

Gärna en debatt i abortfrågan – men då om ett försummat hälsoproblem

Istället för att ifrågasätta den utmärkta utredningen om utländska kvinnors rätt att få abort i Sverige vill vi uppmärksamma det allvarliga hälsoproblem som osäkra aborter utgör i många av världens fattigaste länder. Vi borde engagera oss i och stödja den svenska biståndspolitiken med målet att göra aborter »tillgängliga, säkra och lagliga« i länder där medicinskt osäkra, ofta illegala aborter är ett allvarligt hot mot kvinnors liv och hälsa.



Foto: Staffan Bergström

Omkring 90 000 kvinnor i världen dör varje år i sviterna efter osäkra abort. Det motsvarar 250 kvinnor varje dag. Om vi hade haft ett krig någonstans i världen med detta antal dödade varje dag, år ut och år in, skulle det bli ett ramaskri. Men kvinnor som är tvingade att underkasta sig livshotande, osäkra abort får ingen uppmärksamhet. Dödsfallen uppmärksammas föga. Men på begravningsplatserna i de fattigaste länderna kan man se gravarna där kvinnor ligger efter att ha mist livet i samband med oönskade graviditeter. På den stora begravningsplatsen Lhanguene i Maputo finns ca 300 000 gravar, på ett stort fält som för tankarna till en krigsyrkogård.

Överläkare Tomas Seidal skriver i ett debattinlägg i Läkartidningen 26–27/2006 (sidan 2067), med anledning av Läkarförbundets »lakoniska« svar på utredningen om utländska kvinnors möjlighet att få abortvård i Sverige, att Läkarförbundet tar alltför lätt på frågor om abort och reproduktiv hälsa.

Förvisso har Seidal rätt i att abortfrågan inte diskuteras särskilt livligt bland läkare i vårt land, och många av oss som

arbetat med och engagerat oss i abortfrågan under lång tid, i Sverige och internationellt, efterlyser också en sådan diskussion, men med helt andra utgångspunkter än Seidals.

Vi vill fästa uppmärksamhet på den allvarliga hälsofråga som osäkra aborter utgör i världen idag. Vi vill diskutera de bortglömda abortrelaterade mödradödsfallen i fattiga länder i Afrika och Asien. Vi vill diskutera vad man kan göra åt det istället för att fastna i ändlösa diskussioner med abortmotsståndare som ändå inte kan övertygas. Sedan världssamfundet enades i Kairo om kvinnors rätt till god vård vid abort har den hätska kampen i alla läger mot allt vad reproduktiv hälsa och rättigheter står för förslamat internationellt bistånd. Här har svenska läkare en roll att spela eftersom vi – tvärtemot vad Seidal vill se – har erfarenhet av vad god och allsidig reproduktiv hälsovård betyder för kvinnors och barns hälsa.

Vi är alltså inte överens med Tomas Seidal om synen på abort i Sverige eller innebörden i den svenska abortlagen, men räknar inte med att övertyga honom. Däremot vill vi påtala några miss-

förstånd och felaktigheter i hans inlägg.

Den svenska lagen innebär att en kvinna som begär abort före utgången av 18:e veckan har rätt att få den utförd i den allmänna sjukvården. Vi har alltså inga sociala – eller andra – indikationer för abort. Läkarens roll och ansvar ändrades med lagändringen 1975. Läkaren ska ge god vård, men det är kvinnan som bestämmer om abort ska utföras. Samtidigt med rätt till abort gavs också tillgång och rätt till preventivmedel, senare också sterilisering, på kvinnans begäran. En satsning på förebyggande arbete om sex och samlevnad inleddes och integrerades i mödrhälsovården.

