleras av såväl abortlagen som hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Av de uttalanden som gjordes i regeringens proposition inför att hälso- och sjukvårdslagen antogs framgår tydligt att medicinska ingrepp som aborter och steriliseringar ska regleras av hälso- och sjukvårdslagen.

Artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget ger EU-medborgare rätt att erbjuda sina tjänster i andra EU-länder men också rätt för varje EU-medborgare att ta del av de tjänster som finns i andra EU-länder. Eftersom abort enligt svensk lag är en hälso- och sjukvårdstjänst ger det varje kvinna i ett EU-land möjlighet att här få en abort utförd. Det innebär då att "förbudet" i abortlagen att utföra aborter på utländska kvinnor inte gäller i förhållande till kvinnor från EU-länderna, inklusive Norge, Island och Liechtenstein som omfattas av EG:s regler enligt EES-avtalet. Det betyder vidare att Socialstyrelsens tillstånd till en abort inte behövs för dessa kvinnor.

Frågan om kvinnorna har möjlighet att utnyttja denna "rätt" beror emellertid på dels om de är beredda att själva bekosta aborten (eller om bosättningslandet har tagit på sig betalningsansvaret), dels om vederbörande landsting har möjlighet att enligt lagen om tjänsteexport erbjuda abort som en tjänst.

Vidare har förordningen (EEG) 1408/71 medfört att Sverige infört en bestämmelse i 3 c § i hälso- och sjukvårdslagen att även personer från EU-länder som arbetar men som ännu inte blivit bosatta här, har samma rätt till hälso- och sjukvård som de som är bosatta i landet. Det innebär att en kvinna från ett EU-land som arbetar eller är familjemedlem till en som arbetar här har samma

”rätt” till abort som en kvinna bosatt i Sverige. I det fallet har hon alltså möjlighet att få aborten utförd till samma kostnad som en i landet bosatt kvinna.

Slutsatsen är att i förhållande till kvinnor från EU-land gäller inte längre ”förbudet” i abortlagen mot att utländska kvinnor som inte är bosatta i Sverige kan få abort här. EG-fördraget och förordningen (EEG) 1408/71 har alltså gjort den bestämmelsen i abortlagen ogiltig, eftersom dessa bestämmelser ”tar över” svensk lag.

Ingen kan invända

Kan andra EU-länder med restriktivare abortlagstiftning dra Sverige inför EU-domstolen om lagstiftningen ändras?

Möjligen, men antagligen meningslöst eftersom det lands lag gäller där tjänsten utförts.

Är det möjligt för mer restriktiva länder, som Polen och Malta, att straffa kvinnor som rest till Sverige för att göra abort?

Polen straffar inte den kvinna som genomgått en illegal abort i Polen vilket säkert också gäller om hon genomgått en legal abort i Sverige. Däremot straffas i Polen den som anordnar ”abortresor” till andra länder. Vad som gäller enligt lagen i Malta är inte känt. En kvinna i Portugal som genomgick en illegal abort lär ha straffats.

