FAMILJE-PLANERING OCH ABORT

Erfarenheter av ny lagstiftning

SOU 1983:31

Betänkande av
1980 års abortkommitté

FAMILJE-PLANERING OCH ABORT

Erfarenheter av ny lagstiftning

SOU 1983:31

Betänkande av
1980 års abortkommitté

70

Statens offentliga utredningar
1983:31
Socialdepartementet

Familjeplanering och abort

Erfarenheter av ny lagstiftning

Betänkande av 1980 års abortkommitté

Stockholm 1983

Omslag Johan Ogden

ISBN 91-38-07687-X
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1983 74669

Till hälso- och sjukvårdsminister Gertrud Sigurdsen

Den 21 februari 1980 bemyndigade regeringen dåvarande hälso- och sjukvårdsministern Elisabeth Holm att tillkalla en kommitté med högst fem ledamöter med uppdrag att göra en utvärdering av abortlagstiftningen samt föreslå åtgärder som syftar till att minska abortfrekvensen i landet.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 1 mars 1980 riksdagsledamot Anita Bråkenhielm som ordförande. Den 19 mars 1980 tillkallades som ledamöter riksdagsledamöterna Christer Eirefelt och Inga Lantz samt dåvarande riksdagsledamöterna Anita Gradin och Elvy Olsson. Olsson erhöll entledigande den 20 maj 1981 och som hennes ersättare tillkallades den 21 maj 1981 riksdagsledamot Karin Israelsson. Gradin entledigades fr. o. m. den 21 oktober 1982. Samma dag bemyndigade regeringen statsrådet Sigurdsen att tillkalla ytterligare en ledamot i kommittén. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 22 oktober 1982 som ledamöter riksdagsledamot Gustav Persson och avdelningschef Turid Ström.

Att som sakkunnig biträda kommittén förordnades den 9 april 1980 förbundsjurist Jan Sahlin. Till experter förordnades den 19 mars 1980 departementssekreterare Helena Starup och leg. läkare Kajsa Sundström-Feigenberg. Starup erhöll entledigande fr. o. m. den 15 november 1982 och som hennes ersättare förordnades fr. o. m. samma dag departementssekreterare Birgitta Liliewall.

Som sekreterare förordnades den 1 maj 1980 fil. dr Mats Rolén. Som biträdande sekreterare förordnades den 1 januari 1981 kurator Margareta Callersten (t. o. m. 31 augusti 1981) och den 1 maj 1981 förste byråsekreterare Merike Lidholm samt den 1 augusti 1981 kurator Jane Lindgren (t. o. m. den 30 november 1982). Vidare förordnades som sekreterare den 1 september 1981 rektor Bertil Norbelie (t. o. m. den 28 februari 1982).

Vi har antagit namnet 1980 års abortkommitté.

Vi har under vårt arbete publicerat rapporten *Bilder och röster. Intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort* (Ds S 1981:24) och avgivit delbetänkandet *Lära leva tillsammans. En kartläggning av samlevnadsundervisning i skola och lärarutbildning* (Ds S 1982:8).

Vi har under vårt arbete publicerat rapporten *Bilder och röster. Intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort* (Ds S 1981:24) och avgivit delbetänkandet *Lära leva tillsammans. En kartläggning av samlevnadsundervisning i skola och lärarutbildning* (Ds S 1982:8).

Vi överlämnar härmed vårt huvudbetänkande *Familjeplanering och abort. Erfarenheter av ny lagstiftning.*

Reservation har gemensamt lämnats av ledamöterna Inga Lantz, Gustav Persson och Turid Stöm. Särskilda yttranden har lämnats av ledamoten Inga Lantz och experten Kajsa Sundström-Feigenberg.

Stockholm den 4 maj 1983

Anita Bråkenhielm

Christer Eirefelt *Karin Israelsson* *Inga Lantz*

Gustav Persson *Turid Ström*

/*Mats Rolén*
Merike Lidholm

Innehåll

II Bakgrundsmaterial

III Forskarbidrag

Författningsförslag

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 §[1]
Staten, landstingskommun eller kommun får enligt vad nedan sägs ersättning för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte som meddelas den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Motsvarande ersättning utgår även till organisation, som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan rådgivning.	Staten, landstingskommun eller kommun får enligt vad nedan sägs ersättning för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte som meddelas den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Motsvarande ersättning utgår även till organisation, som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan rådgivning.
Ersättning till privatpraktiserande läkare för rådgivning i födelsekontrollerande syfte utgår enligt grunder som regeringen fastställer.	Ersättning till privatpraktiserande läkare för rådgivning i födelsekontrollerande syfte utgår enligt grunder som regeringen fastställer.
Ersättning enligt denna lag utgår även för rådgivning angående *abort eller* steriliseringen.	Ersättning enligt denna lag utgår även för rådgivning angående sterilisering.

Denna lag träder i kraft den 000.

[1] Senaste lydelse 1977:369.

Sammanfattning

1980 års abortkommitté tillkallades våren 1980 för att göra en utvärdering av abortlagen (1974:595) och de olika åtgärder som i anslutning till denna inleddes i syfte att förebygga aborter. Abortlagen, som trädde i kraft den 1 januari 1975, ger kvinnan rätt att före utgången av 18:e havandeskapsveckan själv besluta om hon vill fullfölja graviditeten eller ej. För abort vid längre framskriden graviditet krävs tillstånd av socialstyrelsen. Tillstånd får lämnas endast om det föreligger synnerliga skäl för åtgärden.

Såväl regering som riksdag betonade att abort var att betrakta som en nödfallsåtgärd och endast som en del av den större frågan om födelsekontroll samt att abort inte fick bli ett medvetet alternativ till familjeplanering med preventiva metoder.

I anslutning till den nya lagstiftningen tillkom lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet samt andra författningsändringar för att stimulera utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen och underlätta användningen av preventiva metoder för födelsekontroll. Riksdagen beslutade även att ett särskilt anslag för abortförebyggande information skulle utgå till socialstyrelsen under fem år.

Vi har under vårt arbete publicerat rapporten Bilder och röster med intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort (*Ds S 1981:24*) och delbetänkandet Lära leva tillsammans om skolans samlevnadsundervisning (*Ds S 1982:8*).

I detta slutbetänkande presenterar vi ett omfattande material rörande erfarenheterna av abortlagen och de abortförebyggande insatserna och redovisar våra överväganden och förslag.

Abortutvecklingen

Sedan abortlagen infördes har det varje år verkställts 32 000-34 000 aborter i Sverige. År 1982 uppgick antalet till 32 602, vilket innebar en minskning jämfört med de tre närmast föregående åren och ungefär samma antal som 1975. Antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-44 år har likadeles varit stabilt sedan abortlagen infördes och varierat mellan 19,0 (1982) och 20,7 (1979). 1982 års abortfrekvens är den lägsta sedan 1974. Om nuvarande abortfrekvens blir bestående innebär det att varannan kvinna, statistiskt sett, kommer att genomgå abort någon gång. Den svenska abortfrekvensen ligger på ungefär samma nivå som de övriga västliga industriländer, vilka har en med Sverige likartad abortlagstiftning.

Vissa intressanta åldersmässiga förändringar kan noteras. Tonåringarnas graviditets- och abortfrekvens har fortlöpande sjunkit sedan 1975, vilket kan komma att få långsiktig betydelse för abortutvecklingen. Det är kvinnor födda 1961 och senare som i förhållande till tidigare årskullar mera sällan genomgår abort. I åldersbandet 20-34 år har abortfrekvensen varit i stort sett stabil sedan abortlagen infördes, medan den däremot ökat något bland kvinnor som är 35 år och äldre. Det bör emellertid noteras att den totala graviditetsfrekvensen i åldrar över 35 år är mycket låg.

Sedan mitten av 1960-talet har födelsetalen sjunkit betydligt i Sverige, liksom i övriga industriländer. Antalet aborter har inte ökat i samma grad som antalet födda sjunkit vare sig före 1975 eller efter abortlagens tillkomst. Den sedan flera år sjunkande graviditetsfrekvensen har således åstadkommits via förbättrade preventivmedel och effektivare användning av sådana. Abort har därför inte använts som medvetet alternativ till preventivmetoder.

95 % av alla aborter görs numera inom 12 graviditetsveckor och kan därmed utföras med en för kvinnan skonsam metod. Drygt 80 % av samtliga aborter sker inom den öppna sjukvården. Den ökade andelen tidigt utförda aborter har inneburit minskad psykisk belastning för såväl patienten som sjukvårdspersonalen. Knappt 4 % av aborterna utförs numera med s.k. tvåstegsmetod.

Antalet ansökningar som underkastas socialstyrelsens prövning har blivit allt färre. Under de första åren abortlagen var i kraft ingavs årligen omkring 400 ansökningar om abort senare än i 18:e graviditetsveckan. I genomsnitt 80 % av dessa har beviljats och alltså bedömts ha synnerliga skäl. År 1981, som särskilt undersökts av abortkommittén, var antalet ansökningar 308. Av dem beviljades 256 (83 %). Av dessa utfördes 67 p.g.a. diagnostiserad fosterskada. 1982 utfördes 256 aborter efter utgången av 18:e graviditetsveckan.

Vid vår granskning av socialstyrelsens handläggning av ansökningarna om abort har kunnat konstateras att det i flertalet av ansökningarna om abort efter 18:e graviditetsveckan finns tungt vägande skäl att göra abort och att socialstyrelsen i varje enskilt fall gör en saklig prövning av skälen för och emot abort. Vi anser vidare, i enlighet med den praxis som socialstyrelsen tillämpar, att med synnerliga skäl skall avses starka skäl, oberoende av deras art och att det vid handläggningen av de aktuella abortärendena skall lämnas stort utrymme för vad som är speciellt i det enskilda fallet och stort avseende fästas vid kvinnans egen bedömning av sin situation.

Både samhälleliga och individuella faktorer påverkar människors familjeplanering. Graviditets- och abortmönstret företer vid närmare analys vissa regionala skillnader. Mest framträdande är de tre storstadsområdenas höga abortfrekvens. Abortfrekvensen är lägst i Götaland (utom i Malmö- och Göteborgsområdena) samt i Västerbottens län. Abortfrekvensen kan även variera avsevärt mellan olika kommuner inom ett och samma län. Tydligast är detta i län med stora städer, men samma tendens framträder även i glesbygdslän. Orsakerna till sådana skillnader bör närmare undersökas och beaktas av landstingen i deras planering av den förebyggande hälso- och sjukvården. Vi föreslår därför att den centrala abortrapporteringen och

socialstyrelsens statistik i fortsättningen även skall redovisa uppgift om abortpatienters hemort.

En skillnad i abortfrekvens har kunnat konstateras mellan invandrade kvinnor från det östra medelhavsområdet och övriga i Sverige boende kvinnor, vilket är ett uttryck för en annan syn på sexualitet och familjeplanering i deras kulturer. I dessa länder är preventivmedel svåra att få tag i och abort – även illegal – är en vanlig metod för födelsekontroll. Av vår undersökning att döma genomgår kvinnorna i de aktuella invandrargrupperna abort ungefär dubbelt så ofta som övriga kvinnor. Upplysning till invandrare i sexualitets- och samlevnadsfrågor är av betydelse för att underlätta för invandrare att hantera konflikten mellan den egna kulturens och det omgivande samhällets värderingar. Socialstyrelsen har bedrivit upplysningsarbete i samarbete med invandrarnas egna organisationer. Vi anser att sådan verksamhet även är en viktig uppgift för landstingen och kommunerna.

Abortvården

Den kartläggning av abortvården som vi genomfört, har visat att vårdens innehåll och organisation varierar avsevärt mellan olika sjukhus och mottagningar. I allmänhet har dock de kvinnor som överväger och genomgår abort erbjudits ett medicinskt sett gott omhändertagande medan den psykologiska sidan av vården ibland är bristfällig. Det förekommer att behandlingen av kvinnor i abortsituation är rutinmässig och opersonlig och tiden för läkarbesök och samtal alltför knapp. Det finns också brister i vissa moment och vid vissa kliniker i form av t.ex. korta telefontider, långa väntetider på mottagningen, alltför kort tid för läkarbesöket, otillräcklig smärtlindring vid sena aborter. Uppföljning och återbesök efter aborten saknas vid ett stort antal kliniker och mottagningar.

Abortrådgivningens innehåll och organisation varierar mellan olika kliniker och är främst inriktad på att ge kvinnan stöd *före* en eventuell abort. Bestämmelsen i 2 § abortlagen om särskild utredning av kurator vid abort efter 12:e graviditetsveckan tillämpas olika och särskild utredning har uppenbarligen inte alltid ansetts nödvändig eller fått den avsedda effekten att tillförsäkra kvinnan stöd i en speciellt påfrestande situation.

Vi anser att många, men inte alla kvinnor som överväger och genomgår abort är i behov av samtal med kurator, oberoende av i vilket graviditetsskede de befinner sig. Även mannen kan behöva sådan kontakt. Sådant stöd, t.ex. i form av ett bearbetande samtal måste för att nå sitt syfte bygga på frivillighet och utgå från kvinnans och mannens önskan och behov. Sjukvårdspersonalens behov av psykologiskt stöd i samband med abort är inte tillräckligt beaktat. Även den personal som arbetar i abortvården behöver stöd i form av fortbildning samt möjligheter att samtala om de känslor arbetet väcker.

Vi föreslår därför ett förstärkt psykosocialt stöd till alla berörda i samband med abort, dvs. kvinnan, mannen och sjukvårdspersonalen. Det som nu betecknas som abortrådgivning och särskild utredning av kurator bör ingå i det psykosociala stöd som bör erbjudas kvinnor som överväger, genomgår eller genomgått abort, oberoende av tidpunkt i graviditeten. Enligt kvinnans

önskan och behov skall hon erbjudas att få samtala med kurator, läkare eller annan. Det utökade stödet till alla berörda i samband med abort är ett led i ett förstärkt psykosocialt innehåll i kvinnosjukvården överhuvudtaget. Det kan även ses som ett förebyggande arbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

Vi förordar en utveckling mot att abortvården så långt det är möjligt sker i primärvården. Det ger ökad närhet, ökad möjlighet till kontinuitet och uppföljning efter aborten. Kvinnan bör alltid erbjudas ett återbesök efter aborten, för att genom gynekologisk undersökning få bekräftelse på att allt avlöpt väl, att även på ett psykologiskt plan avsluta aborten samt för att i en mindre pressad situation diskutera preventivmetod.

Vi har funnit att det råder osäkerhet på många håll om hur ersättningsbestämmelserna för abortrådgivning resp. särskild utredning ska tillämpas. Abortrådgivning är frivillig och ska vara kostnadsfri för den enskilde; huvudmannen har rätt till ersättning via den allmänna försäkringen enligt lagen om viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Den särskilda utredningen däremot är obligatorisk och kostnaderna för kvinnan och huvudmannens ersättning regleras i samma ordning som vid läkarvård vid sjukdom. Vi anser att en ändring av ersättningsbestämmelserna förenklar en integrering av abortverksamheten i kvinnosjukvården, främjar kontinuitet och helhetssyn i vården och underlättar den föreslagna utvecklingen av psykosocialt stöd i samband med abort. Vi föreslår därför att all vård som ges i samband med en abort vad beträffar kostnaderna för kvinnan och ersättningen till huvudmannen bör följa samma regler som gäller för läkarvård vid sjukdom.

Abortförebyggande insatser

Vår bedömning är, att satsningen på abortförebyggande åtgärder i samband med 1974 års abortlag har givit avsevärda resultat. Preventivmedelsrådgivningen har byggts ut, decentraliserats och når numera ett stort antal människor, dock huvudsakligen kvinnor. Rådgivningen ges oftast av barnmorskor inom mödrahälsovården, vilket inneburit kortare väntetider, lättillgänglighet, ökat kontinuitet och större hänsyn till psykologiska och sociala aspekter av födelsekontroll. Preventivmedelsrådgivningens tillgänglighet kan ökas ytterligare genom tillräcklig kapacitet året om, utåtriktad information, varierande och väl tilltagna telefontider samt mottagningstider anpassade efter de rådsökandes behov.

Utåtriktad uppsökande verksamhet av barnmorskor, kuratorer och läkare i bl.a. skolor, på fritidsgårdar, i föreningsliv, på arbetsplatser m.m. med upplysning om familjeplanering, sexualitet och samlevnad behöver utökas och inrymmas i det ordinarie arbetet.

Bl.a. för att effektivt utnyttja tillgängliga resurser, är det också viktigt att uppmärksamma frågan om födelsekontroll även i samband med gynekologisk vård och i övrigt i primärvården.

För en bibehållen god kvalitet på preventivmedelsrådgivningen krävs fortlöpande fortbildning för barnmorskor, läkare, kuratorer, skolsköterskor m.fl. som ger rådgivning om födelsekontroll.

Den särskilda ersättning för rådgivning i födelsekontroll som infördes 1975

gav en stimulerande effekt på utbyggnaden av rådgivningsverksamheten. Vi befarar att en eventuell övergång till schabloniserade bidrag medför minskade möjligheter till stimulans, styrning och uppföljning av preventivmedelsrådgivningen.

