

Obama tillåter bistånd till kvinnors reproduktiva hälsa

President Obama har upphävt de regler som innebar att USAs biståndsmedel inte fick gå till organisationer som arbetar med abort. Därmed är det åter möjligt för USA att delta i arbetet med att förhindra att kvinnor i fattiga länder dör när de ska sätta barn till världen.

Tre dagar efter installationen tillkännagav president Obama en rad beslut för att uppfylla vallöften och direkt sätta igång en process för förändring. Efter väntade uttalanden om Guantanamo, tortyr och trupper i Irak förklarade han att det var dags att bryta med Mexico City-politiken från Reagans dagar [1]. Han upphävde därför »the gag rule« med omedelbar verkan, den »munkavlerregel« som Georg W Bush utfärdade och som innebar att USAs biståndsmedel inte fick gå till organisationer som arbetar med abort. Det gällde program för att förebygga aborter, men också sjukvård vid abort. Det handlade alltså om att amerikanska skattepengar inte fick gå till internationella organisationer som ger kvinnor vård vid illegala aborter, eller rekommenderar kondom för att förebygga såväl aborter som HIV.

Obama gjorde ingen stor affär av sitt beslut. Han meddelade samtidigt att anslagen till FNs befolkningsfond, som frusits av Bush sedan 2002, skulle återupptas. Abortmotståndarna hade hoppats få igång en debatt, men fick nöja sig med att kritisera beslutet och beskylla presidenten för att uppmuntra aborter och tillåta kondom i HIV-programmen.

Obama har ingen anledning att spilla mer tid på frågan. Han har hävt förbudet för USA att delta i arbetet med att rädda kvinnors liv. Det är inte fråga om att plädera för kondom eller legala aborter. Det handlar om tillgång till vanlig enkel förlossnings- och mödrhälsovård, det handlar om att förhindra att kvinnor i fattiga länder dör när de ska sätta barn

till världen. Insatser för att hindra sjukdom och död i samband med graviditet och förlossning är en central uppgift i internationellt hälsovårdsarbete.

Mödradödlighet – en kvinnas död i samband med graviditet och förlossning – skördar en halv miljon kvinnors liv årligen. Dessa höga dödstal har legat oförändrade i över 30 år. Av den halva miljonen mödradödsfall i världen sker närmare hälften i södra Asien och den andra hälften i Afrika söder om Sahara. Fyra procent sker i Latinamerika och mindre än en procent i Europa, Australien och Ostasien. De dödliga riskerna i samband med barnafödande drabbar fattiga länder och fattiga kvinnor.

Under tre decennier har frågan om mödradödligheten legat högt på den

hälsopolitiska agendan. På 1980-talet, när Reagan stängt dörren för allt hälso- och bistånd som hade abort på programmet, samverkade istället aktörer som WHO, Världsbanken och olika hälso-, kvinno- och biståndsorganisationer i det så kallade Safe Motherhood-initiativet. Den stolta målsättning var att minska mödradödligheten, som då uppskattades till en halv miljon, med hälften före år 2000. Satsningen gällde bättre mödra- och förlossningsvård och insatser för att behandla komplikationer till, vad man kallade, osäkra aborter.

Långt ifrån alla planer genomfördes och vid en uppföljning i slutet av 1990-talet hade mödradödligheten endast minskat marginellt. Orsaken var uppenbarligen att inga satsningar gjorts för att minska den abortrelaterade dödligheten.

FNs befolkningskonferens i Kairo 1994 inledde en kort fas av uppmärksamhet på en allsidig reproduktiv hälsovård. Det var under Clintontiden och USA deltog i det gemensamma beslutet att satsa på såväl förlossningsvård som behandling av farliga aborter för att redu-



Foto: Mikal Schlossen

Nära hälften av alla mödradödsfall sker i södra Asien. År 2006 rapporterade Röda Korset att kvinnors utsatta situation i Nepal gjorde landet till ett av de mest riskabla att föda barn i.



KAJSA SUNDSTRÖM
professor, gynekolog, Stockholm
kajsu@telia.com

cera mödradödligheten. Men trots denna enighet uteblev de utlovade biståndsmedlen efter Kairo, och i USA förändrades klimatet mycket snart.

Motståndet i USA var stort mot begreppet reproduktiv hälsa, inklusive god vård vid abort och med Bushadministrationen upphörde de utlovade anslagen. År 2001 utfärdade George W Bush till yttermera visso »the gag rule«, förbudet mot att amerikanska biståndsmedel gick till organisationer som arbetar med abort, vilken innefattade både förebyggande av abort genom preventivmedel och sjukvård vid skador av illegal abort. Året därpå ströks USAs anslag till FNs befolkningsfond.

Allt detta slog hårt mot den allmänna kvinnosjukvården i fattiga länder. För att inte riskera uteblivna amerikanska anslag uteslöt man reproduktiv hälsa liksom utbildning och vård vid abort från nationella hälsovårdsprogram.

