

Abortturism och människovärde

Sveriges preventiva och abortförebyggande arbete har betydande brister. För många av oss känns det bekymmersamt – både att verkligheten ser ut som den gör, att Sveriges abortsyn görs till en exportvara och att det finns en uttalad motvilja hos de ledande företrädarna för kvinnosjukvård i Sverige mot att se abortsituationen från människovärdessynpunkt.

Mitt kritiska inlägg om Läkarförbundets extremt kortfattade yttrande över utredningen Abort i Sverige (Läkartidningen 26–27/2006, sidan 2067) har kommenterats av några av de verkliga veteranerna i svensk abortdebatt (Läkartidningen 30–31/2006, sidorna 2238–9). Deras ståndpunkt är välkänd liksom deras ointresse att diskutera abortfrågan utifrån människovärdessynpunkt. De säger sig inte vilja »fastna i ändlösa diskussioner med abortmotståndare som ändå inte kan övertygas«. Detta sätt att avfärda behovet av att problematisera abortfrågan är alltför vanligt och en viktig orsak till att den etiskt svåra abortdiskussionen oftast uteblir.

Staffan Bergström, Marc Bygdeman och övriga medförfattare tycks inte alls beakta det ofödda barnet. Dess existens stör inte det resonemang de för och har fört de senaste decennierna. De tror sig inte kunna »övertyga« mig i synen på det ofödda barnet, och däri har de rätt. För mig, och för många andra inom professionen, är och förblir abortingreppets eliminering av ett mänskligt liv en fråga värd att belysa och diskutera.

När det gäller sakfrågan som mitt in-



TOMAS SEIDAL
överläkare, docent, verksamhetschef, Länssjukhuset i Halmstad
tomas.seidal@lthalland.se

lägg handlade om, nämligen hur Läkarförbundet hanterar frågan om utländska kvinnors möjlighet att få abort utförd i Sverige, sägs inte mycket i Bergströms och medförfattares replik.

De fokuserar på en helt annan fråga, nämligen osäkra aborter i världens fattigaste länder. Jag är helt överens med dem om att detta är ett hälsoproblem, som förtjänar att uppmärksammas. Att öppna Sveriges gränser för abortturism är emellertid verkningslöst för att åstadkomma förbättringar för de fattigaste ländernas kvinnor, och det vet Bergström m fl. Även om den fråga de fokuserar på är angelägen, är den alltså i just detta sammanhang irrelevant.

Bergström och medförfattare bygger hela sitt resonemang på två antaganden. Dels att frågan om abort inte ska involvera det ofödda barnet och därmed inte innebär något som helst problem avseende människovärde och respekt för mänskligt liv. Dels att den svenska abortlagen, som flera av författarna varit med om att formulera och försvara under mycket lång tid, är fulländad och bör lanseras globalt. Eventuella problem, komplikationer och tillkortakommanden med den svenska lagen och abortsynen förnekas.

I sin iver att se den svenska abortlagen som optimal har Bergström och medförfattare problem att acceptera hur Sverige misslyckats i det abortförebyggande arbetet. Deras påstående att tonårsaborterna i Sverige »ligger i nivå med andra länder i Skandinavien och Europa med liberal abortlagstiftning och tillgång till preventivmedel« är direkt felaktigt. Andelen aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år var år 2005 i Sverige 24,3, i Danmark 15,8, i Norge 15,4 och i Finland 14,8 [1–4]. Det innebär att andelen tonårsaborter i Sverige var 54 till 64 procent högre än i våra nordiska grannländer. Av samtliga EU-länder hade endast Estland högre andel tonårsaborter än Sverige år 2003. Vid en jämförelse av hur ofta tonårsgraviditeter avbryts i EU-länderna återfinns Sverige i den absoluta toppen; till och med utan konkurrens, då mer än 80 procent av alla tonårsgraviditeter i Sverige avbryts.

Det är lite märkligt att, som Bergström och medförfattare gör, hänvisa till tio år gamla (!) statistiska jämförelser när det gäller graviditetstal. Faktum är att när det gäller graviditetstal bland tonåringar ligger Sverige, tillsammans med Storbritannien och Finland (med data från 2003) i topp bland EUs medlemsstater i Väst- och Nordeuropa [5].