Den satsning på upplysning kring sexualitet och samlevnad som gjorts av socialstyrelsen, vissa landsting och kommuner är betydelsefull för att förebygga aborter och medverka till att de barn som föds är önskade.

Socialstyrelsen har utvecklat metoder för den abortförebyggande upplysningen, spritt erfarenheter från denna till landstingen samt stimulerat och stött landsting, kommuner och enskilda som startat och bedrivit upplysning i sexualitet och samlevnad. Socialstyrelsen har också producerat fakta- och diskussionsmaterial på området och utarbetat underlag för upplysning till särskilda målgrupper. Socialstyrelsens roll i det abortförebyggande arbetet är även i fortsättningen viktig då det gäller metodutveckling, samordning, förmedling av kunskaper och erfarenheter till landstingen samt materialproduktion.

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har landstingen fått ett lagstadgat ansvar även för förebyggande vård, bl.a. den abortförebyggande verksamheten. Många landsting har ännu inte hunnit bygga upp någon abortförebyggande upplysningsverksamhet. I några landsting bedrivs i samarbete med bl.a. kommuner och länsskolnämnd omfattande sex- och samlevnadsprojekt. Det innebär t.ex. fortbildning i sexualitets- och samlevnadsfrågor för berörd personal, utökat samarbete mellan olika yrkesgrupper i kommuner och landsting och särskilda satsningar i form av temadagar, diskussioner, intensifierad samlevnadsundervisning i skolan m.m. Ett minskat antal aborter i samband med sådana satsningar har iakttagits t.ex. på Gotland, i Västerbotten, Jämtland och Värmland.

Permanent abortförebyggande upplysningsarbete bör finnas i alla landsting. Detta bör bedrivas enligt en långsiktig, politiskt fastslagen plan i samarbete med kommuner, länsskolnämnder, övriga vårdgivare, organisationer m.fl. En grundförutsättning för verksamheten är en väl utbyggd preventivmedelsrådgivning. Landstingen bör initiera och samordna fortbildning i sexualitet och samlevnad för berörd personal samt kontinuerligt följa utvecklingen i aborttal, preventivmedelsrådgivning m.m. för att kunna rikta insatser.

SÖ, UHÄ samt berörda linjenämnder bör tillse att det i grundutbildningen för de yrkesgrupper som i sitt arbete kommer i kontakt med samlevnadsfrågor ges kunskaper och möjligheter till diskussioner kring sexualitet, samlevnad och födelsekontroll.

Det finns i dag en omfattande kommersiell marknad som exploaterar människors behov av igenkännande, förebilder och värderingar på sexualitets- och samlevnadsområdet. Upplysningsarbete i samlevnadsfrågor är nödvändigt som motvikt till detta. Viktiga insatser på detta område kan även göras genom t.ex. film, teater, TV-program, böcker m.m. som behandlar dessa ämnen på ett seriöst sätt. Hem, skola och barnomsorg har här en betydelsefull uppgift att fylla i att ge barn och unga förutsättningar för att kritiskt värdera och välja i det stora utbud av litteratur och information som det moderna samhället erbjuder.

En stor del av de intentioner som fanns bakom 1974 års abortlag och tillhörande följdlagstiftning har enligt vår uppfattning uppfyllts. Vi har i betänkandet anvisat vägar för förstärkta insatser i det abortförebyggande arbetet.

I Kommitténs överväganden och förslag

1 Inledning

1.1 Direktiven

Riksdagen beslutade 1979-11-21 att hemställa hos regeringen om en utvärdering av abortlagstiftningen *(SoU 1979/80:10, riksdagens protokoll 1979/80:34)*. Som en följd härav beslutade regeringen vid sammanträde 1980-02-21 att tillkalla en kommitté med uppdrag att göra en utvärdering av abortlagstiftningen samt föreslå åtgärder som syftar till att minska abortfrekvensen. I kommitténs direktiv anförde dåvarande hälso- och sjukvårdsministern Elisabet Holm att den tid som förflutit sedan abortlagen trädde i kraft och det angelägna i att försöka minska abortfrekvensen gjorde det motiverat att genomföra en sådan utvärdering (dir. 1980:16).

Beträffande utvärderingens avgränsning och närmare inriktning anknöt hälso- och sjukvårdsministern till socialutskottets överväganden och anförde:

Kommittén bör utgå från den huvudprincip som lagen bygger på nämligen kvinnans rätt att inom vissa gränser själv bestämma om hon vill fullfölja en graviditet eller ej. Vidare bör de tidsfrister som reglerar abortförfarandet gälla även i fortsättningen.

När det gäller frågan om att lagreglera sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort erinrar jag om att socialutskottet vid flera tillfällen förklarat sig berett att på nytt pröva frågan om sådan lagreglering om någon sjukvårdshuvudman inte skulle följa socialstyrelsens anvisningar.

Kommittén bör i första hand inrikta sitt arbete på att ge en mer djupgående bild av hur abortlagen kommit att praktiskt tillämpas i landet och kartlägga såväl positiva som negativa effekter av den nya abortlagstiftningen.

Den nya abortlagen skiljer sig från tidigare lagstiftning på området framför allt genom att kvinnan fått den principiella beslutanderätten i en abortsituation och genom att utredningsförfarandet vid aborterna avsevärt har förenklats. Det är därför av särskilt intresse att kommittén redovisar vilka konsekvenser dessa förhållanden har haft för de kvinnor som övervägt abort och sedan eventuellt gått igenom abort. I detta sammanhang bör även mannens roll i abortsituationen särskilt uppmärksammas.

Riksdagen har fäst stor vikt vid att abortrådgivningen noggrant utvärderas och pekat på de regionala variationer som förekommer. Kommittén bör i sin kartläggning av hela abortförfarandet särskilt undersöka hur den rådgivning varit utformad som givits de abortsökande kvinnorna dels före, dels efter en eventuell abort. I sammanhanget bör om möjligt belysas hur kvinnan bedömer rådgivningen, kvinnors erfarenheter av olika utformning av rådgivning samt kuratorernas betydelse inom denna verksamhet. Även familjens roll i abortsituationen bör undersökas. Vidare bör om möjligt belysas vilken betydelse den nuvarande lagstiftningens utformning och abortrådgivningens innehåll

och organisation har för att förhindra psykiska efterreaktioner hos kvinnor som gått igenom abort. Av stort intresse är givetvis att få del av sjukvårdspersonalens bedömning av vad som varit positivt och negativt med abortförfarande enligt den nya lagen.

Abortutvecklingen och de regionala, arbetsmarknadsmässiga och åldersmässiga variationerna i abortfrekvensen bör analyseras. Särskilt den gynnsamma utvecklingen beträffande tonårsaborter bör studeras. I det sammanhanget bör belysas effekten av den abortförebyggande satsning som skett samt h-nämndens roll i upplysningsarbetet om sexualitet, samlevnad och födelsekontroll.

Kommittén bör studera hur förhållandena på arbetsmarknaden samt kulturella, sociala och religiösa faktorer påverkar möjligheten att fullfölja en graviditet och därmed inverkar på aborttalen. I sammanhanget måste även abortutvecklingen i förhållande till födelsetal och preventivmedelsanvändning uppmärksammas. Kommittén bör även belysa hur preventivmedelsrådgivningen fungerar och barnmorskans roll i rådgivningen. Kommittén bör särskilt uppmärksamma de problem som gäller att nå ut med information och rådgivning till olika grupper. En viktig målgrupp i detta sammanhang är invandrarna.

Kommittén bör med utgångspunkt i sin analys söka lägga fram konkreta förslag om abortrådgivningens utformning och innehåll samt abortförebyggande åtgärder i syfte att minska abortfrekvensen i landet. Om möjligt bör särskilda åtgärdsprogram föreslås för en förbättrad information om samlevnadsfrågor och om abortförebyggande åtgärder.

Kommittén bör i sitt arbete samråda med statistiska centralbyrån som har i uppdrag att utreda orsakerna till det minskande barnantalet. Kommittén bör vidare ta del av de forskningsprojekt som redovisats eller pågår inom området samt initiera nya projekt som bedöms kunna vara av värde för kommittén.

I den mån kommittén berör frågor som hänger samman med den allmänna hälso- och sjukvårdens omfattning, inriktning och organisation förutsätts samråd ske med företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén bör ta del av internationella erfarenheter vad avser abortutvecklingen.

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt.

1.2 Abortlagen

Abortlagen (1974:595, ändrad senast 1980:222) trädde i kraft den 1 januari 1975 och lyder:

1 § Begär kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas och kan åtgärden ske före utgången av havandeskapets tolfte vecka, får abort utföras, om ej åtgärden på grund av sjukdom hos kvinnan kan antagas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

2 § Har havandeskap pågått längre tid än tolv veckor och kan det efter särskild utredning angående kvinnans personliga förhållanden konstateras, att hinder som avses i 1 § ej föreligger mot abort, får sådan åtgärd på kvinnans begäran företagas intill utgången av adertonde havandeskapsveckan.

Utredning som avses i första stycket får underlåtas, om det med hänsyn till tillämplig abortmetod eller av annan särskild anledning är uppenbart att hinder mot aborten ej föreligger.

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 eller 2 §, skall frågan omedelbart underställas socialstyrelsens prövning.

5 § Abort får utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt 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. Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner.

6 § Kan det antagas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får socialstyrelsen lämna tillstånd till abort utan hinder av bestämmelsen i 3 § andra stycket.

Abort på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket får utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket utan hinder av bestämmelserna i 3 och 5 §§, om ej åtgärden kan anstå utan våda för kvinnan.

7 § Mot socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort får talan ej föras.

8 § Upphävd g. Lag 1980 nr 222.

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 bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit 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.

Utgångspunkten för den abortlagstiftning som antogs av riksdagen våren 1974 är principen om kvinnans rätt att inom vissa tidsgränser själv besluta om en graviditet skall avbrytas eller ej. Detta innebär att abortlagen utgår från en helt annan princip än den äldre lagstiftningen på detta område, vilken hade sin grund i brottsbalkens straffbestämmelser om fosterfördrivning, och fanns intagen i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap.

Enligt 1938 års lag var abort i princip förbjuden men havandeskap kunde få avbrytas om någon av de abortindikationer som uppställdes i lagen var uppfylld. I sin ursprungliga form innehöll lagen tre abortindikationer: medicinsk, humanitär och eugenisk. Dvs. abort kunde medges om det ansågs föreligga allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, om hon blivit gravid efter våldtäkt eller annan brottslig handling eller om hon genom arvsanlag riskerade överföra allvarlig sjukdom till det väntade barnet. 1946 tillkom den s.k. socialmedicinska indikationen vilken innebar att en kvinna kunde beviljas abort om det kunde antas att hennes kroppsliga eller själsliga krafter allvarligt skulle nedsättas om hon fullföljde graviditeten.

I anslutning till rapporterna om läkemedlet neurosedyns skadeverkningar på foster, infördes 1963 en femte abortindikation, vanligen kallad fosterskadeindikationen (1963:213). Prövningen om någon av dess förutsättningar för abort var uppfylld gjordes antingen av två läkare eller socialstyrelsen. Beträffande eugenisk och fosterskadeindikation skulle prövningen alltid ske hos socialstyrelsen.

Riksdagens beslut om ny abortlag hade föregåtts av ett flerårigt utredningsarbete av 1965 års abortkommitté (*SOU 1971:58*) och en bred remissbehandling (de flesta remissvar finns publicerade i *SOU 1972:39*). Frågan om ny abortlagstiftning var även föremål för en intensiv samhällsdebatt. Efter ett omfattande beredningsarbete inom regeringskansliet, som bl.a. innebar åtskilliga förändringar av och kompletteringar till kommitténs förslag, framlade regeringen våren 1974 sin proposition med förslag till ny abortlag m.m. (prop. 1974:70).

Abortlagspropositionen blev föremål för en ingående behandling i riksdagen och socialutskottet ställde sig bakom förslaget till en lagstiftning som utgick från principen om kvinnans självbestämmanderätt och uppfattningen att kvinnan som regel har bättre möjligheter än en läkare eller särskild nämnd att bedöma de omständigheter som påverkar frågan om en graviditet ska fullföljas eller ej. En viktig förutsättning för abortlagen var enligt utskottets mening att samhället erbjuder kvinnan stöd när hon ska fatta beslut beträffande abort samt den höga antikonceptionella standarden i landet. Utskottet betonade att abort ska ses som en nödlösning och inte som ett alternativ till preventivmetoder, och tillstyrkte regeringens förslag om ökade abortförebyggande satsningar. De ökade satsningarna formulerades bl.a. i en särskild lag, lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. (1974:525), varigenom läkarbesök och besök hos bl.a. barnmorska är kostnadsfria för den enskilde om de görs i födelsekontrollerande syfte. Lagen hade som mål att åstadkomma en kraftigt utbyggd preventivmedelsrådgivning genom att staten, landstingskommun eller kommun får ersättning enligt lagen om allmän försäkring (1962:381) för kostnader för preventivmedelsrådgivning meddelad vid personligt besök. Sådan ersättning utgår även till organisation som med socialstyrelsens tillstånd bedriver preventivmedelsrådgivning samt till privatpraktiserande läkare som utför sådan. Riksdagen godkände till alla delar socialutskottets förslag.

Riksdagen biföll även en föreslagen ändring av förordningen (1954:579) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. Härigenom omfattas även p-piller som förskrivits i enbart födelsekontrollerande syfte av

prisnedsättning. Vidare bör nämnas att riksdagen beslutade anvisa särskilda medel åt socialstyrelsens dåvarande nämnd för hälsoupplysning (h-nämnden) för att bedriva abortförebyggande information.

I anslutning till den nya abortlagstiftningen utfärdade socialstyrelsen cirkulär med tillämpningsanvisningar till abortlagen (MF 1974:100, ändrad senast SOSFS M 1976:14).

1.2.1 Möjligheten för rättsinkapabla kvinnor att få abort

Kort efter det att abortlagen trätt i kraft uppkom i skilda sammanhang frågor om möjligheten till abortingrepp på icke rättskapabla kvinnor. En förfrågan hos JO och en artikel i ämnet i Läkartidningen (*Sahlin,* Abortlagen och de rättsinkapabla, Läkartidningen 8/1975) föranledde dåvarande JO Bertil Wennergren att göra en utredning, vilken i sin tur ledde till en framställning till regeringen om ändring i abortlagen. Framställningen och dess bakgrund redovisas utförligt i JO:s ämbetsberättelse 1975/76 (s. 244 ff.).

Diskussionen avsåg i korthet den tveksamhet som kunde råda om det rätta förfarandet i abortsituationer *dels* när det fanns skäl att ifrågasätta om kvinnans begäran om abort var att anse som en rättsligt giltig viljeförklaring, *dels* när abort på objektiva grunder kunde anses tillrådlig men kvinnan själv saknade förmåga att framställa en begäran om abort eller kanske inte ens kunde uppfatta att hon var gravid.

Någon ändring i abortlagen på grundval av JO:s hemställan gjordes emellertid inte. Enligt regeringsbeslut 1975-05-06 föranledde framställningen inte någon regeringens åtgärd.

Från socialstyrelsens sida uppges att de hithörande frågorna inte kan anses ha utgjort något egentligt problem under den tid abortlagen hittills varit i kraft. Det är sålunda bara något enstaka fall som under de gångna åtta åren kommit under socialstyrelsens prövning. Socialstyrelsen har också pekat på att vad som sägs i anslutning till steriliserings av psykiskt utvecklingstörda m.fl. i verkets anvisningar (MF 1975:116) om tillämpningen av steriliseringslagen (s. 10 ff.) i hög grad är tillämpligt också på en abortsituation.

Abortkommittén finner för sin del att erfarenheterna hittills inom denna speciella del av abortverksamheten inte ger anledning till några nya överväganden eller ställningstaganden.

1.3 Utredningsarbetet

1.3.1 Kontakter med forskare, myndigheter och organisationer

Kommittén har under sitt arbete haft kontakt med ett stort antal myndigheter, forskare, hälso- och sjukvårdspersonal, företrädare för olika organisationer och intressegrupper m.fl.

I detta sammanhang bör nämnas att vi vid flera tillfällen anordnat speciella sammankomster med företrädare för olika områden för att få information om frågor med anknytning till vårt utredningsuppdrag. Följande temata har därvid behandlats:

- Familjeplanering, preventivmedel och aborter. Medverkande: forskare, hälso- och sjukvårdspersonal
- Samlevnadsundervisning för invandrare. Medverkande: representanter för socialstyrelsen och invandrarorganisationer m.fl.
- Erfarenheterna av 1974 års abortlag. Medverkande: svenska kyrkan, Sveriges frikyrkoråd
- Sjukvårdspersonalen och abortlagen. Medverkande: sjukvårdspersonalens fackliga organisationer
- arbetet inom socialstyrelsens h-nämnd. Medverkande: personal från h-nämnden
- Abortlagstiftning och abortmönster i ett internationellt perspektiv. Medverkande: C. Tietze och S. Lewit
- Aktuell och framtida utveckling på preventivmedelsområdet. Medverkande: representanter för läkemedelsindustrin och forskningen
- Socialstyrelsens handläggning av ansökningar om abort efter 18:e veckan. Medverkande: justitieombudsmannen Tor Sverne, representanter för socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor
- Erfarenheter av sex- och samlevnadsprojektet i Jämtlands län. Medverkande: personal från projektets ledningsgrupp.