Vi har alltså en lag om födelsekontroll som sätter kvinnors mänskliga rättigheter i centrum och erbjuder en allsidig reproduktiv hälsovård med tillgång till förstklassig mödra- och förlossningsvård, säkra preventivmedel, en god abortvård och skonsamma abortmetoder – något som haft stor betydelse för kvinnors hälsa. Istället för att, som under 1950-talet, en kvinna av tusen dog i abortrelaterade komplikationer har vi under de senaste 20 åren haft endast ett

STAFFAN BERGSTRÖM

professor, IHCAR, Karolinska Institutet, Stockholm

MARC BYGDEMAN

professor em, kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

MARGARETA REHN

barnmorska; chefredaktör Jordemodern, Svenska Barnmorskeförbundet, Stockholm

CHRISTINA ROGALA

barnmorska, verksamhetschef, RFSU-kliniken, Stockholm

KAJSA SUNDSTRÖM

gynekolog, professor, Stockholm kajsu@telia.com

CATHARINA ZÄTTERSTRÖM

samordningsbarnmorska, mödrhälsovården, SLSO Sydväst

dödsfall bland de ca 700 000 aborter som utförts under den tidsperioden [1, 2].

Abort i dagens Sverige. Antalet aborter i relation till födsel är knappt en på tre levande födda barn. Med nuvarande födelse- och aborttal föder kvinnor statistiskt sett knappt två barn under sitt reproduktiva liv och genomgår 0,6 aborter. I praktiken innebär det att var tredje kvinna och motsvarande antal män kommer att ha erfarenhet av abort under sin fertila period. För de flesta är det en enskild händelse, medan 25 till 30 procent av kvinnor med aborterfarenhet genomgår flera aborter.

Abort är således en vanlig erfarenhet för många kvinnor och män idag. Seidals påstående att senkomplikationer av såväl psykisk som somatisk karaktär inte är ovanliga stämmer inte med den svenska verkligheten. Etiska överväganden, känslomässiga och psykiska reaktioner efter abort redovisas i en artikel av Anneli Kero i *Läkartidningen* 2005 [3]. Den ger en bild av hur abortsituationen upplevs av kvinnor – och män – i dagens Sverige. Det rör sig om en stor patientgrupp i kvinnosjukvården i behov av respekt, empati och god sjukvård.

Beträffande tonårsaborterna vill vi understryka att det förebyggande arbetet i Sverige syftar till att förebygga oönskade graviditeter, och vill man se på utvecklingen är det viktigt att uppmärksamma både födsel och aborter bland tonåringar.

Tonårsaborterna i Sverige ligger i nivå med andra länder i Skandinavien och Europa med liberal abortlagstiftning och tillgång till preventivmedel, medan födelsetalen genomgående är lägre i Sverige än i andra jämförbara länder. Vid en jämförelse mellan fem västliga industriländer var såväl graviditets- som aborttal lägst i Frankrike och Sverige, och högst i USA, medan Kanada och Storbritannien fanns mitt emellan.

Ungdomars sexualvanor skiljer sig inte nämnvärt i de fem länderna. Det som skiljer är inställningen till ungdomars sexualitet. I alla länder utom USA har ungdomar kunskap om och tillgång till preventivmedel, medan sexualundervisningen i USA uppmanar till avhållsamhet och fördömer sex före äktenskapet. I Sverige och Frankrike finns de mest positiva attityderna till tonårssexualitet och en tilltro till ungdomars vilja och förmåga att ta ansvar för sin sexualitet [4].

Idag behöver ingen kvinna i Sverige riskera liv eller hälsa genom illegala aborter, något som inte var ovanligt innan

nuvarande abortlag antogs. Det är därför en självklarhet att Läkarförbundet, Barnmorskeförbundet och RFSU tillstyrker den utredning som tillåter kvinnor från andra länder att få en abortoperation utförd i Sverige. Det handlar om att erbjuda en fristad för kvinnor under hårdare lagar.

Vad kan Sverige göra för att främja kvinnors hälsa i fattiga länder? Det vi vill diskutera är varför den abortrelaterade mödradödligheten under de senaste åren fått så lite uppmärksamhet i Sverige och i det internationella biståndsarbetet. Den höga mödradödligheten har annars varit i fokus ända sedan 1980-talet, då man beräknade att varje år 500 000 kvinnor dog i anslutning till graviditet och förlossning. Då var målet bland internationella biståndsgivare och hälsoorganisationer i det sk Safe Motherhood-initiativet att minska de årliga mödradödsfallen med hälften före år 2000. Idag vet vi att istället för att halveras är mödradödligheten till och med något högre, närmare bestämt 530 000. Huvudskälet är att under dessa 20 år har inga allvarligt menade försök gjorts för att minska den abortrelaterade dödligheten.