Det finns således underlag att hävda att Sveriges preventiva och abortförebyggande arbete har betydande brister. Med

den syn på det ofödda barnet som Bergström m fl ådagalägger är detta kanske inte något problem. För många av oss andra känns det dock bekymmersamt – både att verkligheten ser ut som den gör, att Sveriges abortsyn görs till en exportvara och att det finns en uttalad motvilja hos de ledande företrädarna för kvinnosjukvård i Sverige mot att se abortsituationen från människovärdessynpunkt.

Som jag påpekat i mitt första inlägg är det också tråkigt att Läkarförbundet i sitt remissyttande helt avstår från att belysa de problem som en eventuell abortturism kommer att medföra. Med tanke på att remissyttrandet enligt Läkarförbundet bl a baseras på en diskussion i Svensk förening för obstetrik och gynekologi är det måhända inte så konstigt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Aborter 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se>
2. Svangerskapsavbrudd, 2005. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2006. <http://www.ssb.no/abort/tab-2006-04-26-01.html>
3. Legalt provokerede aborter 2005 (foreløbig opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2006:5. Sundhedsstyrelsen; 2006. <http://www.sst.dk>
4. Statistikmeddelande 2/2006. Aborter – preliminära uppgifter för 2005. Helsingfors: Stakes; 2006. http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2006/Tt02_06.pdf
5. Eurostat. Datauttag 3 augusti 2006 (webbadress?)

Sidan 2665: Staffan Bergström och medförfattare replikerar.

Replik:

En fråga om internationell solidaritet

Den föreslagna lagändringen visar att Sverige menar allvar med de åtaganden som gjorts internationellt om att verka för kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter. De etiska frågor som Seidal efterlyser behandlas av utredningen, och de som ska verkställa lagens intentioner har tagit ställning till det etiska dilemma som abortingreppet innebär.

Tomas Seidal är ense med oss om att han inte kan övertygas i sin syn på abort, och han inser nog också att det är fruktlöst att söka få oss att gå med på inskränkningar av den svenska abortlagen. Han medger gärna att osäkra aborter i världens fattiga länder är ett hälsoproblem, men är inte benägen att problematisera sambandet mellan stränga abortlagar och tusentals mödradsfall. Låt oss därför återgå till utgångspunkten och diskutera utredningen om utländska kvinnors möjlighet att få abort utförd i

STAFFAN BERGSTRÖM

professor, avdelningen för internationell hälsa (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm

MARC BYGDEMAN

professor em, kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

ANNA NORDFJELL

ordförande i Svenska Barnmorskeförbundet

MARGARETA REHN

barnmorska, chefredaktör för Jordemodern, Svenska Barnmorskeförbundet

CHRISTINA ROGALA

barnmorska, verksamhetschef, RFSU-kliniken, Stockholm

KAJSA SUNDSTRÖM

gynekolog, professor, Stockholm

CATHARINA ZÄTTERSTRÖM

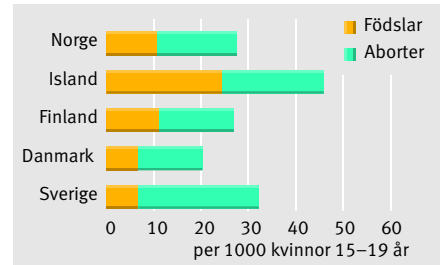
samordningsbarnmorska, mödrhälsovården, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) Sydväst

Sverige, en utredning som Läkarförbundet enligt Seidal alltför lättvindigt stöder.

Utredningen Abort i Sverige [1] tar i själva verket upp de etiska frågor som Seidal efterlyser. Konflikten mellan kvinnans reproduktiva rättighet och fostrets rätt att utvecklas redovisas och diskuteras. Med hänvisning till tidigare utredningar fastslås att lagen ger företräde åt kvinnans rätt till integritet och bestämmanderätt. Läkarförbundets remissvar innebär alltså att detta resonemang, liksom utredningen i sin helhet, stöds av gynekologer och obstetriker. De som ska verkställa lagens intentioner har tagit ställning till det etiska dilemma som abortingreppet innebär.

Seidal har också en invändning mot att Läkarförbundet inte närmare belyser de problem som »abortturism« medför. Då undrar vi – bortsett från det förfärliga ordvalet – vilka problem som avses. Gäller det om vi har råd och kapacitet att ge abortvård till betalande patienter från andra länder så som vi gör med annan medicinsk vård – eller gäller det de problem kvinnor i några av våra närmaste grannländer i Europa ställs inför när deras reproduktiva rättigheter inskränks?