Vidare har kommittén mottagit uppvaktningar från Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) samt Rikskommittén för Rätt till liv. Kommittén har under sitt arbete mottagit ett stort antal skrivelser från organisationer och enskilda personer.

1.3.2 Studiebesök

Hösten 1980 gjorde kommittén ett studiebesök på kvinnokliniken, Regionsjukhuset i Linköping. Syftet var att ge kommitténs medlemmar tillfälle att få en inblick i arbetet på en medelstor kvinnoklinik samt att få sammanträffa med personal som deltar i abortvården.

Kommitténs sekretariat har under utredningsarbetet gjort studiebesök på åtskilliga andra kvinnokliniker samt deltagit i vetenskapliga konferenser med anknytning till frågor om familjeplanering och abort. I anslutning till kommitténs undersökning rörande samlevnadsundervisning i grundskola och gymnasium besökte sekreterare Norbelie ett stort antal skolenheter i Stockholm och ute i landet (se *Lära leva tillsammans Ds S 1982:8*).

Några av kommitténs ledamöter har i samband med utrikes resor tagit del av internationella erfarenheter beträffande abortlagstiftning och abortvård m.m. Kommitténs huvudsekreterare har besökt medicinalstyrelsen i Helsingfors och informerats om den finska abortlagen och riktlinjerna i landets abortförebyggande verksamhet.

1.3.3 Egna undersökningar

Förutom sammanställningar och bearbetningar ur officiell statistik rörande abortfrekvens m.m. har kommittén genomfört ett flertal undersökningar och kartläggningar samt lämnat ekonomiskt stöd till ett par projekt som har haft nära anknytning till kommitténs uppdrag. Sålunda har kommittén låtit göra

en intervjuundersökning bland nära 3 800 kvinnor som genomgick abort under 1981. Syftet med studien var att ge en bättre bild av abortmönstret än vad den officiella statistiken ger. Bl.a. ville vi veta om det fanns några skillnader i abortmönstret mellan olika etniska grupper samt försöka teckna en social och demografisk bild av en grupp kvinnor som genomgår abort. Studien genomfördes i samråd med SCB:s prognosinstitut.

Kommittén har vidare företagit en studie av abortverksamheten i landet. Arbetet har letts av experten leg. läkare Kajsa Sundström. Syftet med undersökningen var att ge en bild av hur abortvården är organiserad, hur denna har förändrats i och med abortlagen och vilka konsekvenser detta har fått för kvinnan som genomgår abort och för sjukvårdspersonalen.

Studien inleddes med en probleminventering i form av ett antal intervjuer bland kvinnor som genomgått abort och bland sjukvårdspersonal på ett par kvinnokliniker. Detta arbete utfördes av kurator Margareta Callersten och har redovisats i en särskild rapport, Bilder och röster. Intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort (*Ds S 1981:24*).

Studiens andra del hade formen av en enkät, som ställdes dels till varje landsting/sjukvårdsdistrikt centralt, dels till varje sjukvårdsinrättning där man utför abort eller undersökning före abort. Den statistiska bearbetningen av enkätsvaren utfördes i samarbete med prognosinstitutet vid SCB. Med ledning av enkätens resultat utfördes sedan studiebesök vid fyra kvinnokliniker. För denna del av studien har kurator Jane Lindgren ansvarat.

Kommittén har i enlighet med sina direktiv uppmärksammat skolans roll i det abortförebyggande arbetet och i ett delbetänkande redovisat de förutsättningar som gäller för samlevnadsundervisning i skola och lärarutbildning samt givit exempel på hur undervisningen genomförs (*Lära leva tillsammans. En kartläggning av samlevnadsundervisning i skola och lärarutbildning. Ds S 1982:8*). I betänkandet, som nyligen remissbehandlats, diskuterar kommittén samlevnadsundervisningens mål och genomförande och föreslår en rad åtgärder bl.a. rörande lärares grundutbildning och fortbildning i syfte att få till stånd en undervisning som på ett bättre sätt leder till att de uppställda målen kan nås.

Vidare har kommittén gjort en kartläggning av utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen samt försökt ge en bild av det upplysningsarbete på samlevnadsområdet som genomförts av landsting och kommuner.

Kommittén har givit ekonomiskt stöd åt ett projekt vid Umeå universitet "Studier omkring legal abort 1980, fem år efter den nya lagen". Projektet har letts av professor Lars Jacobsson.

Vidare har kommittén lämnat visst ekonomiskt bidrag till den s.k. FARG-gruppen inom Svensk gynekologisk förening för bearbetning av enkät rörande behov av fortbildning i födelsekontroll m.m. bland barnmorskor.

1.3.4 Forskarrapporter

I del III av vårt betänkande redovisas tre fristående uppsatser. I dessa behandlas abort ur medicinsk och psykologisk synvinkel samt presenteras dagens och morgondagens preventivmetoder.

Docent Karl-Gösta Nygren, föredragande i socialstyrelsen i frågor rörande

mödrahälsovård och födelsekontroll har skrivit uppsatsen "Att styra sin fruktsamhet". Nygren diskuterar existerande och framtida möjligheter att styra fruktsamheten med hjälp av olika preventiva metoder och i vilken utsträckning man med hjälp av preventivmedel ytterligare skulle kunna minska antalet aborter (kapitel 16).

Professor Marc Bygdeman, Karolinska sjukhuset, presenterar aktuella forskarrön om abortmetoder, komplikationer i anslutning till abortingrepp samt anlägger medicinska synpunkter på abortlagen (kapitel 17).

Psykolog Merike Lidholm, biträdande sekreterare åt abortkommittén, behandlar ämnet "Abort och fruktsamhet i psykologisk belysning". Utifrån aktuella kunskaper om graviditet och fruktsamhet diskuteras de psykologiska processerna kring den kris som en ofrivillig graviditet och abort kan innebära (kapitel 18).

1.3.5 Disposition av betänkandet

Vårt betänkande består av tre delar. Del I, Kommitténs överväganden och förslag, ger en sammanfattande bild av utvärderingens resultat samt våra överväganden och förslag. Del II, Bakgrundsmaterial, innehåller utförligare redovisningar av undersökningar och rapporter som utarbetats under kommitténs arbete. Detta faktamaterial ligger till grund för överväganden och förslag i del I. I del III redovisas som ovan nämnts tre fristående forskarbidrag. Avsikten med denna uppdelning är dels att göra det möjligt för en läsare att snabbt ta del av resultat och förslag, dels att ge den särskilt intresserade tillfälle att fördjupa sig i de olika områden som omfattats av vårt utredningsarbete.

2 Allmän bakgrund

2.1 Inledning

Att avbryta oönskat havandeskap med framkallad abort är en mycket gammal företeelse i historien. Framkallad abort har under senare århundraden med skärpa fördömts av kyrkan, varit förbjuden i lag och stränga straff har utdömts. Utan att gå in på historiebeskrivningen rörande detta område – det finns åtskillig litteratur i ämnet – kan man konstatera att det först är under de allra senaste decennierna som vårt land och länder inom vår egen, eller vår närmaste kultursfär, stiftat särskilda abortlagar som medger kvinnan rätt att själv besluta om abort, eller att få tillstånd till abort om vissa villkor är uppfyllda (se t.ex. *Potts m.fl.* 1977, *Tietze* 1981).

Genom den liberalisering av abortlagstiftningen som genomförts i t.ex. större delen av nordvästra Europa har den officiella statsmakten mer och mer kommit att tillgodose kvinnors/familjers behov och önskemål inom ett område där det tidigare förelegat stor skillnad mellan lagstiftning och den enskilda individens verklighet. Ett påtagligt tecken på denna skillnad är förekomsten av illegala aborter. I en så näraliggande tid som slutet av 1960-talet räknade 1965 års abortkommitté med att det årligen gjordes flera tusen illegala aborter i Sverige (*SOU* 1971:58).

Den gradvisa liberalisering av abortpraxis som skedde under de sista åren 1938 års abortlag var i kraft, och den nya abortlagen (1974:595) som trädde i kraft 1 januari 1975 torde ha inneburit ett slut för lekmannaaborter i Sverige. Genom den reformerade lagen kan numera alla kvinnor som av någon anledning inte önskar fullfölja ett havandeskap inom vissa tidsfrister få abort utförd under betryggande medicinska former av kvalificerad personal. I många internationella arbeten betonas att lagstiftning om abort i första hand styr *var och under vilka medicinska former kvinnor får abort utförd.* När lagen liberaliseras får man som regel ett ökat antal aborter, men detta beror främst på en övergång från illegala till legala aborter. Efter någon tid brukar sedan utvecklingen stabiliseras eller vända nedåt. Detta mönster synes stämma väl med utvecklingen i såväl Sverige som övriga Norden (*Potts m.fl.* 1977, *Tietze* 1981, se kapitel 9).

2.2 Internationell utblick

Det finns idag stora skillnader ifråga om abortlagstiftningen mellan olika länder. Nio procent av världens befolkning lever i stater där framkallad abort

är undantagslöst förbjuden, medan 19 % av befolkningen lever i stater där havandeskap kan få avbrytas, om syftet är att rädda den gravida *kvinnans liv*. Till dessa båda kategorier hör de flesta muslimska stater i Asien, större delen av Latinamerika och Afrika samt fyra europeiska länder: Belgien, Irland, Malta och Portugal. I Spanien som länge hört till denna kategori övervägs f.n. (våren 1983) en försiktig liberalisering av abortlagstiftningen.

För ytterligare tio procent av jordens befolkning gäller att abort får utföras utifrån mera omfattande medicinska indikationer (hot mot *kvinnans hälsa*), eller på eugenisk-, fosterskade- eller juridisk indikation. Omkring 24 % av världens befolkning lever i stater där även sociala faktorer räknas som grund för legal abort. Dit hör bl.a. Västtyskland, Indien, Japan, Storbritannien och de flesta av de socialistiska staterna i Östeuropa. Lagstadgad rätt till självbestämd abort för kvinnan – i regel t.o.m. tolfte havandeskapsveckan – har numera 38 % av befolkningen. Bland de aktuella staterna återfinns t.ex. DDR, Danmark, Frankrike, Holland, Italien, Jugoslavien, Kina, Norge, Sovjetunionen, USA och Österrike. Sverige är ensamt om att ha satt gränsen för självbestämd abort vid 18:e veckan. I USA gäller livsduglighet hos fostret som övre gräns; för Kinas del anges ingen övre tidsgräns för självbestämd abort (se figur 2:1).

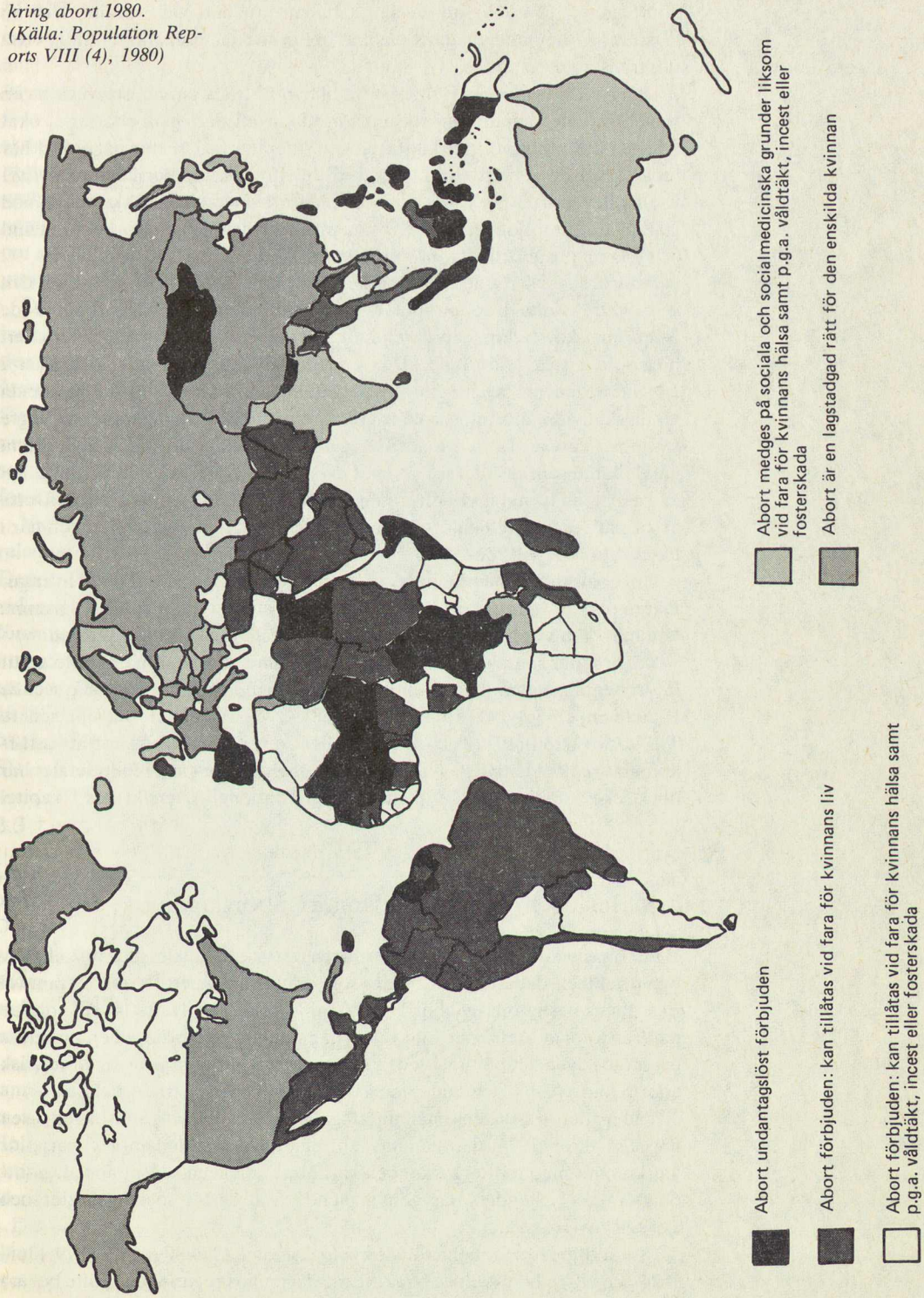
I de länder som numera har självbestämd abort eller en liberal abortpraxis (t.ex. de skandinaviska länderna, Holland och Storbritannien) anses de *illegala aborterna* i praktiken ha upphört. Mycket talar däremot för att sådana förekommer i stor skala i länder med restriktiv lagstiftning. Belysande för konflikten mellan en sträng abortlag och befolkningens önskemål om abortingrepp är för Europas del de "abortresor" som kvinnor i Spanien, Portugal, Belgien, Västtyskland har gjort – och fortfarande gör – till de fristående abortklinikerna i Holland (*Tietze* 1981, *Potts m.fl.* 1977, *Ketting & Schnabel* 1980).

Det bör framhållas att figur 2:1 ger en förenklad bild av hur abortlagstiftningen fungerar i praktiken. Starkt skiljaktiga tolkningar av begrepp som *hot mot kvinnans liv* (eller *hälsa*) eller *betungande sociala förhållanden* förekommer mellan olika länder. Vad som i Polen bedöms vara en "social abortindikation", är det ingalunda i Rumänien etc. Vidare förekommer att länder med en restriktiv abortlagstiftning, såsom Korea och Taiwan, eller Holland fram till våren 1981, i praktiken accepterar att aborter öppet utförs av privatpraktiker eller vid särskilda abortkliniker (*Tietze* 1981).

Å andra sidan innebär inte lagstadgad rätt till abort alltid någon garanti för att de kvinnor som befinner sig i en abortsituation verkligen kan få sin abort utförd. I en del länder förekommer det brist på sjukvårdsresurser/-personal. I andra försöker abortmotståndare inom läkarkåren eller sjukvårdsadministrationen begränsa möjligheten att få abort. Eftersom pengar, kontakter och förmåga att ta sig fram kan öppna dörrar till medicinsk hjälp slår restriktioner och förbud hårt mot fattiga kvinnor samt unga kvinnor utan kompetent stöd. Tietze hävdar att sådana indirekta inskränkningar i tillgången till fri abort eller abort på tvåläkarbeslut förekommer i vissa delar av t.ex. Frankrike, Västtyskland, Italien och USA.