En rad aktörer också bland FN-organisationer och nationella biståndsprogram avförde abortfrågan från dagordningen. De utlovade ansträngningarna för att minska mödradödligheten avstannade och kvinnors reproduktiva hälsa fick en svag ställning i de millenniemål som blev riktlinjer för det internationella hälsovårdsarbetet på 2000-talet.

Ett av FNs millenniemål för global ut-

»**Motståndet i USA var stort mot begreppet reproduktiv hälsa ...**«

veckling [2] handlar om att sänka mödradödligheten som vid sekelskiftet låg på samma nivå som på 1980-talet, alltså ungefär en halv miljon dödsfall per år. Målet som sattes år 2004 var att minska mödradödsfallen till 130 000 år 2015. Men inte heller denna gång planerades några insatser för legalisering av aborter, eller vård efter illegala aborter, som utan tvekan vore den snabbaste metoden att sänka mödradödligheten. Chanserna var alltså mycket små att målet skulle nås denna gång.

Obamas beslut att upphäva munkavle-reglerna kan förhoppningsvis ge en möjlighet att få utvecklingen att vända, och att vi 2015 får se en lägre mödradödlighet än den vi upplevt de senaste 30 åren. Det mest hoppfulla är det sätt på vilket Obama upphävde reglerna och lovade att återuppta det ekonomiska stödet till FNs befolkningsfond. Han presenterade sitt beslut kortfattat och sa att han inte tänkte delta i någon »slate and fruitless debate« med abortmotståndarna, där ingen skulle ändra mening. Det handlade inte om vem som har rätt eller fel i abortfrågan utan om hur USA ska använda sitt hälsobistånd.

Mer behöver inte en president göra. Nu är det biståndsorganisationernas sak att sätta igång sina utbildnings- och sjuk-

vårdsprojekt världen över. Fattiga länder kan genomföra sina nationella hälsovårdsprogram i samarbete med FNs biståndsorgan och med finansiellt stöd även från USA.

I Sverige, som de senaste åren stannat upp i sitt arbete för kvinnors hälsa, kan vi fullfölja innehållet i Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som formulerades 2006: »att ge god vård för kvinnor som genomgått osäkra aborter samt stödja insatser för att göra aborter tillgängliga, säkra och lagliga för alla kvinnor« [3].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. The White House blog. Statement released after the President rescinds »Mexico City Policy«. [24 januari 2009] <http://www.whitehouse.gov/statement-released-after-the-presidentrescinds/>
2. MDG. Millennium development goal 5: Reproductive health. WHO. 2004: http://www.who.int/mdg/goals/goal5/reproductive_health/en/index.html
3. Sweden's international policy on sexual and reproductive health and rights. UD 06.008.- Utrikesdepartementet. 2006. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/61468>

Fler debattinlägg på sidan 524.

APROPÅ! Tid till reflexion

Vi borde ha råd med »slow medicine«

Itakt med att allt går snabbare och snabbare, eller kanske snarare upplevs gå snabbare och snabbare, blir det långsamma en lyx. Att stanna upp och tänka efter. Att få en stund för sig själv med sina egna tankar. Att tillsammans med en patient reflektera över något som för oss närmare varandra. Något som skapar samförstånd. Något som ökar samhörigheten. Något som ökar förtroendet och som därmed ökar följsamheten till behandlingen. Ska det vara en lyx? Eller ska det vara en självklarhet?

Vad vill vi uppnå? Går det att uppnå utan att låta samtalet ta tid? Kan skattningsska-

lor ersätta den personliga kontakten när man vill bedöma och förhindra suicid? Hur hjälper man en person som mår dåligt?

Jag har inte svaren. Socialstyrelsen och Landstinget ger svaren. Långt ifrån en sokratisk dialog lär vi oss vad vi måste göra. Vad som krävs av oss i form av dokumentation. Vad som krävs av oss i form av produktion. Hur räknar man vinst i omvårdnad? Hur bedömer man om ett samtal är effektivt?

Är det så självklart att vi ska vara inkännande och hänsynsfulla att det inte behöver nämnas? Räknar man med att

de som är kliniskt aktiva ska ta mer ansvar än vad direktiven gör? Ta mer ansvar än vad den ekonomiska styrningen gör? Vi kanske är så kloka. Vi kanske är så ansvarstagande. Får vi beröm då? Får vi höra att vi är duktiga och har gjort ett bra jobb? Vem lämnar referenser när vi söker arbete? Är det de som vi har tagit hand om?

Trots en ekonomisk kris borde vi i Sverige i dag ha råd med »slow medicine«. Vi borde kunna unna oss själva som befolkning en närvaro i kontakten mellan vårdgivare och patienter. Vi borde kunna prioritera något av det viktigaste

som finns i livet, kontakten med våra medmänniskor. Det borde inte vara upp till den enskilda behandlaren att skapa denna tid.

De medborgare som inte upplever att de har tid att stanna upp och reflektera kan erbjudas en »drive thru« med prover och snabba svar. Sedan kan de Googla efter åtgärder som de behöver vidta för att förbättra sina förutsättningar till att fortsätta stressa så länge som möjligt.

Mats Ek

ST-läkare i psykiatri,
Psykiatri Sydväst,
Stockholms läns landsting
mats.a.ek@sll.se