Inom EU har Irland, Portugal, Malta och Polen förbud mot abort. I andra EU-länder har tillägg och skärpning av lagarna inneburit förödmjukande villkor för att en kvinna ska få välja det som tidigare varit en rättighet. I Polen råder sedan 1990-talet förbud mot både abort och preventivmedel. Sedan dess har kvinnor tvingats resa till Tyskland eller



Figur 1. Födslar och aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år, Norden 2002 (Island 1999). Källa: Stakes, nordisk abortstatistik. Statistikmeddelande 32/2004. (www.stakes.fi/NR/rdonlyres/304830FC-E883-4767-9827-17132471106C/o/Tt32_04.pdf)

Ryssland eller betala dyrt inom landet för en operation som tidigare var legal. De fattigaste är som alltid hänvisade till riskfyllda illegala aborter. Enligt utredningen utförs i Polen idag mellan 70 000 och 150 000 illegala aborter per år.

Seidal är kritisk till det han kallar abortförebyggande arbete. Vi påstår inte att det förebyggande arbetet är utan brister, men vi som arbetar med reproduktiv hälsa och rättigheter har en något anorlunda syn på detta arbetes mål och innehåll. Det handlar om ett brett hälsofrämjande arbete inom området sex och samlevnad, förankrat i kvinnosjukvården och med särskild inriktning på ungdomar. Det initierades på 1970-talet i samband med ändringen i abortlagen. Syftet är att förebygga oönskade graviditeter.

Det övergripande målet är att barn ska födas önskade och att unga människor ska få kunskap och medel att fritt och an-

TABELL 1. Aborter och födslar per 1 000 kvinnor, 15–19 år, i de nordiska länderna 1995–2003. (Källa: Stakes, Helsingfors, 2004) www.stakes.fi/NR/rdonlyres/304830FC-E883-4767-9827-17132471106C/o/Tt32_04.pdf

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar
1995	14,8	8,2	11,0	9,8	15,3	23,2	18,0	13,2	17,0	8,6
1996	15,5	8,0	11,4	9,8	20,6	22,0	18,4	13,4	17,8	7,7
1997	14,9	8,4	12,0	9,0	21,7	24,4	19,0	12,8	17,8	7,2
1998	14,6	7,6	13,0	9,2	24,1	25,0	18,7	12,2	18,5	6,5
1999	14,0	7,6	14,1	9,7	21,4	24,6	18,7	11,6	19,0	6,8
2000	14,3	7,8	14,8	10,1		22,4	20,1	11,6	21,1	7,1
2001	14,0	7,6	15,3	10,6		19,8	18,8	11,1	22,5	6,6
2002	13,8	6,7	16,1	11,1		18,1	16,9	10,6	25,1	6,6
2003	14,7	6,0	15,2	10,4		16,1	16,3	9,1	24,4	6,0

svarsfullt planera sitt barnafödande – att själva ta ansvar för och bestämma över sina liv. Abortsiffror är inte ett tillräckligt mått på effekten av det arbetet. Man måste se till både abort- och födelsetal och även beakta utvecklingen över tid.

Som svar på Seidals statistikredovisning presenterar vi ett finskt statistikprogram om tonåringars abort- och födelsetal i de fem nordiska länderna [2]. Tabell I ger utvecklingen under det senaste decenniet; Figur 1 visar mönstret på 2000-talet. Alltsedan 1970-talet har tonårsgraviditeterna minskat, särskilt har barnafödandet sjunkit (utom i Island). Även om mönstret varit likartat i de fem länderna finns idag skillnader, t ex när det gäller andelen tonåringar som vid en graviditet väljer att föda barn, alltså proportionen mellan aborter och födslar.

I Sverige är det 20 procent, i Danmark knappt 30 procent, och i Norge och Finland omkring 40 procent som fullföljer graviditeten. Sverige och Island har de högsta aborttalen, samtidigt som Sverige har de lägsta och Island de högsta födelsetalen. Ökningen i de nordiska länderna av den andel tonåringar som avbryter en graviditet med abort är ett uttryck för ungdomars önskan att vänta med familjebildning och barnafödande.