De flesta av Europas stater har idag en abortlagstiftning som tillåter abort på kvinnans begäran t.o.m. 12:e graviditetsveckan, eller som medger abort på breda sociala och socialmedicinska indikationer. Danmark (1973) och

Figur 2:1 Lagstiftning kring abort 1980. (Källa: Population Reports VIII (4), 1980)



Norge (1979) har infört abortlagar som ger kvinnan rätt till självbestämd abort inom 12 graviditetsveckor, medan Finland och Island har en lagstiftning som medger abort på bl.a. breda sociala indikationer inom vissa tidsgränser (se kapitel 9).

De nordiska länderna företer stora likheter i fråga om abortutvecklingen från 1970 och framåt. Gemensamt för alla är att de legala aborterna ökat tydligt i anslutning till att lagstiftningen liberaliserats. Efter någon tid har sedan utvecklingen stabiliserats, varpå abortfrekvensen börjat sjunka. 1981 var antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år högst i Danmark med 20,8. Därefter följde med relativt små intervall Sverige och Norge. I Finland och Island var abortfrekvensen märkbart lägre.

Abortfrekvensen i de nordiska länderna synes vara något högre än den som *rapporterats* från en del av industriländerna i Västeuropa. I de östeuropeiska staterna är däremot abortfrekvensen i allmänhet avsevärt högre än i t.ex. vårt land. Detta avspeglar grundläggande skillnader i användningen av och tillgången på effektiva preventivmedel. En annan viktig skillnad i abortmönstret är att abort är mycket vanligare bland yngre kvinnor i väst än i öst: i t.ex. Sverige är det vanligt att det är den första graviditeten som resulterar i abort. I exempelvis DDR och Tjeckoslovakien är istället abort relativt sett vanligare sedan kvinnan fött 2 barn. Detta avspeglar respektive länders normer ifråga om ungdomssexualitet och när i livscykeln man vill föda barn.

Ungdomsaborterna har minskat i de nordiska länderna, särskilt i Sverige. Däremot har tonårsaborter och tonårsgraviditeter ökat i USA. Samma fenomen kan i dag även iakttas i många av länderna i tredje världen.

I flera stater som tidigast införde självbestämd abort har man på olika sätt infört begränsningar i lagstiftningen. Mest långtgående var i detta avseende Rumänien (1966) och Bulgarien (1968). I dessa länder, liksom senare Tjeckoslovakien (1972) och Ungern (1974), var avsikten främst att åstadkomma en ökad nativitet. Någon mera bestående uppgång i födelsetalet har dock icke åstadkommits. En utförlig internationell översikt ges i kapitel 9.

2.3 Beslutet om utvärdering av abortlagen

De närmaste åren efter det att abortlagen trätt i kraft avklingade åtskilligt av den offentliga debatt i abortfrågan som pågått under ett flertal år fram till riksdagens beslut om ny abortlagstiftning våren 1974. Detta får ses som en naturlig följd av att frågan om ny abortlag slutligen avgjordes, men sannolikt inverkade även det faktum att den nya lagen inte medförde någon dramatisk abortökning. En sådan hade många av lagförslagets kritiker befarat.

Vad gäller riksdagens ställningstaganden i fråga om abortlagen åren närmast efter 1974 må nämnas att några riksdagsledamöter varje år återkommit med motionsyrkanden vari bl.a. krävts en skärpt abortlagstiftning. Dessa yrkanden har genomgående avstyrkts i socialutskottet och avslagits av riksdagen.

I tre motioner som behandlades vid riksmötet 1979/80 (nr 1978/79:1265, 1824 och 1846) hemställdes bl.a. att riksdagen hos regeringen skulle begära

en utvärdering av abortlagen. Dessa motioner behandlades av riksdagen hösten 1979 och socialutskottet tillstyrkte 1979–11–13 att en utvärdering borde göras. Vad som enligt utskottet talade för att en utvärdering skulle genomföras var bl.a. att den nya lagen vilade på en helt annan princip än den tidigare lagstiftningen. Därför var det av intresse att närmare studera lagens tillämpning och effekterna av denna. Även andra faktorer, t.ex. regionala skillnader i fråga om abortfrekvens och förekomst av abortrådgivning, utgjorde motiv för en utvärdering av lagen. Däremot ansåg utskottet att varken den förändring som skett i fråga om antalet legala aborter eller någon annan omständighet motiverade någon omprövning av lagens huvudprincip om kvinnans självbestämmanderätt. Riksdagen godkände till alla delar vad utskottet hemställt.

Det ligger nära till hands att peka på ytterligare några faktorer som indirekt kan ha inverkat på beslutet att utvärdera abortlagen. Till dessa hör den uppmärksammade debatt som pågick rörande Sveriges låga födelsetal åren 1977–78. I riksdagen väcktes flera förslag om dels olika former av förbättrat stöd åt barnfamiljer, dels utredning av utvecklingen på befolkningsområdet. I samband med behandlingen av dessa motioner anordnade socialutskottet bl.a. en "hearing" i befolkningsfrågan med företrädare för forskningen och olika myndigheter (*SoU 1977/78: 32*).

Vid beslutet om att utvärdera abortlagen torde även uppgifter om en relativt kraftig ökning av antalet aborter första halvåret 1979 ha inverkat. Denna ökning blev föremål för stor uppmärksamhet i massmedia, men har vid närmare analys visat sig vara ringa och tillfällig. Många kvinnor förmodades ha slutat med p-piller p.g.a. rädsla för biverkningar. En undersökning från Holland har visat ett samband mellan massmediauppgifter om p-pillers biverkningar och en ökad andel inträffade graviditeter 1978/79 (*Ketting* 1981 a). Sådana faktorer kan ha medverkat till den tillfälliga ökningen i abortfrekvens åren 1979 och 1980 även i vårt land (se kapitel 8).

2.3.1 Abortdebatten

Under de år vi arbetat med utvärderingen av abortlagen tycks olika gruppers opinionsbildande arbete mot aborter och abortlagen ha fått förnyad kraft. Den "anti-abortrörelse" bestående av flera olika grupperingar som finns i vårt land förefaller i stor utsträckning ha hämtat inspiration och metoder från andra länder, även om organisationen "Rätt till liv" bildades redan 1970 under då pågående debatt om abortlagstiftningen. Mest bekant i det internationella sammanhanget är den abortdebatt som förs i USA, men även i många europeiska stater har abortlagstiftningen varit föremål för intensiv samhällsdebatt. Exempel härpå utgör Italien, där den liberala abortlagen av år 1978 prövades och slogs fast vid en folkomröstning våren 1981 samt Holland, där en abortlag antogs av parlamentet i april 1981. Även i Norge aktualiserades abortlagen i den politiska debatten inför det senaste valet till Stortinget.

Det i vårt land mest omskrivna opinionsbildande arbetet mot aborter och abortlagen har skett genom publicering av olika tryckta alster, t.ex. böcker, broschyrer och vykort. I många fall har det rört sig om skrämselpropaganda;

en stor del av bildmaterialet har visat foster som aborterats i sent graviditetsstadium. Syftet med detta har uppenbarligen varit att avskräcka människor från att genomgå abort. Detta material har tidvis vållat viss debatt och bemötts mycket negativt utanför de egna leden. Därvid kan särskilt nämnas att företrädare för svenska kyrkan och frikyrkorörelsen vid ett sammanträde hos abortkommittén tagit avstånd från de överdrifter som förekommit i anti-abortpropagandan.

En principiellt betydelsefull diskussion bl.a. med avseende på vår syn på människovärdet, den oföddes rättsliga ställning och aborter ur etisk synpunkt pågår sedan något år i anslutning till användningen av fosterdiagnostik, dvs. de olika metoder med vilka man kan övervaka fosterutvecklingen och med vars hjälp man bl.a. kan spåra fosterskador (se bl.a. *Fagerberg* 1980, *Fosterdiagnostik* 1982). Den allra senaste tiden har även de nya möjligheterna till invitrobefruktning (s.k. provrörsbarn) och det perspektiv som öppnar sig i förlängningen av forskningen kring genmanipulation tillfört debatten nya mycket svårhanterliga problem och utgångspunkter.

Vad gäller abortlagen bör nämnas, att regeringen genom hälso- och sjukvårdsministern vid flera tillfällen – bl.a. i direktiven till 1980 års abortkommitté – fastslagit att det inte är aktuellt med någon ändring av abortlagens princip om kvinnans självbestämmanderätt eller de i lagen angivna tidsfristerna.

2.4 Principiella synpunkter

Erfarenheter från många länder visar att aborter förekommer i alla samhällen och att abortfrekvensen är påfallande hög såväl i fattiga utvecklingsländer som i välfärdsstater i öst och väst. Detta gäller oavsett ländernas ekonomiska och sociala utvecklingsnivå, och trots grundläggande skillnader ifråga om hälso- och sjukvård, lagstiftning och religion. I själva verket synes abortfrekvensen vara mycket hög i länder med restriktioner mot abort och preventivmedel. Där det är svårt eller omöjligt att legalt få abort, tillgrips illegala aborter. Den abortökning som ofta konstateras i anslutning till en liberaliserad lagstiftning anses vanligen bero på att illegala aborter "ersätts" av legala. En utveckling av denna typ har även ägt rum i Sverige, och gjorda undersökningar tyder på att flera tusen illegala aborter gjordes årligen i vårt land under t.ex. 1960-talets förra del (*Pettersson* 1968, *Tietze* 1981, *Potts m.fl.* 1977).

I direktiven till 1980 års abortkommitté anger dåvarande hälso- och sjukvårdsministern att kommitténs utvärdering bör utgå från principen om kvinnans självbestämmanderätt om abort samt att de i abortlagen angivna tidsfristerna skall ligga fast. Vi vill i anslutning härtill framhålla att erfarenheterna av 1974 års abortlag genomgående är goda. Enligt vår uppfattning är det även av grundläggande social och humanitär betydelse att individen har rätt att bestämma över sin fruktsamhet. Det ter sig felaktigt att någon samhällsinstans eller myndighetsperson ska bedöma människors livssituation och vilken påfrestning fullföljandet av en ofrivillig graviditet skulle innebära. Det innebär en lättnad för kvinnan att numera själv, eller gemensamt med mannen, få besluta om abort. Detta hindrar inte att

ställningstagandet ibland kan vara svårt bl.a. därför att frågan även har en etisk dimension. Man får inte heller bortse från att en ofrivillig graviditet och en abort ofta innebär en psykisk påfrestning.

Med den nya abortlagen upphörde de bestämmelser beträffande abort som funnits i brottsbalken och den lagstiftning som innebar att två läkare eller socialstyrelsen skulle avgöra om en abortsökande kvinna skulle medges abort eller ej. Istället överläts den principiella beslutanderätten, intill 18:e veckan, åt den närmast berörda parten – kvinnan själv.

Lagstiftaren uppställde vissa villkor i samband med abortlagsreformen. Dessa avsåg såväl kvinnorna som samhället och dess sjukvårdshuvudmän. Sålunda betonade såväl regering och riksdag att abort är att betrakta som en nödfallsåtgärd och endast som en del av den större frågan om födelsekontroll, och att abort inte får bli ett alternativ till användning av preventiva metoder. Samtidigt med abortlagen föreslogs och inleddes åtgärder – bl.a. i form av i följdlagstiftning initierade reformer – med inriktning på att förebygga oönskade graviditeter och därmed motverka aborter.

Kvinnans rätt att inom 18 graviditetsveckor själv avgöra om hon utifrån sin livssituation vill fullfölja en påbörjad graviditet eller ej innebär ett stort ansvar, men samtidigt en bekräftelse på hennes förändrade ställning i reproduktionen, familjen och arbetslivet. Utvecklingen av antalet aborter sedan den nya lagen infördes visar att kvinnan förvaltat detta ansvar väl. Självbestämd abort eller "fri abort" har ej lett till någon abortökning.

Även berörda samhällsorgan har i stor utsträckning åtagit sig sin del av ansvaret när det t.ex. gäller att tillhandahålla kvalificerad abortvård, att meddela preventivmedelsrådgivning och att göra satsningar på upplysning som syftar till att minska antalet aborter. En stor del av våra överväganden och förslag handlar emellertid om vilka vägar som står till buds om man, vilket efterfrågas i våra direktiv, vill nå längre i det abortförebyggande arbetet.

Det är en fördel att vi idag kan föra en mera öppen debatt kring frågor rörande familjeplanering och abort än vad som var fallet för ett decennium sedan. Detta kan inverka positivt på kvaliteten i abortvården samt medverka till en fortsatt effektiv familjeplanering med inriktning på det planerade föräldraskapet och ett minskat antal aborter. Det är vår förhoppning att vårt framtagna utredningsmaterial skall bidra till spridningen av kunskap om erfarenheterna av abortlagen samt anvisa möjliga vägar att gå vidare med det abortförebyggande upplysningsarbetet.

3 Födelsekontroll och samhällsutveckling

3.1 Inledning

Fortplantningen – förmågan och möjligheten att föda barn – är viktig i människors liv. Uppväxten, könsmognaden, sexualiteten och sökandet efter en samlevnadspartner är starkt kopplade till fortplantningen. Identitet och självförverkligande som vuxen innebär för de flesta dels att skapa en relation till en annan vuxen människa, dels att som förälder skapa en relation till nästa generation, till sina barn.

Reproduktion och fortplantning betyder mycket också för ett samhälle. Varje samhälle har lagar och institutioner för att kontrollera fruktsamheten, för att skydda och uppfostra barnen. Den sociala kontrollen över barnafödandet är stark i de flesta kulturer, särskilt i ett patriarkaliskt samhälle. Mannen tillförsäkrar sig rätten över barnen genom lagar och kontrollsystem (se även kapitel 18).

Samtidigt som samhället kontrollerar och reglerar familjebildning och barnafödande påverkas människors möjlighet att föda och uppfostra ett visst antal barn av ekonomiska och kulturella faktorer och av tillgången på utbildning, arbete och hälsovård i ett samhälle. Nödvändigheten att begränsa barnantalet eller önskan att i en viss ålder föda barn är i hög grad beroende av socio-ekonomiska förhållanden och speglar synen på sexualitet och samlevnad.

Kontroll av fruktsamhet har skett i alla samhällen och i alla tider. Vilka metoder man använder sig av beror på kunskap om och tillgång till preventivmedel, lagar och restriktioner och på hälsovårdssystemets effektivitet.

Barnafödandet och abortmönstret säger oss därför åtskilligt om människors villkor i ett samhälle. Innan vi går in på vår utvärdering av abortlagen och redovisar våra överväganden och förslag vill vi i detta kapitel peka på några faktorer som är av grundläggande betydelse för fruktsamhet, födelsekontroll och sexualitet.

3.2 Sexualitet och födelsekontroll

Idag skaffar de flesta människor få barn. Majoriteten väljer aktivt att skaffa två barn, och man brukar tala om en s.k. tvåbarnsnorm. Medlet att förverkliga denna "ideala" familjestorlek består i en aktiv familjeplanering,

som idag tillämpas allmänt. Denna kan sägas ha två syften, dels att förhindra icke önskade graviditeter och dels att tidsbestämma önskade graviditeter. Inom vår kultursfär och i vår tid genomförs födelsekontroll huvudsakligen genom användning av olika preventiva metoder samt till viss del genom abort.

I vårt samhälle är tillgången till effektiva preventivmedel och abort de medel som möjliggör ett lågt barnafödande. De är dock inte orsaken. Denna, eller snarast dessa torde främst stå att finna i samhällsförhållanden, i människors motivation och levnadsvillkor. Genom introduktionen av p-piller och spiral vid mitten av 1960-talet har kvinnor fått tillgång till säkrare skyddsmedel som inte är bundna till samlaget och som ger relativt ringa biverkningar. Detta har kommit att få vittgående konsekvenser även för sexualitet, samlevnad och relationer mellan män och kvinnor. Att skaffa barn har för många blivit en fråga som kräver ett aktivt beslut att avbryta sin prevention (*Barn – behov eller börda* 1979, *Sundström* 1982).

Enligt dagens fruktsamhetsmönster beräknas varje kvinna genomsnittligt sett föda omkring 1,6 barn under sin fertila period. Med motsvarande beräkningsmetod innebär vårt nuvarande abortmönster att drygt varannan kvinna kommer att genomgå abort någon gång. En enkel summering ger vid handen att en kvinna statistiskt sett blir gravid 2,2 gånger under sitt fruktsamma liv, vilket omfattar omkring 30 år – tiden från den första ägglossningen i puberteten till klimakteriet. De flesta kvinnor i vår kultur är sexuellt aktiva under större delen av denna period. Det betyder att effektiviteten i den födelsekontroll som tillämpas är mycket stor.

I ett samhälle med denna kraftiga barnbegränsning och en hög preventivmedelsanvändning är ett visst antal aborter ofrånkomliga. Ofta fokuseras uppmärksamheten kring abort på de absoluta talen, dvs. drygt 30 000 årligen. Detta bör dock ställas mot att närmare 1 miljon par med hjälp av preventiva metoder önskar förhindra graviditet. Det behövs emellertid bara att några procent av dessa misslyckas med sin prevention för att det skall inträffa åtskilliga tiotusental ofrivilliga graviditeter. Inte ens våra moderna preventivmedel är 100-procentigt säkra och övriga preventivmetoder kan i vissa fall vara betydligt osäkrare (*Sundström* 1980, *Kvinnor barn* 1982; se även kapitel 16).

