

# Legalisering av aborter minskade mödradödligheten i Sydafrika

## Skattning av morbiditet och mortalitet före och efter ändrad lagstiftning



**EMMA BENDZ**, med kand  
emma.bendz.172@student.ki.se  
**VICTOR ASPELUND LILJEQUIST**,  
med kand

**STAFFAN BERG-  
STRÖM**, professor, Internationell  
hälsa, IHCAR; samtliga  
Karolinska institutet, Stockholm

Världshälsoorganisationen (WHO) presenterar nedslående siffror om mödradödligheten i världen. En kvinna dör varje minut, varje dag, året runt i samband med sin graviditet. År 2005 dog omkring 536 000 gravida kvinnor i världen. FN:s millenniemål är att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar till 2015, med utgångspunkt i situationen 1990. Med den aktuella minskningstakten om 1 procent per år är detta mål omöjligt att uppnå, vilket WHO-rapporten från oktober i år framhåller [1, 2]. I vissa afrikanska länder tycks mödradödligheten inte ha minskat alls de senaste 15 åren [2].

Av de kvinnor som dör i graviditetsrelaterade komplikationer lever 99 procent i låg- och medelinkomstländer. Allvarliga graviditets- och förlossningskomplikationer drabbar en stor andel av dem som inte dör [2]. Majoriteten av dessa komplikationer är enkla att undvika och ovanliga i höginkomstländer som Sverige. Ungefär hälften av alla mödradödsfall globalt förekommer i Afrika. Av alla riskfyllda aborter (utförda av utbildad personal i icke-adekvata lokaler) utförs ca 25 procent där. Bara Tunisien, Zambia, Sydafrika och Moçambique har infört liberal abortlagstiftning, där kvinnan ensam har rätt att besluta om en abort.

Cirka 15 procent av alla mödradödsfall i världen är relaterade till riskfyllda aborter. I länder med restriktiv abortlagstiftning är dödstalen och de allvarliga komplikationerna på grund av abort avsevärt högre än i länder med liberal lagstiftning. I Rumänien infördes liberal abortlagstiftning 1990. Det medförde att den abortrelaterade mödradödligheten minskade med 55 procent mellan 1986 och 1990 [3]. I Sverige, där man sedan 1975 har fri abort, genomförs medicinskt korrekta aborter, och dödsfall är mycket ovanligt. Endast ett abortrelaterat dödsfall har verifierats sedan 1984 bland över 700 000 aborter [4].

### Det sydafrikanska exemplet

Sydafrika är ett land med starka religiösa grupper och traditionella värderingar. Dessutom är det i vida kretsar tabubelagt att söka abort, vilket gör att det förekommer att kvinnor som själva inducerat abort söker sjukvård för blödningar.

Sydafrika är intressant, eftersom man där i samband med avskaffandet av apartheidssystemet införde en ny, liberal abortlagstiftning. Under apartheidtiden var aborter förbehållet den privilegierade vita minoriteten. Bland annat krävdes godkännande av tre läkare för att få genomföra en abort. I praktiken utestängdes kvinnor från landsbygden helt, eftersom de flesta mindre sjukhus inte hade tre läkare att tillgå. Före 1997 var antalet legala aborter 800–1 000 per år. Motsvarande antal illegala aborter var samtidigt mellan 6 000 och 120 000. Den stora spännvidden beror på olika uppgifter i olika källor och speglar siffrornas osäkerhet. Det fanns en avsevärd underrapportering, och många aborter skedde även utanför sjukhusen och fångades aldrig upp av statistiken [5].

ring, och många aborter skedde även utanför sjukhusen och fångades aldrig upp av statistiken [5].

År 1996 antogs den nya »Choice on termination of pregnancy act« (CTOP). Avsikten med lagen var att reducera de abortrelaterade morbiditets- och mortalitetstalen. Lagen ger kvinnor rätt till fri abort till och med tolfte graviditetsveckan. Aborten kan då utföras av barnmorska. Efter tolfte graviditetsveckan och fram till tjugonde veckan krävs en läkares bedömning. Aborten utförs efter läkarkonsultation med kvinnan om graviditeten bedöms utgöra en hälsorisk eller kunna inverka menligt på kvinnans socioekonomiska situation [5].