Slutligen vill vi notera att utredningen föreslår att möjligheten till abort i Sverige ska gälla inte bara EU-området, där denna typ av sjukvårdssamarbete är självklart, utan också andra europeiska och utomeuropeiska länder. Som Seidal påpekar löser den föreslagna lagändringen inte de allvarliga hälsoproble-

men med olagliga aborter i fattiga länder. Utredningens förslag är emellertid en markering och ett stöd i internationellt solidaritetsarbetet inte minst inom EU, där, som vi sett, problemen med illegala aborter också existerar.

Den föreslagna lagändringen visar att Sverige menar allvar med de åtaganden som gjorts internationellt om att verka för kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter. Det är också – som vi skrev i vårt första debattinlägg – en självklarhet att Läkarförbundet, Barnmorskeförbundet och RFSU tillstyrkte utredning-

Slutreplik:

Den etiska diskussionen är bristfällig

Det är glädjande att Bergström och medförfattare i sin replik visar en smula självkritik när det gäller det abortföregångande arbetet i Sverige. Däremot känns det närmast genant att de, som trots allt har en ledande ställning inom svensk kvinnosjukvård, inte kan se potentiella problem om Sveriges gränser öppnas för abortsökande kvinnor. Dessa problem berörs också i utredningen och lyftes fram i mitt första inlägg och behöver inte upprepas.

Min kritik mot det ytterst kortfattade yttrandet från Läkarförbundet om utredningens förslag kvarstår. Den etiska diskussion som förekommer i utredningen är bristfällig vad gäller synen på det ofödda barnet. Vidare återspeglas den etiska konflikten inte i utredningens förslag och än mindre i Läkarförbundets yttrande. Det framstår fortfa-

en därför att det handlar om att erbjuda en fristad för kvinnor från länder med hårdare lagar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. SOU 2005:90. Abort i Sverige. Betänkande av Utredningen om utländska aborter. Stockholm; 2005.
2. Stakes. Nordisk abortstatistik. Statistikmeddelande 32/4004. www.stakes.fi/NR/rdonlyres/304830F-C-E883-4767-9827-17132471106C/0/Tt32_04.pdf

rande som häpnadsväckande för mig och många andra.

I repliken yppar dock Bergström och medförfattare en viss förståelse för att det är rimligt att ha en avvikande syn på abort och det ofödda barnet. Det är naturligtvis positivt och kan utgöra grund för ett fortsatt samtal om vad som gärna beskrivs med den tekniska termen »reproduktiv hälsa«.

Det är nämligen inte rimligt – och där tror jag faktiskt Bergström är beredd att hålla med – att över 30 000 aborter utförs årligen (alltså över en miljon sedan abortlagens tillkomst 1975) under total tystnad från samhälle och profession.

Tomas Seidal

verksamhetschef, överläkare, Länssjukhuset i Halmstad; docent i i biomedicin, Karlstads universitet tomas.seidal@lthalland.se

Uttrycket »elchock« hör inte hemma i Läkartidningen

I slutet av augusti noterade jag etermediernas och dagspressens rapporter om »Fördubbling av elchocker i psykiatri«, och fnös än en gång trött åt att de aldrig lär sig rätt terminologi. Men det är klart, »elchocker« låter ju dramatiskt och är därmed massmedialt intresseväckande.

Redan under mina medicinstudier på 1970-talet fanns termen »elektrokonsulsiv terapi« – med den smidiga populärversionen »elbehandling« – ett bra sätt att komma bort från den överdramatiserande och i sammanhanget felaktiga termen »elchock«, som dessutom

ger associationer till misshandel, övergrepp och tortyr – ytterligare förstärkt av filmer som den i övrigt utmärkta »Gökboet«.

Döm därför om min förvåning när jag i Läkartidningen 34/2006 (sidan 2370) läser exakt den rubrik ovan som återfunnits i dagspressen! Undra på att dagspressen och etermedierna inte byter terminologi när den gamla, dåliga legitimeras av vårt eget fackorgan!

Bror Gårdelöf

överläkare, Linköping
Bror.Gardelov@lio.se

Fler inlägg på webben

<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=3336>

■ HIV-kulten
Hugo Stenström

Slutreplik: 20 års vetenskaplig utveckling tycks ha gått Stenström förbi
Pehr Olov Pehrson