3.3 Levnadsförhållanden, familjemönster och fruktsamhet

1960- och 1970-talen innebar ett genombrott för kvinnor på arbetsmarknaden. Antalet kvinnor i arbetskraften har ökat med en halv miljon sedan mitten av 1960-talet, samtidigt som antalet män på arbetsmarknaden varit i stort sett oförändrat. Utvecklingen får delvis ses som en följd av att antalet arbetstillfällen inom områden som traditionellt sysselsätter kvinnor har ökat. Arbetsmarknaden har därmed i stor utsträckning bibehållit sin relativt stränga könsuppdelning. Kvinnornas ökade andel återfinns inom ett fåtal lågavlönade yrkesområden och främst inom den offentliga sektorn. En stor andel kvinnor arbetar deltid. Ett karaktäristiskt drag är att de stora grupper kvinnor som tidigare lämnade arbetsmarknaden medan barnen var små

numera stannar kvar men med kortare arbetstid. Härigenom har skillnaden i förvärvsfrekvens mellan kvinnor med barn och kvinnor utan barn minskat.

I hem och familj har dock mans- och kvinnorollerna ännu ej genomgått samma förändring, även om utvecklingen är på väg att ta nya banor. Mannen har inte tagit ansvar för hem och familj i samma mån som kvinnorna gått ut i arbetslivet. Det är t.ex. fortfarande vanligast att kvinnan har huvudansvaret för hushållsarbetet, även när både kvinnan och mannen arbetar heltid. Vissa förändringar är dock på väg. Exempelvis utnyttjar männen numera lika ofta som kvinnorna föräldrapenning för tillfällig vård av barn, dvs. stannar hemma när barnen är sjuka (*Kvinnor och barn* 1982, *Enklare föräldraförsäkring. SOU 1982:36*).

Både kvinnor och män genomgår idag ofta långvarig utbildning innan de kan etablera sig på arbetsmarknaden. De senaste årens svaga ekonomiska utveckling med ökad arbetslöshet har särskilt gjort det svårt för unga människor att få arbete. Detta kan få betydelse för familjemönster, barnafödande och könsroller.

Ett välkänt drag i dagens familjemönster är att många kvinnor och män bor tillsammans utan att vara gifta. Numera har samboendet blivit den dominerande samlevnadsformen bland människor under 25 år. Detta mönster, som i och för sig har mycket gamla rötter i vissa delar av landet, började framträda på allvar under senare delen av 1960-talet. Åren omkring 1960 hade annars präglats av hög äktenskapsfrekvens; aldrig har så många svenskar levat i äktenskap som under perioden 1950-65. Man gifte sig även tidigare än vad som varit fallet under 1900-talets första årtionden och födde även barnen tidigare. Men fr.o.m. 1960-talet sjönk äktenskapsfrekvensen för att ersättas av samboende (*Barn – behov eller börda* 1979, *Kvinnor och barn* 1982).

Ett annat framträdande drag i familjemönstret är att skilsmässor och brutna förhållanden ökat. 1967 uppgick antalet skilsmässor per 1 000 gifta kvinnor till 5,6 mot 11,4 år 1981. Under senare år har andelen äktenskap som upplösts kort tid efter vigseln ökat kraftigt. Även det informella samboendet, särskilt bland de yngre, visar sig ofta vara instabilt. Ett resultat av det stora antalet brutna förhållanden är att vi idag har en ganska stor grupp ensamstående föräldrar. Enligt en aktuell undersökning (1980) var 13 % av landets vårdnadshavare till barn under 18 år ensamstående och ensamboende föräldrar. Majoriteten av dem var kvinnor (*Ensamförälder 1980. Ds S 1981:18*).

Barnafödandet har minskat fortlöpande sedan 1960-talet. Under de senaste åren har det årligen fötts något fler än 90 000 barn, vilket är det lägsta antal som noterats sedan depressionsåren i början av 1930-talet då fruktsamheten var extremt låg. 1982 föddes 92 706 levande barn i Sverige vilket gav en summerad fruktsamhet på 1,62. Det summerade fruktsamhetstalet skulle behöva ligga på ungefär 2,1 för att varje generation rent biologiskt skulle ersätta sig själv. Redan inom något år torde uppstå födelseunderskott i Sverige, dvs. antalet födda är färre än antalet döda.

Utmärkande för dagens fruktsamhetsmönster är vidare, att relativt få kvinnor under 20 och över 35 år föder barn. Som högst är fruktsamheten i åldern 20–30 år, med en högsta frekvens för 27-åriga kvinnor. En annan

viktig iakttagelse är att det blivit allt mer ovanligt att kvinnor som redan fött två barn även skaffar ett tredje. Andelen kvinnor som föder sitt första barn vid unga år – i tonåren och de tidiga 20-åren – har gradvis sjunkit, vilket kan få betydelse för såväl dessa generationers slutliga barnantal, som för en eventuell ökad andel slutligt barnlösa (*Barn – behov eller börda* 1979, *Kvinnor och barn* 1982).

När människor på ett mycket medvetet sätt bedriver familjeplanering för att skaffa få barn såsom fallet är i Sverige och åtskilliga andra i-länder, leder detta automatiskt till ett visst antal aborter. Det förekommer preventivmedelsmisslyckanden, förhållanden bryts osv.

En hög användning av de moderna preventivmedlen kan i sig också ha haft en viss psykologisk betydelse för människors syn på sin kontroll av fruktsamhet. Med "säkra" metoder som p-piller och spiral har sannolikt följt en ökad önskan att kunna bestämma inte bara om, utan också när man vill föda barn (*Uddenberg* 1982).

I det föregående har vi mest berört de medel med vilka vi bedriver familjeplanering för att förverkliga en ideal familjestorlek. När det gäller orsaken till det låga barnafödandet kan sägas att detta område f.n. är föremål för omfattande undersökningar. Någon enda allmängiltig förklaring till fruktsamhetsnedgången har dock ännu ej presenterats av forskningen. Statistiska centralbyrån (SCB) som på socialdepartementets uppdrag studerar orsaken till det låga barnafödandet i Sverige framhåller också att fruktsamhetsnedgången inte kan förklaras av en enskild orsak. Många viktiga förändringar i samhället inklusive utvecklingen av förbättrade preventivmetoder har inträffat ungefär samtidigt. Detta har dels förändrat individers och familjers livsbetingelser, attityder och värderingar, dels möjligheterna att reglera fruktsamheten. Utifrån en nyligen genomförd intervjuundersökning, som utgör en del av SCB:s forskningar rörande orsakerna till det låga barnafödandet, konstateras att kvinnor själva som skäl till att inte vilja skaffa fler barn ofta anger brist på tid och ork, viljan att förvärvsarbeta eller att göra andra saker samt ålders- och hälsoskäl. Att förhållanden i samhället – direkt eller indirekt – inverkar i hög grad är således uppenbart (*Kvinnor och barn* 1982).

3.4 Preventivmetoder

Som tidigare berörts är användningen av preventiva metoder mycket hög i dagens samhälle. Enligt en intervjuundersökning som SCB genomförde under våren 1981 använde 62 % av samtliga kvinnor i åldern 20–44 år någon typ av preventivmetod. Om vi enbart ser till den grupp kvinnor som vid tiden för undersökningen hade ett sexuellt samliv, inte var gravida men trodde sig vara fruktsamma visar det sig att omkring 90 % skyddade sig mot ofrivillig graviditet. Av de återstående förklarade hälften att de inte använde någon preventivmetod därför att de önskade, eller inte hade någonting emot att bli gravida. *En mycket liten andel av dem som vill undvika graviditet avstår således från att begagna någon typ av preventivmetod.* (Se vidare kapitlen 10 och 16).

Med hjälp av preventivmedel förhindras ett stort antal graviditeter som

eljest skulle kunna leda till abort. Den aktuella användningen av enskilda metoder fördelade sig 1981 på följande sätt bland de kvinnor i åldern 20–44 år som använde någon preventivmetod: (Se tabell 3:1)

De moderna preventivmedlen svarar numera för 58 % av användningen. P-piller av olika typer svarar för en något större andel än spiral. P-pilleranvändningen är särskilt hög bland de yngre kvinnorna. Barriärmetoder används av en tredjedel av dem som använder preventivmedel och bland dessa metoder är kondom den helt dominerande. Avbrutet samlag och s.k. säkra perioder (naturmetoder) praktiseras av knappt 10 % (*Kvinnor och barn* 1982).

En hög preventivmedelsanvändning är emellertid som förut påpekades ingen orsak till det låga födelsetalet; detta gäller i ännu mindre grad för aborterna. En abortfrekvens som den vi haft i Sverige under en rad år är till en del en ganska logisk följd den höga preventivmedelsanvändningen och vår strävan att i alla led kontrollera fruktsamheten och familjestorleken. När man misslyckas med att förhindra en ofrivillig graviditet används abort som "sista utväg". Vad som är avgörande för om en ofrivillig graviditet kan accepteras eller ej måste den berörda kvinnan, eller som ofta torde vara fallet, kvinnan och mannen avgöra utifrån sin egen livssituation.

När man diskuterar möjliga vägar att förebygga aborter anförs ibland att det i första hand är en fråga om bättre preventivmedel. Man efterfrågar "det perfekta preventivmedlet" och nya preventivmedel för män. För att bl.a. få dessa frågor belysta har vi under vårt arbete haft kontakt med forskare från flera discipliner och med läkemedelsindustrin. Docent Karl-Gösta Nygren, gynekolog och forskare inom familjeplanering har på vårt uppdrag utarbetat en lägesrapport rörande dagens och morgondagens metoder att styra fruktsamheten (se kapitel 16).

När det gäller nya preventivmedel står det klart att några lika revolutionerande medel, som på sin tid p-piller och spiral inte är att vänta inom i varje fall ett decennium. Forskningen arbetar till övervägande del med att vidareutveckla redan befintliga hormonsubstanser i syfte att finna lämpligare doseringar. Ett exempel härpå är att östrogendoserna i dagens p-piller är mycket lägre än i de p-piller som fanns på 1960-talet, vilket inneburit mindre biverkningar med bibehållet skydd. Vidare har forskningen utvecklat långtidsverkande metoder för att tillföra de aktuella hormonpreparaten, t.ex. den s.k. p-kapseln och p-sprutan. Även beträffande livmoderinlägg har

Tabell 3:1 Användning av preventivmetoder i procent

	Kvinnans ålder 1980					
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	Samtliga kvinnor
"Naturliga" metoder	4	7	7	11	12	9
Barriärmetoder	23	28	33	38	45	33
P-piller	61	37	25	20	15	31
Spiral	12	28	35	31	28	27
Alla	100	100	100	100	100	100

Källa: Kvinnor och barn 1982

det förekommit och pågår viss metodutveckling i syfte att göra dessa tillförlitligare och friare från biverkningar (t.ex. koppar-T-spiralen). F.n. är en "hormon-spiral" under klinisk prövning (se kapitel 16).

Något nytt manligt preventivmedel kommer enligt våra informationer knappast ut på marknaden på den här sidan sekelskiftet. Ingen av de olika substanser forskningen hittills arbetat med tycks ha lett till något genombrott. Gossypol, det medel som upptäckts och kliniskt provats i Kina, har vid långtidsanvändning i icke-acceptabel grad visat sig innebära risk för permanent sterilitet (WHO-symposium om födelsekontroll, Stockholm, februari 1983). Till bilden hör även, liksom generellt beträffande utveckling av läkemedel, att man alltid rör sig med en lång utvecklingstid och stora utvecklingskostnader. Ofta kan det ta inemot 20 år från upptäckten av en användbar substans fram till dess att ett nytt preventivmedel kommer ut på marknaden.

Vi har emellertid knappast anledning att se dystert på vad som finns att tillgå av preventivmetoder. Idag finns en rad effektiva metoder som ger god säkerhet med ringa biverkningar. I själva verket har vi aldrig haft en sådan hög antikonceptionell standard. Att åstadkomma en ännu högre och effektivare preventivmedelsanvändning är svårt, men måste eftersträvas. Man måste dock komma ihåg att ingen av de preventivmetoder som vi f.n. har tillgång till – inte ens kirurgisk steriliserings – är fullständigt säker: för spiral rör det sig om 1–4 graviditeter per 100 kvinnor och år. Även med en korrekt preventivmedelsanvändning får vi årligen flera tiotusental ofrivilliga graviditeter. Vi får inte heller glömma att den s.k. mänskliga faktorn kan leda till misslyckanden med preventivmedel: sexualitet är inte rationell och logisk.

Det är orealistiskt att tro att man enbart med dagens eller framtida "perfekta" preventivmetoder helt kan undvika aborter. Det är viktigt att forskningen fortsätter arbetet med att utveckla ännu bättre preventivmedel – t.ex. för män. Det är också angeläget att slå vakt om och ytterligare förbättra preventivmedelsanvändningen och arbeta för en ökad medvetenhet kring sexualitet och samlevnad. Vi har utan tvekan nått mycket långt i Sverige i fråga om att förebygga ofrivilliga graviditeter genom att samhället tagit ansvar för en god preventivmedelsservice och genom en hög användning av effektiva preventivmedel. Som närmare utvecklas i kapitel 6 förordar kommittén att samhället skall fortsätta den utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen som inleddes 1975 och framgent inrikta verksamheten mot att förbättra rådgivningens kvalitet. Genom en sådan åtgärd kan man under gynnsamma förhållanden förebygga ytterligare något eller några tusental aborter. Lika viktiga, i synnerhet i ett längre tidsperspektiv, är våra rekommendationer om förbättrad och ökad upplysning i samlevnadsfrågor – en verksamhet som skall återfinnas inom många områden i samhället.

4 Abortutvecklingen

4.1 Inledning

I detta kapitel sammanfattas de olika undersökningar och kartläggningar som vi genomfört beträffande abortmönstret och abortutvecklingen. Framställningen bygger på de resultat som redovisas i vårt bakgrundsmaterial (se kapitlen 8, 10 och 11).

4.1.1 Abortfrekvens

Abortlagen som trädde i kraft 1 januari 1975 ger kvinnan rätt att före utgången av 18:e graviditetsveckan få en abort utförd om hon själv önskar det (se 1.2). Många befarade att den nya lagen skulle medföra en fortsatt kraftig ökning av det årliga antalet verkställda legala aborter. Bakgrunden härtill var att aborterna ökat gradvis under de sista åren den gamla lagstiftningen (1938 års lag) var gällande. 1965 verkställdes omkring 6 000 *legala* aborter, jämfört med drygt 30 000 1974. Det skedde under denna tid en betydande liberalisering av beslutspraxis vid abortansökan; en allt större andel avgjordes lokalt efter beslut av två läkare. Ännu under senare delen av 1960-talet beräknades emellertid flera tusen kvinnor varje år se sig nödsakade att få abort utförd på illegal väg (*Rätten till abort. SOU 1971:58*).

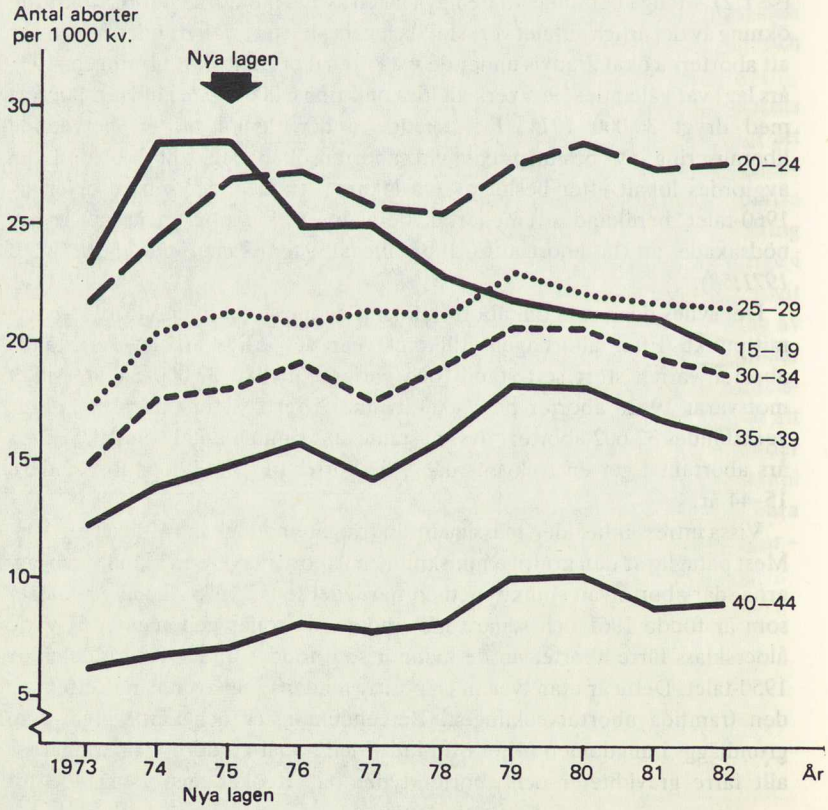
Det synes dock som om abortökningen nådde sin kulmen vid 1970-talets mittpunkt. Efter abortlagens tillkomst har det årliga antalet verkställda aborter varit i stort sett stabilt och varierat mellan 32 000–34 000 vilket motsvarar 19–20 aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder (15–44 år). 1982 verkställdes 32 602 aborter, dvs. nästan exakt samma antal som 1975. 1982 års abortantal ger en frekvens på 19,0 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år.