Följande omständigheter har haft betydelse för implementeringen av lagändringen:

- Misoprostol (en prostaglandin E1-analog) blev tillgängligt på marknaden strax innan lagändringen. Medlet är enkelt att använda och billigt, och risken för komplikationer är liten. Dessutom har barnmorskor rätt att inducera aborter med hjälp av misoprostol under första trimestern [6].
- Läkare och barnmorskor utbildades i manuell vakuumaspiration i samband med lagändringen. Utbildningen underlättade omhändertagandet av det ökande antalet kvinnor som sökte för att göra abort [5].
- Omfattande mediebevakning har underlättat informationen om lagändringen till allmänheten [7].
- Målmedvetet drivna informationsmöten (s k values clarification workshops) med hälsoarbetare har behandlat attityder gentemot aborter. Arbetet med attityderna har föranletts av ett utbrett motstånd mot den nya lagstiftningen.

Under det senaste decenniet har Sydafrika drabbats hårt av HIV-epidemin, vilket syns i mödradödlighetsstatistiken. Stora resurser läggs på att stävja den galopperande ökningen av HIV-positiva. Arbetet med att befästa abortlagstiftningen och se till att den efterlevs har samtidigt kommit i skymundan. Motståndet mot lagen är fortfarande stort i landet. Från myndigheternas sida har det funnits en ovilja att förse kliniker med både personal och utrustning för att ge adekvat abort [8]. Mot denna bakgrund beslöt vi att göra en studie med syftet att ge en så tro-

### SAMMANFATTAT

**WHO har presenterat** nedslående siffror om mödradödligheten i världen.  
**Cirka 15 procent** av alla mödradödsfall globalt är relaterade till tekniskt osäkra aborter.  
**I länder med** restriktiv abortlagstiftning är mortaliteten och morbiditeten på grund av abort avsevärt högre än i länder med liberal lagstiftning.  
**Sydafrika är ett** intressant

land. En ny liberal abortlagstiftning infördes 1996.  
**Vi fann att** den abortinducerade mödradödligheten sjönk kraftigt efter 1997. Detta beror av allt att döma på den införda liberaliserade abortlagen.  
**Om det sydafrikanska** exemplet uppmärksammas och vinner gehör kan ytterligare tiotusentals kvinnoliv komma att räddas.

värdig bild som möjligt av lagändringens effekt på abortrelaterad mortalitet och morbiditet.

## METOD

Vi har kartlagt tillgänglig information om mortalitet och morbiditet i samband med aborter från tiden före lagändringen och framåt. Metoderna utgörs av litteraturstudier, egna beräkningar samt intervjuer och platsbesök.

## Litteraturstudie

En av de viktigaste källorna är rapporterna (confidential enquiries) Saving Mothers om mödradödlighet, som sedan 1998 ges ut vart tredje år i Sydafrika på uppdrag av hälsodepartementet. Vi har även tagit del av publicerad och opublicerad demografisk statistik, sökt information om artiklar på ämnet via Medline, PubMed och genom fritextsökningar på Internet.

## Egna beräkningar

Beräkningar av den abortrelaterade mödradödlighetskvoten (MMR, maternal mortality ratio, antal dödsfall/100 000 levande födda barn) grundar sig på demografisk statistik rörande antalet födda från Statistics South Africa [9] och data om antalet abortinducerade dödsfall från Saving Mothers-rapporter [10, 11] samt en vetenskaplig artikel [12].

## Intervju och platsbesök

Platsbesök har gjorts på några olika abortkliniker i Durban. Vi har där även intervjuat professor Roland Edgar Mhlanga vid institutionen för obstetrik och gynekologi på Nelson Mandela School of Medicine. Professor Mhlanga arbetar även som klinikchef på den obstetriska avdelningen på King Edward VII-sjukhuset i Durban. Sjukhuset är ett akutsjukhus med intensivvårdsavdelning och subspecialiteter.

## RESULTAT

Antalet utförda aborter på sjukhus i hela Sydafrika ökade från 800–1 000 per år 1994 [12] till 26 401 per år 1997 [pers medd R E Mhlanga, Durban; 2007]. Den senaste siffran för antalet utförda aborter är 81 900 för år 2006 [pers medd R E Mhlanga, Durban; 2007]. De abortrelaterade dödsfallen i Sydafrika sjönk från 425 år 1994 [12] till 32 år 1998 [10]. Den senaste siffran, 114, är för åren 2002–2004 sammanräknad [11].

En studie utförd i Pretoria från 2006 visar att den abortrelaterade mödradödligheten har minskat nästan tiofaldigt i detta område, från 63,6/år 1997–1998 till 5,54/år 2003–2005 [13]. Andelen högriskaborter, dvs andelen akuta, allvarliga komplikationer som misstänks vara abortrelaterade (temperatur över 37,9°C, hjärtfrekvens över 118 slag/minut, tecken på ingrepp, organsvikt, peritonit eller dödsfall) sjönk efter 1997 från 16,5 till 9,7 procent [14]. I Durban [3] rapporterar man minskad andel kvinnor som söker för inkompleta aborter. I denna studie har man inte specificerat andelen kvinnor med högriskaborter men anger att en större andel av kvinnor som sökt vård (68 procent) har inducerat sin abort med hjälp av läkemedel, som enligt beskrivningen bör vara misoprostol. Studien från Pretoria [13] visar ingen minskning av andelen högriskaborter trots minskad andel inkompleta aborter av det totala antalet utförda aborter.