Statens offentliga utredningar 2005

Kronologisk förteckning

1. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Riktlinjer för en ny tillståndperiod. Ku.
2. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Finansiering och skatter. Ku.
3. Sveriges tillträde till 1995 års Unidroit-konvention om stulna eller olagligt utförda kulturföremål. Ku.
4. Liberalisering, regler och marknader. + Bilagor. N.
5. Postmarknad i förändring. N.
6. Säkert inlåst?
En granskning av rymningarna från Kumla, Hall, Norrtälje och Mariefred 2004. Ju.
7. Försvarsfastigheter – information till riksdagen och effektiv lokalförsörjning. Fi.
8. Behov av rörlig ledningsstödsresurs. Fö.
9. KRUT
Reformerat regelverk för handel med försvarsmateriel. UD.
10. Handla för bättre klimat.
Från införande till utförande. M.
11. Välfärdsverksamhet för sjömän. N.
12. Bokpriskommissionens slutrapport. Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter. U.
13. Lördagsdistribution av dagstidningar. U.
14. Effektivare handläggning av anknytningsärenden. UD.
15. Familjeåterförening och fri rörlighet för tredjelandsmedborgare. UD.
16. Reformerat system för insättningsgarantin. Fi.
17. Vem får jaga och fiska?
Rätt till jakt och fiske i lappmarkerna och på renbetesfjällen. Jo.
18. Prospektansvar. Fi.
19. Beskattningen vid omstruktureringar enligt fusionsdirektivet. Fi.
20. Konsumentskydd vid modemkapning. Ju.
21. Vinstandelar. Fi.
22. Nya upphandlingsregler. Fi.
23. en BRASKatt? – beskattning av avfall som förbränns. Fi.
24. Arbetslivsinriktad rehabilitering. Framtida organisation för Arbetslivstjänster och Samhall Resurs AB. N.
25. Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. S.
26. Mobil med bil. Ett nytt synsätt på bilstöd och färdtjänst. + Bilaga, lättläst och Daisy. S.
27. Den svenska fiskerikontrollen – en utvärdering. Jo.
28. Dubbel bosättning för ökad rörlighet. Fi.
29. Storstad i rörelse.
Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal. Ju.
30. Lagen om byggfelsförsäkring.
En utvärdering. M.
31. Stödet till utbildningsvetenskaplig forskning. U.
32. Regeringens stabsmyndigheter. Fi.
33. Fjärrvärme och kraftvärme i framtiden. M.
34. Socialtjänsten och den fria rörligheten. S.
35. Krav på kassaregister Effektivare utredning av ekobrott. Fi.
36. På väg mot ... En hållbar landsbygdsutveckling. Jo.
37. Tolkutbildning – nya former för nya krav. U.

38. Tillgång till elektronisk kommunikation i brottsutredningar m.m. Ju.
39. Skog till nytta för alla? N.
40. Rätten till mitt språk
Förstärkt minoritetsskydd. Ju.
41. Bortom Vi och Dom.
Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. Ju.
42. Säker information. Förslag till informationssäkerhetspolitik. Fö.
43. Vårdnad – Boende – Umgänge
Barnets bästa, föräldrars ansvar.
Del A + B. Ju.
44. Smiley: Hygien och redlighet i livsmedelshandlingen. Jo.
45. Säkra förare på moped, snöskoter och terrängjuling. N.
46. Bättre arbetslivsinriktad rehabilitering.
En fusion mellan Arbetslivstjänster och Samhall Resurs AB. N.
47. Kärnavfall – barriärerna, biosfären och samhället. M.
48. Ett utvecklat resurstilldelningssystem för högskolans grundutbildning. U.
49. Unionsmedborgares rörlighet inom EU. UD.
50. Arbetskraftsinvandring till Sverige
– befolkningsutveckling, arbetsmarknad i förändring, internationell utblick. N.
51. Bilen, Biffen, Bostaden. Hållbara laster
– smartare konsumtion. Jo.
52. Avgiftsfinansierad livsmedels-, djurskydds- och foderkontroll – för en högre och jämnare kvalitet. Jo.
53. Beskattning när tillgångar värderas till verkligt värde. Fi.
54. Framtidens kriminalvård. Del 1+2. Ju.
55. Bättre inomhusmiljö. M.
56. Det blågula glashuset.
– strukturell diskriminering i Sverige. Ju.
57. Enhetlig eller differentierad mervärdesskatt? + Bilagedel. Fi.
58. Ny reglering av offentliga uppköps-erbjudanden. Ju.
59. Miljöbalken; miljökvalitetsnormer, miljöorganisationerna i miljöprocessen och avgifter. M.
60. Efter flodvågen – det första halvåret. Fö.
61. Personuppgifter för samhällets behov. Fi.
62. Anpassning av radio- och TV-lagen till den digitala tekniken. U.
63. Tryggare leveranser. Fjärrvärme efter konkurs. N.
64. en BRASkatt! – beskattning av avfall som deponeras. Fi.
65. Registerkontroll av personal vid hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga. S.
66. Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål. + Forskarrapporter.
+ Sammanfattning N.
67. Energideklarationer.
Metoder, utformning, register och expertkompetens. M.
68. Regionala stimulansåtgärder inom skatteområdet. Fi.
69. Sverige inifrån.
Röster om etnisk diskriminering. Ju.
70. Polisens behov av stöd i samband med terrorismbekämpning. Ju.
71. Informationssäkerhetspolitik.
Organisatoriska konsekvenser. Fö.
72. Alkolås – nyckel till nollvisionen. N.
73. Reformerad föräldraförsäkring.
Kärlek Omvårdnad Trygghet.
+ Bilagor. S.
74. Nytt djurhälsoregister – bättre nytta och ökad säkerhet. Jo.
75. Hundgöra – att göra hundar som gör nytta. Jo.
76. Fiskevårdens finansiering. Jo.
77. Får jag lov?
Om planering och byggande. Del 1+2. M.
78. Etikprövningslagstiftningen – vissa ändringsförslag. U.
79. Vem får jaga och fiska? Historia, folk rätt och miljö. Jo.
80. Uppdragsarkeologi i tiden. U.
81. Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.
+ Särtryck: Mål och förslag.
+ Bilaga: Kunskapsöversikt. S.