Vissa intressanta åldersmässiga förändringar har dock inträffat (figur 4:1). Mest påtaglig är den kraftiga minskningen i abortfrekvensen bland tonåringarna, där abortnivån sjunkit med en fjärdedel sedan 1975. De åldersklasser som är födda 1961 och senare har under sina tonår genomgått för varje åldersklass färre aborter än de kvinnor som föddes under senare delen av 1950-talet. Detta är utan tvekan en positiv tendens som även kan få effekt på den framtida abortutvecklingen. Beteendemönster och värderingar som grundläggs i ungdomen följer ofta individen uppåt i åldern. Tonåringarnas allt färre graviditeter och aborter tyder på ett ökat ansvarstagande för

sexualiteten bland tonåringar och en ändrad inställning till sexualitet och barnafödande i dessa åldrar. Bakom detta finns flera orsaker. Dit hör den ökade möjligheten till preventivmedelsrådgivning, vilket var en av de åtgärder som var kopplade till den nya abortlagen. Dit hör också förutom allmänna sociala faktorer och en öppnare attityd till p-medel i hög grad skolans samlevnadsundervisning och de upplysningssatsningar som gjorts av socialstyrelsen och kommuner och landsting. Dessa åtgärder har rimligen stor del i den ökade preventivmedelsanvändning som ägt rum.

Bland kvinnor i åldern 20–35 år har aborterna varit relativt oförändrade till antal och frekvens – abort är allra vanligast i början av 20-årsåldern. Även för kvinnor i åldern 20–25 år kan konstateras en sänkt graviditetsfrekvens vilket inneburit att dagens unga människor kunnat uppskjuta första barnets födelse till en för dem lämplig tidpunkt. Detta har varit möjligt med högre preventivmedelsanvändning och tillgång till fri abort.

För kvinnor över 35 år noterades en viss ökning av abortfrekvensen 1979, en tendens som sedan kvarstod under 1980. Förändringen var relativt måttlig och det synes som om massmediadebatten om riskerna med p-piller spelat en viss roll i sammanhanget. 1981 sjönk emellertid abortfrekvensen ånyo även bland de något äldre, en tendens som kvarstod även under 1982, varför uppgången 1979 och 1980 just tycks ha varit av tillfällig natur. Det bör emellertid noteras att många kvinnor över 35 år slutar med p-piller. Många



Figur 4:1 Antal aborter per 1 000 kvinnor i femårsklasser 1973–1982

kvinnor och män i dessa åldrar kan ha problem att hitta en lämplig preventivmetod. Det finns därför skäl att för deras räkning uppmärksamma frågor kring familjeplanering.

Det finns en tydlig parallell mellan de yngsta och de äldsta kvinnornas abortmönster: i båda fallen fullföljs en mycket låg andel av de inträffade graviditeterna. De unga kvinnorna vill inte bli ensamstående tonårsmödrar och de medelålders anser sig ha avslutat sin familjebildning. Möjligheten till abort är givetvis viktig även för andra åldersgrupper då det gäller att förverkliga familjeplanering när preventionen av någon anledning inte fungerat. De sedan flera år sjunkande födelsetalen, utan motsvarande ökning av antalet aborter visar att abort inte använts som medvetet alternativ till preventivmetoder.

4.1.2 Tidpunkt för abort

Under 1970-talet har aborterna kommit att utföras allt tidigare i graviditetsförloppet. Detta betyder att vakuumaspiration numera kan användas i nära nog samtliga fall, vilket innebär stora medicinska och psykologiska fördelar (se kapitel 17).

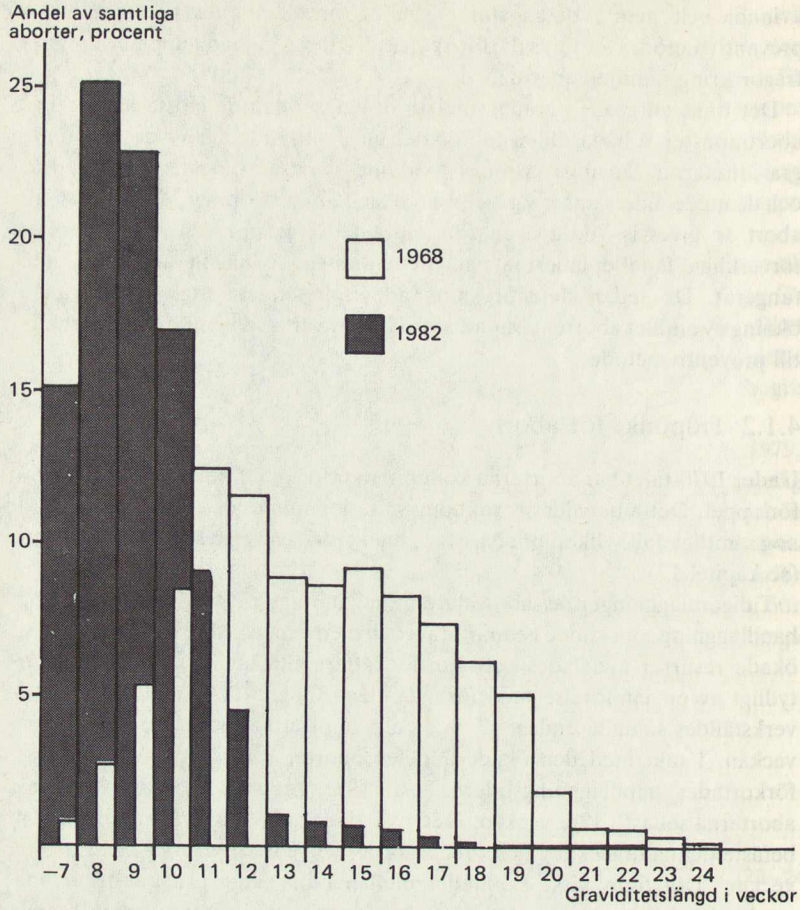
Tidigareläggningen av abortingrepp har möjliggjorts av den förenklade handläggning som kunde genomföras i och med den nya abortlagen och av att ökade resurser avdelades och gjordes lättare tillgängliga. Detta framgår tydligt av en jämförelse med förhållandena under 1960-talet. Ännu 1968 verkställdes sålunda endast 43 % av alla aborter senast i 12:e graviditetsveckan. I takt med den ökade andelen aborter utförda på tvåläkarintyg förkortades handläggningstiderna och 1973 verkställdes t.ex. 80 % av aborterna senast i 12:e veckan. Den nya abortlagen påskyndade sedan och befäste denna utveckling och 1982 utfördes 95 % av aborterna senast i 12:e veckan. Det finns vissa skillnader mellan olika åldersgrupper på denna punkt; de yngsta och äldsta kvinnorna gör sina aborter något senare än övriga grupper (figur 4:2, tabell 8:6).

Den stora andelen tidiga aborter där vakuumaspiration kan användas har även inneburit att abort numera vanligen sker polikliniskt, dvs. inom den öppna vården. 1982 utgjorde sålunda andelen aborter i öppenvård inte mindre än 82 %. Detta har inneburit minskade kostnader per patient.

Övergången till allt tidigare aborter har i hög grad möjliggjorts av 1974 års abortlag. I detta avseende har därför enligt vår mening intentionerna bakom lagen blivit väl uppfyllda. För kvinnor i abortsituation har möjligheterna att få tidig abort med en skonsam metod inneburit en stor fördel såväl vad gäller upplevelsen av proceduren före en abort som själva operationen. Med de polikliniska ingreppen har vidare legal abort sannolikt fått en mindre dramatisk prägel. Tidiga aborter innebär också mindre psykisk belastning för såväl patienter som sjukvårdspersonal.

4.1.3 Vem genomgår abort?

I syfte att kunna ge en bättre bild av kvinnor i abortsituation än vad man får ur officiell statistik, genomförde kommittén under 1981 en intervjuundersökning bland nära 3 800 kvinnor som övervägde och genomgick abort. Studien



Figur 4:2 Procentuell fördelning av aborter efter antal kompletta graviditetsveckor åren 1968 och 1982.

gjordes vid några stora och medelstora kvinnokliniker med hjälp av abortkuratorer eller gynekologer. Vid intervjuerna användes ett kort strukturerat frågeformulär med i huvudsak fasta svarsalternativ (se kapitel 10).

Undersökningen kunde på de flesta punkter bekräfta iakttagelser som tidigare redovisats bl.a. av Jacobsson och medarbetare och Trost (*Jacobsson m.fl.* 1980, 1982, *Trost* 1982). Sålunda framkom att omkring 80 % av de graviditeter som avbryts med abort har tillkommit inom fasta förhållanden. Enligt vad som framkommit i vår intervjuundersökning kan endast en mycket låg andel av aborterna sammankopplas med tillfälliga sexuella förbindelser. En abortfrekvens som vi f.n. har i Sverige, ger ett summerat aborttal på ca 0,6 per kvinna, vilket statistiskt sett innebär att varannan kvinna kommer att genomgå abort någon gång under sina fertila 30 år, om dagens abortmönster blir bestående. Detta betyder att en betydande andel av landets kvinnor har, eller kommer att få erfarenhet av abort (*Trost* 1982).

I vår studie har vi kunnat göra flera jämförelser med statistiska

centralbyråns (SCB) fruktsamhetsundersökning, som nyligen redovisats (*Kvinnor och barn* 1982). Denna är en del av redovisningen från de undersökningar rörande barnafödandet i Sverige som SCB sedan 1978 utfört på särskilt uppdrag från socialdepartementet. Abortkommitténs intervjuundersökning har bearbetats i samarbete med den utredningsgrupp inom SCB, som utför det ovan nämnda forskningsarbetet.

I abortkommitténs undersökning ställdes frågan om kvinnan som överväger abort eller hennes partner använt någon preventivmetod för att förhindra den aktuella graviditeten. Omkring hälften av kvinnorna uppgav därvid att de eller deras partner avsett att undvika graviditet vid det aktuella samlaget. Bland dem som saknade skydd hade ca hälften upphört med sin tidigare preventivmetod – oftast p-piller. 25 % av de intervjuade kvinnorna hade inte använt någon preventivmetod under de närmast föregående sex månaderna. Våra resultat överensstämmer väl med vad som visats i flera tidigare undersökningar.

Gentemot SCB-undersökningens bild av den genomsnittliga preventivmedelsanvändningen i dagens Sverige (se kapitel 3 och 10), framträdde däremot en tydlig skillnad. Detta får även sägas ligga i sakens natur. Användningen av p-piller och spiral liksom antikonception överhuvudtaget var betydligt lägre bland abortpatienterna, än vad som gäller för genomsnittet kvinnor. Detta mönster är logiskt, eftersom de som ej använder preventiva metoder, eller använder relativt osäkra sådana, löper större risk att bli gravida och därmed hamna i abortsituation.

Vi tolkar våra iakttagelser som tecken på att en del – låt vara liten del – män och kvinnor har svårt att finna en för dem fungerande preventivmetod. Kondom, pessar och "naturmetoder" fungerar av allt att döma väl för många, men har den stora nackdelen att vara samlagsberoende med allt vad det kan innebära ifråga om osäkerhet. De kvinnor (och indirekt män) som vi möter i abortsituation tillhör i de flesta fall de 50 % av den sexuellt aktiva befolkningen som enligt SCB förlitar sig på barriär- eller naturmetoder eller medvetet tar risken att bli gravid hellre än att använda en oacceptabel metod. De flesta av dem har säkert samma önskan och motiv att tillämpa födelsekontroll som den stora majoritet som lyckas med sin prevention. I många fall är det slumpen eller hur lätt eller svårt man har att bli gravid med sin partner, som avgör om man blir ofrivilligt gravid. Vad som sedan avgör om man fullföljer eller avbryter en oplanerad graviditet är såväl individuella som yttre faktorer, dvs. vår beredskap att föda oplanerade barn.

Vidare fann vi mycket få fall av upprepad abort kort tid efter en föregående, liksom av abort tätt efter en förlossning. Det är tydligt att de allra flesta framgångsrikt skyddar sig mot en ny graviditet under den första perioden efter en förlossning eller en abort. Av våra resultat att döma tycks dock inte *en* genomgången abort innebära en ökad permanent preventivmedelsanvändning och det är möjligt att detta ännu en gång illustrerar att preventionen är svårlöst för vissa kvinnor och män. För att i möjligaste mån förebygga upprepad abort, rekommenderar vi, att man regelmässigt erbjuder återbesök efter abort varvid man bl.a. tar upp preventivmedelsfrågan (se kapitel 5). Sannolikt behövs i en del fall flera återbesök, eftersom det ibland är svårt att finna en väl fungerande preventivmetod.

4.1.4 Etniska skillnader i abortmönstret

Några av de utomnordiska invandrargrupperna i Sverige har en högre fruktsamhet än den övriga befolkningen (*Olsson* 1982). Genom vår intervjuundersökning har vi kunnat visa, att de kvinnor som invandrat från det östra medelhavsområdet och Östeuropa även oftare genomgår legal abort än svenskfödda kvinnor. Dessa skillnader i graviditetsmönstret synes till stor del bottna i sociala förhållanden och kulturella normer som i hög grad inverkar på könsroller, sexualitet och födelsekontroll. Av våra resultat att döma, liksom av fruktsamhetsstatistiken, framgår att preventivmedelsbruket bland utomnordiska invandrare är lägre än i den svenska befolkningen. Bland de kvinnor som gjorde abort vid de sjukhus som ingick i vår undersökning hade traditionella barriärmetoder som kondom och pessar en förhållandevis liten användning bland invandrare, något som torde har historiskt-kulturella orsaker (se kapitel 10).

Enligt vår uppfattning intar skolan en viktig roll i det abortförebyggande arbetet och i vårt delbetänkande Lära leva tillsammans (*Ds S 1982:8*) framlades flera förslag till en förbättrad samlevnadsundervisning. Bl.a. togs där upp de speciella problem som kan finnas när det gäller att meddela samlevnadsundervisning bland barn inom vissa invandrargrupper. Vi föreslog därför bl.a. att ett särskilt handlingsprogram för samlevnadsundervisning av invandrare tas fram och att hemspråkslärarnas roll i sammanhanget borde klargöras. Vi föreslog vidare att samlevnadsundervisning för invandrarelever skall behandlas i grundutbildning och fortbildning av skolpersonal.

Vi anser vidare att sjukvårdshuvudmännen, som i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har ansvaret för bl.a. den förebyggande hälso- och sjukvården bör följa denna speciella del av invandrarfrågan med ökad uppmärksamhet och bedriva ett aktivt upplysningsarbete på samlevnadsområdet. Sådana insatser bör vara inriktade mot både män och kvinnor och ske i samverkan med invandrarnas egna organisationer. I detta sammanhang förutsätter vi att socialstyrelsen genom byrån för hälsoupplysning fortsätter att samarbeta med och stödja de invandrarorganisationer som arbetar med samlevnadsupplysning.

4.1.5 Regionala skillnader

Valet mellan att fullfölja eller avbryta en oplanerad graviditet framstår säkert som en i hög grad individuell fråga för de flesta män och kvinnor. Man beslutar om någonting som har en djupt personlig innebörd.

Den enskilde är troligen ofta omedveten om i vilken grad hans eller hennes beteende styrs av yttre faktorer. Samtidigt visar vår genomgång av abortmönstret m.m. i län och kommuner att det uppenbarligen finns vissa regionala skillnader i inställningen till abort och barnafödande. Det går inte heller att entydigt säga vilken yttre faktor som styrt abortmönstret i en viss region. Emellertid kan man med ledning av vår kartläggning söka vissa gemensamma regionala särdrag i abortutvecklingen. Därvid framträder tre regioner med vad som kan kallas hög, medelhög och låg abortfrekvens. Till kategorin med hög abortfrekvens kan vi hänföra våra tre storstäder

Stockholm, Göteborg och Malmö samt Uppsala län. Här återfinns det för storstäder typiska mönstret med hög graviditets- och abortfrekvens, lågt och relativt sent barnafödande.

I gruppen med medelhög abortfrekvens ingår norrlandslänen (utom Västerbotten), Kopparbergs län samt länen i Mälardalen. Det är svårt att finna någon enhetlig strukturell förklaring annat än frånvaron av stora urbana områden. Eljest finns en rikhaltig flora av bygder med skiftande ekonomisk och social struktur, från den norrländska skogsbygden till Bergslagens industriorter. Som framgår av våra kommunvisa data, förekommer stora skillnader i aborttal och fruktsamhet *inom* samma län (se kapitel 8).