Den abortrelaterade mödradödligheten för hela Sydafrika sjönk från 46,6/år 1994 till 3,6/år 1998. År 2004 var siffran 4,3 (snitt över tre år). Professor Mhlanga rapporterade i intervjun om en minskad andel kvinnor inlagda för septiska aborter på King Edward VII-sjukhuset i Durban. Under de dryga tre veckor som vi befann oss i Durban fanns t ex inte ett enda fall av septisk abort på sjukhuset, medan före lagändringen kvinnor lades in för septiska aborter nästan dagligen.

## DISKUSSION

Den kraftiga minskningen av de abortrelaterade dödsfallen i Sydafrika sedan 1994 beror av allt att döma på att abort legaliserats. Minskningen har vidmakthållits på en tämligen jämn nivå. Det finns regionala skillnader beträffande tillgängligheten till abort [16]. Detta tillsammans med negativa attityder hos både hälsoarbetare och allmänhet gör att den abortrelaterade mödradödligheten har gått ned olika mycket i olika distrikt [11].

## Trolig underrapportering av dödsfall

Siffran för abortrelaterade dödsfall 1994 måste värderas med försiktighet, då den bygger på uppskattningar. Eftersom en stor andel av alla utförda aborter skedde illegalt, och det därför är rimligt att tro att alla som fick komplikationer inte är med i statistiken, är den verkliga siffran med största sannolikhet avsevärt högre. Ökningen av den abortrelaterade mödradödligheten mellan 1998 och 2004 kan inte tolkas, eftersom det är svårt att veta om det är början på en uppgång eller bara årlig variation. Det har däremot förekommit problem med underrapportering i Saving Mothers-rapporterna. Olika distrikt har olika stora problem med underrapportering, vilket gör det svårt att utifrån siffrorna dra generella slutsatser om Sydafrika. De redovisade siffrorna bör alltså främst ses som trender över tid och inte som absoluta tal.

## Bristande tillgång till abort

Minskningen av abortrelaterade dödsfall redovisas även i andra studier. Studien från Pretoriaområdet rapporterar om en nästan tiofaldig minskning av antalet abortrelaterade dödsfall sedan 1997 [13]. Denna redovisar också att den abortrelaterade morbiditeten inte har gått ned i samma utsträckning som förväntat. I de artiklar vi tagit del av föreslås bidragande orsaker vara bl a negativa attityder bland hälsoarbetare och samhället i stort och också dålig tillgång till och information om möjligheten till abort. Kvinnor i andra trimestern löper större risk att drabbas av komplikationer i samband med abort än kvinnor i första trimestern. Bristande tillgång till abort för kvinnor i andra trimestern nämns som en avgörande faktor till de oförändrade morbiditetstalen. Detta tros gälla även för Sydafrika i stort. [13].

En annan studie [14] uppskattar däremot att den abortrelaterade morbiditeten minskat i landet. En orsak är att fler aborter utförs av utbildad personal på vårdinrättningar. Ytterligare en anledning är att kvinnor som självinducerar abort använder säkrare metoder och söker sjukhusvård tidigare än förut. Exempel på detta har man sett i Brasilien, där andelen kvinnor med septiska aborter minskade kraftigt efter det att misoprostol började användas [16]. Misoprostol kan dock ge upphov till kraftiga blödningar, vilket kan leda till ökad risk för anemi. Att självinducera med misoprostol anses dock inte som en högriskabort. Viktigt att komma ihåg är att också kirurgisk abort kan leda till långdragna blödningar. Den ökade blödningsrisken kan vara ett problem, särskilt för HIV-positiva kvinnor, som redan löper stor risk för komplikationer. Vilken abortmetod som är säkrast för denna grupp är dock inte studerat.

## Ökning av antalet aborter

Antalet aborter har successivt ökat från 1997 till 2006. Orsakerna till detta är multipla. Gratis mödravård kan ha spelat en roll. Eventuellt beror den massiva ökningen delvis på att informationsutbredningen om lagen varit effektiv.