82. Personer med tungt missbruk.
Stimulans till bättre vård och behandling. S.
83. Kärnavfall – kostnader och finansiering.
M.
84. En ny uppgifts- och ansvarsfördelning
mellan polis och åklagare. Ju.
85. Tillsyn på försäkringsområdet. Fi.
86. Ägaransvar vid trafikbrott. N.
87. Svårnavigerat? Premiepensionssparande
på rätt kurs. Fi.
88. Vräkning och hemlöshet – drabbar
också barnfamiljer. S.
89. Bevakning av kollektivavtals efter-
levnad. N.
90. Abort i Sverige. S.

Statens offentliga utredningar 2005

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Säkert inläst?

En granskning av rymningarna från Kumla, Hall, Norrtälje och Mariefred 2004. [6]

Konsumentskydd vid modempapning. [20]
Storstad i rörelse.

Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal. [29]

Tillgång till elektronisk kommunikation i brottsutredningar m.m. [38]

Rätten till mitt språk

Förstärkt minoritetsskydd. [40]

Bortom Vi och Dom.

Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. [41]

Vårdnad – Boende – Umgänge.

Barnets bästa, föräldrars ansvar.

Del A + B. [43]

Framtidens kriminalvård. Del 1+2. [54]

Det blågula glashuset.

– strukturell diskriminering i Sverige. [56]

Ny reglering av offentliga uppköps-erbjudanden. [58]

Sverige inifrån.

Röster om etnisk diskriminering. [69]

Polisens behov av stöd i samband med terrorismbekämpning. [70]

En ny uppgifts- och ansvarsfördelning mellan polis och åklagare. [84]

Utrikesdepartementet

KRUT

Reformerat regelverk för handel med försvarsmateriel. [9]

Effektivare handläggning av anknytningsärenden. [14]

Familjeåterförening och fri rörlighet för tredjelandsmedborgare. [15]

Unionsmedborgares rörlighet inom EU. [49]

Försvarsdepartementet

Behov av rörlig ledningsstödsresurs. [8]

Säker information. Förslag till informations-säkerhetspolitik. [42]

Efter flodvågen – det första halvåret. [60]

Informationssäkerhetspolitik.

Organisatoriska konsekvenser. [71]

Socialdepartementet

Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. [25]

Mobil med bil. Ett nytt synsätt på bilstöd och färdtjänst. + Bilaga, lättläst och Daisy. [26]

Socialtjänsten och den fria rörligheten. [34]

Registerkontroll av personal vid hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga. [65]

Reformerad föräldraförsäkring.

Kärlek Omvårdnad Trygghet.+ Bilagor. [73]

Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.

+ Särtryck: Mål och förslag.

+ Bilaga: Kunskapsöversikt. [81]

Personer med tungt missbruk.