Den lägsta abortfrekvensen återfinns i södra Sverige samt Västerbottens län där flera av de berörda länen regelbundet redovisar 4–5 färre borter per 1 000 kvinnor i fertil ålder än länen i den "mellersta" gruppen. Gemensamt för dessa län är även kyrkans och frikyrkans hävdvunna ställning. Emellertid torde det även där förekomma stora regionala variationer inom län med låg abortfrekvens, som t.ex. Skaraborgs eller Kalmar län. För detta talar bilden av abortmönstret i Västerbottens län, som uppvisar stor skillnad i abortfrekvensen mellan Umeå och andra delar av länet (*Winoy* 1980).

4.1.6 Förbättringar av abortstatistiken

I vårt utredningsarbete har det varit värdefullt att ha tillgång till en samlad abortstatistik för riket. Vår kartläggning hade varit mycket svårgenomförbar utan de tryckta publikationer och råtabeller vi fått del av genom socialstyrelsens försorg.

Eftersom uppgifter om abortutvecklingen ofta efterfrågas av politiker, sjukvårdsplanerare, forskare, debattörer m.fl. vill vi betona det nödvändiga i att en central abortrapportering och statistikproduktion behålles. Det förefaller lämpligt att ansvaret härför som hittills åvilar socialstyrelsen.

När det gäller abortutvecklingen inom de enskilda länen har vi i kapitel 8 kunnat ge flera exempel på värdet av kommunvisa data. Uppgifter om fruktsamhet och aborter på den lokala nivån (primärvårdsområdet) måste bedömas vara ett viktigt planeringsinstrument för sjukvårdshuvudmännen men framtas f.n. endast av ett fåtal landsting. Vi föreslår därför att varje landsting fortlöpande följer utvecklingen av fruktsamhets- och aborttal på kommunnivå. Förhandsuppgifter om verkställda aborter kan inhämtas via den rapportering som regelmässigt görs till socialstyrelsen från kliniker och öppenvårdsenheter. Det material som Stockholms läns landsting regelbundet redovisar rörande detta område kan tjäna som en utmärkt förebild.

Socialstyrelsen bör emellertid studera om innehållet i den centrala abortstatistiken svarar mot avnämarnas behov. Vi anser exempelvis att den kan göras mer användbar för sjukvårdshuvudmännen i resp. landsting genom att även den kommunvisa utvecklingen framgår. Underlag för en sådan statistik kan fås om man vid abortrapporteringen från kliniker och öppenvårdsenheter redovisar hemkommun för varje patient, en åtgärd som knappast innebär något betydande merarbete varken för socialstyrelsen eller på sjukvårdsinrättningarna.

Ytterligare uppgifter som borde finnas med i abortrapporteringen är tidpunkt för och andra uppgifter om tidigare genomgångna graviditeter.

4.1.7 Kommittén

I det följande sammanfattas de iakttagelser och överväganden som gjorts beträffande abortutvecklingen, abortmönstret och den statistiska uppföljningen.

Kommittén finner att

- det sedan år 1975 årligen utförts ca 32 000 - 34 000 aborter i Sverige
- antalet aborter per 1 000 fertila kvinnor och år legat kring 19-20 sedan mitten av 1970-talet
- tonåringarnas graviditets- och abortfrekvens visat en fortlöpande nedgång sedan 1975 vilket kan komma att få långsiktig betydelse för abortutvecklingen
- abortfrekvensen i stort sett varit stabil bland kvinnor i åldern 20-34 år
- abortfrekvensen ökat något bland kvinnor som är 35 år och äldre men att den totala graviditetsfrekvensen i dessa åldrar är låg
- de sedan flera år sjunkande födelsetalen, utan motsvarande ökning av antalet aborter visar att abort inte använts som medvetet alternativ till preventivmetoder
- 95 % av aborterna görs senast i 12:e graviditetsveckan och i ökad utsträckning i öppen vård (ca 80 %)
- den ökade andelen tidiga polikliniska aborter i hög grad möjliggjorts av 1974 års abortlag som innebär en snabbare och enklare handläggning
- abortfrekvensen är högst i våra tre storstadsregioner och lägst i Götaland och Västerbottens län
- det förekommer stora variationer i abortfrekvens mellan olika kommuner inom samma landsting
- endast ett fåtal landsting regelmässigt gör en uppföljning av abortutvecklingen på den lokala nivån
- omkring 80 % av de graviditeter som avbryts med abort har tillkommit i fasta förhållanden
- hälften av dem som genomgår abort praktiserat någon typ av preventivmetod
- omkring en fjärdedel av dem som genomgår abort nyligen slutat med sin förutvarande preventivmetod – oftast p-piller
- det finns en grupp kvinnor och män som har svårt att finna en för dem fungerande preventivmetod och att dessa utgör en stor del bland dem som hamnar i abortsituation
- dagens abortfrekvens statistiskt sett innebär att varannan kvinna kommer att genomgå abort någon gång och att därför också många män kommer i nära beröring med abortsituationer
- invandrarkvinnor födda i länder i sydöstra Europa har en betydligt högre abortfrekvens än övriga i Sverige boende kvinnor

Kommittén anser att

- en av de viktigaste intentionerna bakom abortlagen uppfyllts genom övergången till allt tidigare utförda aborter. För kvinnorna har detta utan

tvekan inneburit såväl medicinska som psykologiska fördelar. Tidiga aborter innebär även minskad psykisk belastning för sjukvårdspersonalen

- den sjunkande graviditets- och abortfrekvensen bland tonåringar kan få stor betydelse för den framtida utvecklingen på detta område därför att beteenden och värderingar som grundläggs i ungdomen ofta följer med individen under senare livsskeden
- den positiva utvecklingen för tonåringarna sannolikt har flera orsaker: dit hör förutom allmänna sociala faktorer och en öppnare attityd till preventivmedel, den ökade möjligheten till preventivmedelsrådgivning, skolans samlevnadsundervisning och den upplysning om sexualitet och samlevnad som meddelats av socialstyrelsen och vissa landsting och kommuner
- den ökande abortfrekvensen bland kvinnor över 35 år visar att en del kvinnor och män har svårt att finna en fungerande preventivmetod och att man inte längre accepterar oplanerat barnafödande i dessa åldrar
- ett regelmässigt erbjudande om återbesök efter abort med särskild tonvikt på preventivmedelsfrågor är en framkomlig väg när det gäller att förebygga upprepade aborter
- socialstyrelsen, landsting och kommuner i samverkan med invandrarnas egna organisationer bör bedriva ett aktivt upplysningsarbete rörande sexualitet och födelsekontroll i syfte att verka för bl.a. färre aborter
- sådana insatser bör rikta sig till såväl kvinnor som män
- det är angeläget att ha tillgång till en central abortstatistik och ansvaret härför som tidigare bör åvila socialstyrelsen
- socialstyrelsen bör pröva om den nuvarande abortstatistiken svarar mot användarnas behov
- alla landsting bör följa abort- och fruktsamhetsutvecklingen i resp. kommuner (primärvårdsområden) för att kunna göra riktade insatser ifråga om t.ex. preventivmedelsrådgivningen

Kommittén föreslår beträffande statistik och uppföljning att

- socialstyrelsen ändrar kraven på innehållet i abortrapporteringen från sjukvårdsinrättningarna på ett sådant sätt att den centrala abortstatistiken framgent även innehåller uppgifter om antalet aborter m.m. för rikets kommuner. En ändrad abortrapportering bör även kompletteras beträffande uppgifter om tidpunkt för tidigare genomgångna graviditeter m.m.
- alla landsting bör skaffa sig statistik rörande abortutvecklingen i resp. kommuner (primärvårdsområden).

4.2 Abort efter artonde graviditetsveckan

4.2.1 Bakgrund

Abortlagen ger kvinnan själv rätten att besluta om abort intill utgången av 18:e graviditetsveckan. Den som önskar genomgå abort vid längre framskri-

den graviditet måste inhämta socialstyrelsens tillstånd för att ingreppet ska få utföras. Bestämmelser härom framgår av 3 § abortlagen:

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.

De aborter som utförs efter 18:e graviditetsveckan intar sålunda i juridiskt hänseende en annan ställning eftersom avgörandet inte ligger hos den abortsökande själv. Vidare är sent utförda aborter avsevärt mera fysiskt och psykiskt påfrestande för kvinnan, än ett tidigt poliklinskt ingrepp. De sena aborterna upplevs även av personalen som mer psykiskt påfrestande (se kapitel 5).

Under den tid kommittéarbetet pågått har socialstyrelsens beslutspraxis och tolkning av uttrycket *synnerliga skäl* vid ett par tillfällen varit föremål för debatt i massmedia. Med anledning härav företog justitieombudsmannen (JO) en granskning av ett antal abortärenden som avgjorts i socialstyrelsen, och den bedömning av uttrycket synnerliga skäl som styrelsen gjort i några utvalda typfall. JO fann bl.a. att han beträffande flera av de särskilt upptagna fallen hade svårt att ansluta sig till ståndpunkten att de skäl som socialstyrelsen bedömt som tillräckliga för aborttillstånd, skulle utgöra sådana synnerliga skäl som åsyftats vid abortlagens tillkomst. I sitt beslut, som översändes till socialdepartementet, konstaterar JO att hans granskning klart visat att frågan om utformningen och tillämpningen av 3 § abortlagen närmare borde utredas, lämpligen av 1980 års abortkommitté. Med anledning härav beslutade regeringen (1982-02-04) att överlämna ärendet till 1980 års abortkommitté. Några särskilda tilläggsdirektiv utfärdades emellertid inte i anslutning till denna åtgärd.

Kommittén har gjort en kartläggning av i vilken omfattning kvinnor ansöker om socialstyrelsens tillstånd till abort enligt 3 § abortlagen. Vi har även gjort en sammanställning av de huvudtyper av skäl för ingreppet som åberopas i de ingivna ansökningarna. Vidare beskrivs proceduren omkring en abort efter 18:e veckan samt ges en redogörelse för socialstyrelsens handläggning av ansökningarna, dess beslutspraxis och tolkning av uttrycket *synnerliga skäl* (se kapitel 11).

4.2.2 Antalet ansökningar

Ett framträdande drag i abortutvecklingen under tiden efter 1970 är den minskade andelen sent utförda aborter. Ännu 1971 verkställdes nära 6 % (1 098 aborter) av alla abortingrepp senare än i vecka 18. 1982 hade denna andel sjunkit till 0,8 procent (256 aborter; tabell 11:1).

Av vår undersökning (kapitel 11) framgår att det är mycket få ansökningar om abort senare än i 18:e havandeskapsveckan som årligen inkommer till socialstyrelsen. Sedan abortlagen trädde i kraft har styrelsen varje år haft att ta ställning till omkring 400 ansökningar, varav 330–340 har tillstyrkts. 1981, som särskilt studerats av kommittén, inträffade en nedgång i antalet abortansökningar; sammanlagt inkom 308 varav 256 blev beviljade. Största

relativa nedgången gällde ansökningar från mycket unga kvinnor. Såväl föredragande statsråd som socialutskottets majoritet uttalade vid abortlagens tillkomst att lagens 3 § avsåg uttalade undantagsfall. Jämförs antalet aborter efter 18:e graviditetsveckan med det totala antalet legala aborter som årligen verkställs visar det sig att de förra måste betraktas som undantagsfall. Ännu tydligare framgår detta om dessa drygt 250 aborter ställs mot de drygt 90 000 graviditeter som varje år resulterar i födda barn. Utvecklingen av antalet aborter efter utgången av 18:e havandeskapsveckan har sålunda gått i den förväntade riktningen.

4.2.3 Bedömning av synnerliga skäl

I de till socialstyrelsen inkomna abortansökningarna anförs som regel mycket starka skäl. I många fall rör det sig om kvinnor med flera problem av psyko-social natur. En annan viktig grupp utgörs av de ofrivilligt gravida unga kvinnor som ej har möjlighet att själva ta hand om ett barn, men som först sent blivit varse eller förstått att de är gravida. En tredje grupp utgörs av dem som önskar ett avbrytande på grund av att de genom fosterdiagnostik fått vetskap om att deras blivande barn är skadat eller missbildat. För en fjärde klart definierbar huvudgrupp sökande rör det sig om psykisk eller kroppslig sjukdom.

Vår bedömning är att socialstyrelsen i varje enskilt fall gör en saklig prövning av skälen för och emot abort på det sätt som avsetts i abortlagens förarbeten. I de allra flesta fall har styrelsen funnit att det förelegat synnerliga skäl för aborttillstånd; 1981 avslogs exempelvis sammanlagt 52 av 308 inkomna ansökningar (17 %). I hälften av de avslagna ansökningarna var anledningen sannolik livsduglighet; i de återstående avsaknad av synnerliga skäl. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor som sedan 1 juli 1981 är det organ inom styrelsen som handlägger dessa ärenden, har vid ett sammanträde hos abortkommittén uttalat att rådet tolkar uttrycket synnerliga skäl i abortlagens 3 § som mycket starka skäl, men ej nödvändigtvis av speciellt slag. Att ett sådant synsätt präglat rådets beslut bekräftas även av den genomgång som kommittén låtit göra.

Från socialstyrelsens sida har man vid flera tillfällen när rättsliga rådets/abort- och steriliseringsnämndens beslutspraxis kritiserats eller diskuterats uttalat, att man i praktiken fortsatt att tillämpa den praxis som utformades under den gamla abortlagstiftningens tid inom den dåvarande social-psykiatriska nämnden. Några av rådets nuvarande ledamöter har även mångårig erfarenhet från arbetet i socialpsykiatriska nämnden.

Vi vill även något kommentera abortlagens förarbeten beträffande aborter efter 18:e veckan. De två konkreta exempel som anfördes av statsrådet i abortlagspropositionen (1974:70) på vad som kunde utgöra synnerliga skäl – eugenisk- och fosterskadeindikation – var mycket sällan åberopande vid den praktiska tillämpningen av den gamla abortlagen. Dessa exempel bör därför ses som exempel på ett par av flera möjliga undantagssituationer. En sådan tolkning synes även ligga i linje med den helhetssyn som låg till grund för förslaget om ny abortlagstiftning då man frångick de tidigare indikationerna till förmån för en bedömning av kvinnans totala situation. Vad som ytterligare stöder denna tolkning är att socialutskottet och riksdagen avslog

bl.a. den motion som uttryckligen krävde att efter 16:e havandeskapsveckan havandeskapet endast skulle få avbrytas om starka medicinska indikationer förelåg.

I propositionen anförde statsrådet även att abort efter 18:e veckan kunde framstå som en angelägen åtgärd exempelvis i situationer där frågan om abort av skilda orsaker kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten. Vår genomgång av de abortansökningar som avgjorts av socialstyrelsen har visat att det ofta varit fråga om sammansatta skäl och att det funnits rimliga orsaker till att frågan om abort aktualiserats så sent. I materialet ingick t.ex. ansökningar från mycket unga kvinnor som i det längsta förträngt eller förnekat vetskapen om en oönskad graviditet, eller ej vågat yppa sina misstankar för någon förrän vid relativt långt framskriden graviditet. Vidare rörde det sig om kvinnor i en svår ekonomisk och social situation, ibland med drogmissbruk/kriminalitet hos henne själv eller den aktuelle mannen; kort sagt en livssituation som knappast befordrar en snabb och tidig kontakt med det etablerade samhällets vårdapparat. Inte sällan hade också kvinnans livssituation radikalt förändrats t.ex. genom makens sjukdom, otrohet eller liknande.

Beträffande fosterskadeaborterna, som uttryckligen nämndes av statsrådet i den allmänna motiveringen i abortlagspropositionen, innebär de diagnostiska metoder som f.n. används att besked vanligen kan erhållas först i ett långt framskridet graviditetsstadium.

4.2.4 Kommittén

Kommittén finner att

- ansökningarna om abort efter 18:e graviditetsveckan blivit allt färre och att det i flertalet fall finns tungt vägande skäl för att göra abort
- det i många fall rör sig om kvinnor med flera psykosociala problem
- en grupp abortsökande består av ofrivilligt gravida unga kvinnor som saknar möjlighet att ta hand om ett barn
- ytterligare en grupp utgörs av dem som önskar abort beroende på att de genom fosterdiagnostik fått veta att det väntade barnet är skadat eller missbildat
- några få ansökningar är föranledda av psykisk eller somatisk sjukdom
- socialstyrelsen i de flesta fall funnit att det förelegat synnerliga skäl för tillstånd till abort

Kommittén anser att

- med "synnerliga skäl" avses starka skäl, oberoende av deras art
- vid en adekvat prövning av om "synnerliga skäl" föreligger måste lämnas stort utrymme för vad som är speciellt i det aktuella fallet
- kvinnans egen uppfattning av sin situation såsom den kommer till uttryck i kuratorsrapporten bör tillmätas stor betydelse vid en bedömning av om skälen har en sådan styrka att de kan godtas som "synnerliga"
- ansökningar om abort efter 18:e graviditetsveckan även fortsättningsvis bör handläggas av socialstyrelsen och bedömas i enlighet med den praxis som där utformats
- det är angeläget att ansökningshandlingarna ger en allsidig belysning av

situationen så att ärendet inte fördröjs genom att styrelsen tvingas inhämta kompletterande uppgifter

- det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen särskilt uppmärksammar behovet av adekvat psykologiskt stöd till de kvinnor som befinner sig i abortsituation senare än i 18:e graviditetsveckan. Detta gäller i synnerhet när abort övervägs p.g.a. fosterskada. Om kvinnan lever i ett fast förhållande är det viktigt att även mannens reaktion och eventuella relationsproblem i samband med aborten uppmärksammas
- det vid avslagen abortansökan bör ges extra stöd åt den/de blivande föräldrarna som förberedelse till föräldraskapet

5 Abortvården

5.1 Inledning

1974 års abortlag innebar förändringar i fråga om rådgivning och vård vid abort. I propositionen (*prop. 1974:70*) och socialutskottets betänkande (*SoU 1974:21*) finns utförliga överväganden och uttalanden om abortrådgivning och förfarandet i samband med abortingreppet. Abortrådgivningens innehåll och utformning ägnades stor uppmärksamhet under utskotts- och kammarbehandling av propositionen.