Det kan också bero på att den övervägande delen av mödradödsfallen och de osäkra aborterna sker i fattiga länder med otillräcklig sjukvård och stränga abortlagar. Av den halva miljonen mödradödsfall sker närmare hälften i södra Asien och den andra hälften i Afrika söder om Sahara. Fyra procent sker i Latinamerika och mindre än 1 procent i Europa, Australien och Oostasien. Och i Norden räknar vi sedan länge de årliga mödradödsfallen i ensiffriga tal.

Ett nytt initiativ för Safe Motherhood, som startade 2004 med bl a WHO, Världsbanken, FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) och ICM (International Confederation of Midwives), är framför allt inriktat på bättre vård vid förlossning samt det nyfödda barnets hälsa. Där emot tycks man ha glömt bort vilken stor del av mödradödligheten som orsakas av aborter. Endast en punkt i handlingsplanen tar upp osäkra aborter och då med förslaget att de ska förebyggas genom familjeplanering. Abortvården har litet utrymme och kravet på legalisering förbigås.

Byggt på erfarenheterna av allsidig reproduktiv hälsovård med tillgång till abort och preventivmedel som en reproduktiv rättighet var Sverige aktivt i förberedelserna för Kairokonferensen och

följde upp de åtaganden som utlovades i det internationella biståndet.

Sida har ett brett program för sexuell och reproduktiv hälsa där god vård såväl vid legala som vid komplikationer till – ofta illegala – aborter har hög prioritet. Vidare satsar man på vidareutbildning av barnmorskor och annan vårdpersonal som kan delta i reproduktiv hälsovård inklusive enkla, tidiga abortingrepp för att nå ut till fattiga kvinnor på landsbygden [5]. Men i det internationella biståndsarbetet fastnar också Sverige i fruktlösa diskussioner och försök att övertyga dem som redan har en orubblig uppfattning i abortfrågan och inte vill se dess hälsomässiga konsekvenser.

År 2006 har emellertid UD fastslagit Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [6]. Sverige avser att, som ett av få länder i världen, i sitt internationella biståndsprogram ge stöd för tillgång till god vård för kvinnor som genomgått osäkra aborter, samt stödja insatser för att »göra aborter tillgängliga, säkra och lagliga för alla kvinnor«.

Denna kortfattade och tillsynes enkla rekommendation innebär i själva verket en möjlighet att reducera mödradödligheten i södra Asien och Afrika med mellan 30 och 50 procent. Med andra ord en utmaning för läkare och barnmorskor med 30 års erfarenhet av vad abort som reproduktiv rättighet betyder för kvinnors hälsa och integritet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sundström K. Födelsekontroll i Sverige under 100 år. Abort och preventivmedel – från lagbrott till reproduktiv rättighet. *Läkartidningen*. 2004; 101:88-93.
2. Bygdeman M. Abortfrågan. I: *Svensk kvinnosjukvård under ett sekel 1904–2004*. Stockholm: SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi); 2004. pp. 54-66.
3. Kero A. Abort – en tabubelagd rättighet. Kvinnors mångbottnade upplevelser rymmer både lättnad och smärta. *Läkartidningen*. 2005;102:3677-9.
4. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. Få tonårsgraviditeter i Sverige – jämförelse mellan fem västländer. Samhällets stöd och attityder en viktig förklaring till skillnaderna. *Läkartidningen*. 2003;100:2063-6.
5. Zätterström C, Ransjö-Arvidson AB, Bergström S, Björklund U, Estborn B, Johansson A, et al. Barnmorskans roll för att förebygga illegala aborter – erfarenheter från rika och fattiga länder. *Läkartidningen*. 2002;99:2186-9.
6. Utrikesdepartementet. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Utrikesdepartementet; 2005. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/49/89/4fa3aae1.pdf>