Stimulans till bättre vård och behandling. [82]

Vräkning och hemlöshet – drabbar också barnfamiljer. [88]

Abort i Sverige. [90]

Finansdepartementet

- Försvarsfastigheter – information till riksdagen och effektiv lokalförsörjning. [7]
- Reformerat system för insättningsgarantin. [16]
- Prospektansvar. [18]
- Beskattningen vid omstruktureringar enligt fusionsdirektivet. [19]
- Vinstandelar. [21]
- Nya upphandlingsregler. [22]
- en BRASKatt? – beskattning av avfall som förbränns. [23]
- Dubbel bosättning för ökad rörlighet. [28]
- Regeringens stabsmyndigheter. [32]
- Krav på kassaregister Effektivare utredning av ekobrott. [35]
- Beskattning när tillgångar värderas till verkligt värde. [53]
- Enhetlig eller differentierad mervärdes-skatt? + Bilagedel. [57]
- Personuppgifter för samhällets behov. [61]
- en BRASKatt! – beskattning av avfall som deponeras. [64]
- Regionala stimulansåtgärder inom skatteområdet. [68]
- Tillsyn på försäkringsområdet. [85]
- Svårnavigerat? Premiäpensionssparande på rätt kurs. [87]

Utbildnings- och kulturdepartementet

- Radio och TV i allmänhetens tjänst. Riktlinjer för en ny tillståndperiod. [1]
- Radio och TV i allmänhetens tjänst. Finansiering och skatter. [2]
- Sveriges tillträde till 1995 års Unidroit-konvention om stulna eller olagligt utförda kulturföremål. [3]
- Bokpriskommissionens slutrapport. Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter. [12]
- Lördagsdistribution av dagstidningar. [13]
- Stödet till utbildningsvetenskaplig forskning. [31]
- Tolkutbildning – nya former för nya krav. [37]
- Ett utvecklat resurstilldelningssystem för högskolans grundutbildning. [48]
- Anpassning av radio- och TV-lagen till den digitala tekniken. [62]

- Etikprövningslagstiftningen – vissa ändringsförslag. [78]
- Uppdragsarkeologi i tiden. [80]

Jordbruksdepartementet

- Vem får jaga och fiska?
Rätt till jakt och fiske i lappmarkerna och på renbetesfjällen. [17]
- Den svenska fiskerikontrollen – en utvärdering. [27]
- På väg mot ... En hållbar landsbygdsutveckling. [36]
- Smiley: Hygien och redlighet i livsmedels-hantering. [44]
- Bilen, Biffen, Bostaden. Hållbara laster – smartare konsumtion. [51]
- Avgiftsfinansierad livsmedels-, djurskydds- och foderkontroll – för en högre och jämnare kvalitet. [52]
- Nytt djurhälsoregister – bättre nytta och ökad säkerhet. [74]
- Hundgöra – att göra hundar som gör nytta. [75]
- Fiskevårdens finansiering. [76]
- Vem får jaga och fiska? Historia, folkrätt och miljö. [79]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

- Handla för bättre klimat.
Från införande till utförande. [10]
- Lagen om byggförsäkring.
En utvärdering. [30]
- Fjärrvärme och kraftvärme i framtiden. [33]
- Kärnavfall – barriärerna, biosfären och samhället. [47]
- Bättre inomhusmiljö. [55]
- Miljöbalken; miljö kvalitetsnormer, miljöorganisationerna i miljöprocessen och avgifter. [59]
- Tryggare leveranser. Fjärrvärme efter konkurs. [63]
- Energideklarationer.
Metoder, utformning, register och expertkompetens. [67]
- Får jag lov?
Om planering och byggande. Del 1+2. [77]
- Kärnavfall – kostnader och finansiering. [83]

Näringsdepartementet

- Liberalisering, regler och marknader. [4]
Postmarknad i förändring. [5]
Välfärdsverksamhet för sjömän. [11]
Arbetslivsinriktad rehabilitering.
 Framtida organisation för Arbetslivs-
 tjänster och Samhall Resurs AB. [24]
Skog till nytta för alla? [39]
Säkra förare på moped, snöskoter och
 terränghjuling. [45]
Bättre arbetslivsinriktad rehabilitering. En
 fusion mellan Arbetslivstjänster och
 Samhall Resurs AB. [46]
Arbetskraftsinvandring till Sverige
 – befolkningsutveckling, arbetsmarknad
 i förändring, internationell utblick. [50]
Makt att forma samhället och sitt eget
 liv – jämställdhetspolitiken mot nya
 mål. + Forskarrapporter.
 + Sammanfattning. [66]
Alkolås – nyckel till nollvisionen. [72]
Ågaransvar vid trafikbrott. [86]
Bevakning av kollektivavtals efterlevnad. [89]