Flera faktorer förutom lagändringen är viktiga för att bibehålla ett lågt antal abortrelaterade dödsfall. Införandet av misoprostol med efterföljande manuell vakuumaspiration samt

undervisning av läkare och barnmorskor har också varit avgörande [17]. En studie som utvärderat aborttillgängligheten i Sydafrika efter lagändringen efterlyser i ännu högre grad utbildning av distriktsläkare och barnmorskor för att på så sätt förbättra tillgängligheten [15]. Det vore intressant att se ytterligare studier som närmare undersöker dessa företeelser och deras betydelse för lagens införande.

### SLUTORD

Sydafrika har tagit ett viktigt steg när man valde att liberalisera sin abortlagstiftning. Landet har stora problem med HIV-epidemin, och mödradödligheten har på grund av detta ökat under de senaste åren. Den abortrelaterade mödradödligheten har däremot minskat sedan lagändringen och håller sig på en relativt jämn nivå. Det finns fortfarande mycket kvar att göra för att tillämpningen av lagen ska bli optimal, och det finns en stark inhemsk opinion mot fria aborter.

Trots detta är det viktigt att se att införandet av lagen har lett till en kraftig minskning av de abortrelaterade dödsfallen. Detta är både en framgång för de kvinnor som inte tvingas till illegala och farliga aborter och för samhällsekonomin, där den offentliga sjukvårdens resurser kan användas till att exempelvis bekämpa HIV-epidemin. Om det sydafrikanska exemplet uppmärksammas och vinner gehör, inte minst i närområdet på den afrikanska kontinenten, kan ytterligare tiotusentals kvinnoliv komma att räddas. I sådana fall kan den annars så dystra milenniemålsprognosen komma att se betydligt ljusare ut.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. World Health Organization [cited 2008 Jan 29]. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/women\\_conference/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/women_conference/en/index.html)
2. World Health Organization [cited 2008 Jan 29]. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/en/index/html>
3. Moodley J, Akinsotoo VS. Unsafe abortions in a developing country: has liberalisation of laws on abortions made a difference? *Afr J Reprod Health.* 2003;7(2):34-8.
4. Bygdeman M. Svensk förening för obstetrik och gynekologi. ARG-rapport. 2006;(54):8-9.
5. Mhlanga RE. Abortion: developments and impact in South Africa. *Br Med Bull.* 2003;67(1):115-26.
6. Brown HC, Jewkes R, Levin J, Dickson-Tetteh K, Rees H. Management of incomplete abortion in South African public hospitals. *BJOG.* 2003;110:371-7.
7. Harrison A, Montgomery ET, Lurie M, Wilkinson D. Barriers to implementing South Africa's termination of pregnancy act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy Plan.* 2000;15(4):424-31.
8. Reproductive Rights Alliance. Implementation of the new South African abortion law: a six-month overview from hospital reports. *Reproductive Health Matters.* 1998;6(11):145-7.
9. Statistics South Africa. Total birth, c2005 [cited 2007 Aug 16]. <http://www.statssa.gov.za/PublicationsHTML/P03052005/html/P03052005.html>
10. Saving Mothers report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa 1998. Pretoria (South Africa): Department of Health; 1999.
11. Saving Mothers, third report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa 2002-2004. Pretoria (South Africa): Department of Health; 2006.
12. Rees H, Katzeenenbogen J, Shabodien R, Jewkes R, Fawcus S, McIntyre J, et al. The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. *S Afr Med J.* 1997;87(4):432-7.
13. Mbele AM, Snyman L, Pattinson RC. Impact of the choice on termination of pregnancy act on maternal morbidity and mortality in the west of Pretoria. *S Afr Med J.* 2006; 96(11):1196-8.
14. Jewkes R, Brown H, Dickinson-Tetteh K, Levin J, Rees H. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legislation in South Africa. *BMJ.* 2002; 324:1252-3.
15. Dickson KE, Jewkes R, Brown H, Levin J, Rees H, Mavuya L. Abortion service provision in South Africa three years after liberalization of the law. *Stud Fam Plann.* 2003;34(4):278-84.
16. Ipas. Medical abortion – implications for Africa. Chapel Hill: Ipas; 2003 [cited 2008 Sep 9]. [http://www.ipas.org/publications/asset\\_upload\\_file562\\_2543.pdf](http://www.ipas.org/publications/asset_upload_file562_2543.pdf)
17. Braam T, editor. Celebrating five years of safe legal access to termination of pregnancy services. Braamfontein: Progress Press; 2002 [cited 2008 Sep 9]. [http://www.hst.org.za/uploads/files/RRABarometer\\_may2002.pdf](http://www.hst.org.za/uploads/files/RRABarometer_may2002.pdf)