I lagtexten stadgas att särskild utredning skall genomföras då abort begärs efter utgången av 12:e graviditetsveckan (§ 2) och att abort skall utföras på allmänt sjukhus av behörig läkare (§ 5 andra stycket).

Anvisningar för den praktiska tillämpningen av de nya bestämmelserna utfärdades av socialstyrelsen (MF 1974:100). I dessa anvisningar behandlas abortrådgivningen ingående och – i överensstämmelse med socialutskottets och riksdagens ställningstaganden – understryks att rådgivningen är frivillig och att den alltid skall erbjudas den kvinna som överväger abort. Rådgivningen skall utgöra ett stöd i en svår situation och får inte ha till syfte att påverka den abortsökande kvinnan att avstå från att begära abort eller låta utföra abort.

I såväl förarbeten som föreskrifter understryks vidare att abortingreppet bör företas i ett så tidigt skede av havandeskapet som möjligt, bl.a. för att minska riskerna för fysiska och psykiska komplikationer. Det betonas också att proceduren i samband med abort bör förenklas, att abortverksamheten bör avdramatiseras och integreras i reguljär gynekologisk sjukvård.

5.1.1 Direktiven

I diskussionen om en utvärdering av 1974 års abortlag har krav på översyn av abortrådgivningen ofta framförts – ibland med syfte att förstärka stödet för kvinnan i abortsituation, ibland för att söka inskränka hennes rätt att själv fatta beslut om abort.

Ett av socialutskottets motiv för att tillstyrka en utvärdering av abortlagen var "regionala skillnader i fråga om – – – förekomsten av abortrådgivning" och även regeringen fäste vid sitt ställningstagande till utvärderingen stor vikt vid att abortrådgivningen noggrant studerades.

I direktiven uppmanas kommittén att ge en djupgående bild av hur abortlagen kommit att praktiskt tillämpas samt att kartlägga såväl positiva

som negativa effekter av den nya abortlagstiftningen. Av särskilt intresse är att redovisa vilka konsekvenser det förenklade utredningsförfarandet haft för de kvinnor som överväger och sedan eventuellt genomgår abort. Även mannens roll i abortsituationen bör uppmärksammas.

Enligt direktiven bör kommittén "i sin kartläggning av hela abortförfarandet särskilt undersöka hur den rådgivning varit utformad som givits dels före, dels efter eventuell abort." Vidare skall kommittén om möjligt belysa hur kvinnan bedömer rådgivningen och dess utformning samt kuratorernas betydelse inom denna verksamhet. Även abortrådgivningens betydelse för att förhindra psykiska reaktioner efter en abort skall uppmärksammas liksom sjukvårdspersonalens bedömning av vad som varit positivt och negativt med abortförfarandet enligt den nya lagen.

Kommittén får också i uppdrag att med utgångspunkt i sin analys söka lägga fram konkreta förslag om abortrådgivningens utformning och innehåll.

5.2 Kartläggning av abortverksamheten

För att få en uppfattning om hur vården vid abort är utformad i olika delar av landet beslöt kommittén hösten 1980 att genomföra en kartläggning av abortverksamheten.

Syftet med studien var att beskriva hur rådgivning och vård vid abort är organiserad samt hur abortvården förändrats i och med den nya lagstiftningen och vilka konsekvenser detta fått för kvinnan som genomgår abort och för sjukvårdspersonalen.

Studien bygger på:

1. en intervjuundersökning med kvinnor i abortsituation och sjukvårdspersonal engagerad i rådgivning och vård vid abort (*Bilder och röster. Ds S 1981:24*)
2. en kartläggning av verksamheten genom en enkät till alla kliniker och mottagningar där abort utförs eller abortrådgivning ges samt
3. studiebesök för att beskriva verksamheten i några sjukvårdsområden med sinsemellan olika förutsättningar och karaktär.

En utförlig redovisning av studien finns i kapitel 12. Här följer en kort sammanfattning.

5.2.1 Var utförs abort?

Sammanlagt finns i landet 98 kliniker eller mottagningar där abortverksamhet av något slag pågår.

Operativ abortverksamhet sker vid 81 sjukhus eller mottagningar. Av dessa är 57 kvinnokliniker, övriga 24 öppna gynekologiska mottagningar.

Den övervägande delen av aborterna, ca 30 000, sker på de 57 kvinnoklinikerna medan ca 3 000 sker vid gynekologiska öppenvårdsmottagningar.

Antalet aborter på varje kvinnoklinik växlar avsevärt, från ett par 100-tal vid vissa mindre kliniker till över 1 500 vid ett par storstadssjukhus.

Abortrådgivning, preoperativ undersökning och eventuell eftervård sker

antingen vid den klinik där aborten utförs eller i primärvården. Abortvård sker i begränsad utsträckning hos privatläkare. I enkäten har 17 mottagningar, varav två privata, uppgivit att läkarundersökningar och erforderliga undersökningar men inte själva abortingreppet utförs. Kvinnan remitteras för operation till närliggande sjukhus och om hon önskar kuratorskontakt hänvisas hon vanligen till sjukhuset. Kuratorer som ger abortrådgivning finns alltid vid kvinnoklinik men endast sällan i primärvården.

5.2.2 Vård vid abort – hur går det till?

De olika momenten i vården vid abort skall här kort refereras och olika organisatoriska lösningar beskrivas.

Graviditetsdiagnosen

Formellt finns möjligheten att vända sig till närmaste mödravårdscentral för att få ett kostnadsfritt graviditetstest.

I 14 landsting uppger man att kvinnorna vanligen kommer till mödravårdscentralen eller preventivrådgivningen för graviditetstest och att de är välkomna att göra det. Dessa landsting ligger i stort sett norr om en gräns från Älvsborgs-Skaraborgs län till Gävleborgs län. Söder om denna gräns svarar man med några få undantag att kvinnorna vanligen vänder sig till apotek för graviditetsdiagnos.

På de flesta kliniker vill man att graviditeten skall vara fastställd innan kvinnan får tid på abortmottagningen. Många godkänner inte s.k. sjäivtest och en del inte heller provsvar från apotek.

Tidsbeställningen

En kvinna som överväger abort uppmanas – i landstingskatalog, sjukvårdsupplysning och liknande – att vända sig till kvinnokliniken vid det sjukhus hon tillhör, till mödravårdscentralen eller till vårdcentral/distriktsläkarmottagning. Ibland hänvisas hon också till ungdomsmottagning eller privat gynekolog.

I de flesta sjukvårdsområden är denna information lätt att få tag på. Ofta finns telefonnummer, mottagnings- och telefontider angivna i telefonkatalogen.

Med en viss generalisering kan sägas att kortast öppettider har kliniker där det görs många aborter och dit alltså många kvinnor söker, medan de mindre klinikerna har väl tilltagna telefontider. På fem storstadssjukhus med mer än 1 000 aborter årligen har man t.ex. telefontid 3-5 timmar per vecka. Vanligen måste patienten ställa sig i telefonkö för att komma fram.

På en del mottagningar (ca 15) ligger telefontiden på olika tid olika dagar vilket är en fördel för den som har svårt att använda telefon på sin arbetsplats.

Tidsbeställningen sköts vanligen av en sjuksköterska, kurator, sekreterare eller sjukvårdsbiträde. Av kommentarer från personal och patienter framgår att det är viktigt att den som svarar i telefonen har tid och förmåga både att lyssna och ge information – däremot spelar det mindre roll vilken befattning vederbörande har.

Vid de flesta kliniker/mottagningar erbjuds kuratorskontakt vid tidsbeställningen och vid drygt hälften ger man också en tid för kuratorsbesöket och försöker samordna det med läkarbesöket.

I ca 20 enkätsvar uppges att man rutinmässigt upplyser om att partnern eller annan närstående får följa med vid besöket. Ca 30 säger att det sker ibland och lika många att det aldrig förs på tal.

Väntetiden till läkarbesöket är på de flesta håll kort, men det förekommer vid enstaka kliniker att det dröjer upp till 2 veckor. Vid ett 10-tal mottagningar kan det ta upp till 10 dagar, övriga erbjuder tid betydligt snabbare, några har en eller två dagars väntan. Till kurator ordnas ofta tid samma dag som läkarbesöket eller senast dagen efter.

Besöket på mottagningen

I övervägande antalet fall tas abortsökande emot tillsammans med andra patienter på gynekologmottagningen. Endast vid nio kliniker är det enbart abortpatienter i väntrummet. Vid några storstadssjukhus finns dock fortfarande speciella abortmottagningar.

Läkarbesöket i samband med abort tillgår som en vanlig gynekologisk konsultation. Vid 25 av 87 kliniker/mottagningar tar detta besök högst 15 minuter, vid 50 mottagningar ägnar läkaren mellan 15 och 30 minuter åt besöket och vid 12 mottagningar mer än 30 minuter.

En orsak till väl tilltagen tid för läkarbesöket är att läkaren ger rådgivning och stöd av det slag som kuratorn annars ger, men det är inte ett genomgående drag att den längre läkarkontakten ersätter kuratorsrådgivningen. Vid flera kliniker med lång tid för läkarbesöket har man också hög andel kuratorskontakter.

Särskilt vid större kliniker eller de särskilda abortmottagningarna präglas verksamheten av rutinmässighet och brådska. Kvinnorna träffar hela tiden olika personer och det är sällan samma läkare som undersöker och som sedan utför aborten.

De kvinnor som intervjuats är i stort sett nöjda, trots att de ibland anser att personalen är jäktad och opersonlig. Många kvinnor känner uppenbarligen oro inför besöket och fruktar att bli ovänligt bemötta. Några har också negativa erfarenheter sedan tidigare. Betecknande nog är den vanligaste reaktionen "positivt förvånad att bli så väl bemött".

Kuratorskontakten

En kvinna som överväger abort kan alltid få kontakt med kurator för ett samtal. Antingen kan det vara fråga om abortrådgivning som är frivillig eller s.k. särskild utredning av kurator som är särskilt påbjuden efter utgången av 12:e graviditetsveckan. Den särskilda utredningen kan underlåtas om läkaren (i samråd med kvinnan) anser den onödig.

Abortrådgivning kan även meddelas av läkare, barnmorska eller annan, men vanligen är det fråga om en kurator.

Enligt uppgifterna i enkäten är det generellt sett 30% av dem som genomgår abort före 12:e graviditetsveckan som haft kontakt med kurator. Av dem som genomgår abort senare, då kuratorskontakten i princip är obligatorisk är det 47% som träffat kurator.

Tabell 5:1 Kuratorskontakter före resp. efter 12:e graviditetsveckan

Andel kvinnor som träffat kurator	före 12:e veckan		efter 12:e veckan	
	Antal	Procent	Antal	Procent
< 20 %	33	48	–	–
20 – 39 %	21	30	6	10
40 – 59 %	4	6	11	18
60 – 69 %	6	9	8	13
90 – 100 %	5	7	37	59
Totalt	69	100	62	100

Det finns en avsevärd spridning mellan olika kliniker/mottagningar när det gäller *andelen kuratorskontakter* såväl före som efter 12:e veckan (se tabell 5:1).

Vid närmare hälften av de redovisade mottagningarna/klinikerna har mindre än 20% av de kvinnor som genomgår abort före utgången av 12:e graviditetsveckan fått rådgivning av kurator, vid en tredjedel har mellan 20 och 40% av kvinnorna haft kuratorskontakt och vid övriga 15 kliniker (22 %) har rådgivning förekommit i mer än 40% av fallen.

Genomgående är andelen kvinnor som får abortrådgivning av kurator lägre vid de öppna mottagningarna där man sällan har tillgång till egna kuratorer utan måste hänvisa till kvinnoklinik.

Den särskilda utredningen efter utgången av 12:e graviditetsveckan kan enligt abortlagen (2 § andra stycket) underlåtas "om det med hänsyn till tillämplig abortmetod eller av annan särskild anledning är uppenbart att hinder mot abort ej föreligger." Detta bedöms tydligen på olika sätt vid olika kliniker.

Vid drygt hälften (59 %) av de 62 kliniker som redovisat kuratorskontakten efter 12:e veckan sker praktiskt taget alltid en kuratorsutredning. Vid dessa kliniker ordnas tydligen kuratorskontakt rutinmässigt så snart graviditeten är längre gången än 12 veckor medan man vid övriga kliniker gör en bedömning i varje enskilt fall.

Vid de 25 kliniker i studien där man tillämpat en individuell bedömning av behovet av den särskilda utredningen uppges från sex kliniker att mindre än 40% av kvinnorna haft kontakt med kurator. Vid elva kliniker har mellan 40 och 60% och vid åtta mellan 60 och 80% haft kuratorskontakt.

Hur stor andel kvinnor som träffar kurator sammanhänger uppenbarligen med hur rådgivningen är organiserad och hur den erbjuds. Andelen kuratorskontakter är högre vid de kliniker där kvinnan erbjuds rådgivning redan i telefonen och särskilt om tid kan bokas direkt vid telefonsamtalet. Om det är kuratorn som sköter tidsbeställningen ökar antalet kuratorsbesök.

Kvinnors förväntningar inför kuratorsbesöket spelar också stor roll för deras ställningstagande, vilket kan belysas av följande typiska citat från Bilder och röster:

"Nej jag var rädd att kuratorn skulle påverka mitt beslut."

"Nej, jag tyckte inte jag behövde gå till kuratorn, jag hade bestämt mig."

"Jag ångrar nu efteråt att jag inte tog emot erbjudandet. Jag hade behövt prata – – –"

Fortfarande finns en rädsla för att kuratorn skall fråga ut eller kanske avråda. De flesta som samtalat med kurator finner emellertid att denna kontakt numera har ett annat innehåll än tidigare:

"Samtalet var jätte-OK, satte igång att reda ut och fundera. Är man helt färdig med ett beslut så skadar det ändå inte att tänka igenom en gång till."

Den tid som reserveras för kuratorssamtalen växlar. Vid 23 kliniker tar samtalen 30 minuter till en timme, vid 43 avsätts tid för en timme eller mer. Flexibiliteten är stor och tiden för samtal avpassas i stort sett efter kvinnans önskemål och behov.

Kuratorerna uppger i enkäten att det är svårt att uppskatta i vilken utsträckning *mannen är med.* Från 56 kliniker/mottagningar har dock kommit svar på den frågan. Vid 12 mottagningar uppger man att var fjärde kvinna har mannen med, vid 17 mottagningar blott var åttonde kvinna och vid övriga 27 är mannen sällan eller aldrig med.

Genomgående är det få kvinnor som har haft kontakt med kurator efter aborten. De som haft kuratorskontakt före aborten erbjuds praktiskt taget alltid att komma även efteråt, men få använder sig av den möjligheten. Av de kvinnor som avböjt kuratorsstöd före aborten tar ännu färre initiativ till det efteråt. Vid de kliniker där alla kvinnor rutinmässigt träffar kurator och etablerat en kontakt från början återkommer ändå endast ett fåtal.

De kuratorer som har en hög andel återbesök har vanligen lagt ned särskilt arbete på att motivera för detta t.ex. genom att ta kontakt i samband med utskrivningen efter operationen eller ringa upp efter några veckor.

Tidiga abortingrepp

Drygt 90 % av alla aborter sker före 12:e graviditetsveckan och utförs med s.k. vakuumaspiration eller skrapning. Drygt 80 % av dessa tidiga abortingrepp görs polikliniskt, resten sker i sluten vård.

Någon enhetlig praxis för valet av vårdform finns inte. Det är oftare operationsresurser och plats- och personaltillgång som styr än medicinska överväganden.

Vid tre fjärdedelar av klinikerna används narkos i första hand, vid en fjärdedel är paracervikalbedövning den vanligaste metoden.

På en tredjedel av klinikerna, där man gör många aborter varje operationsdag, har man ett särskilt rum för abortpatienterna på uppvakningsavdelningen. På andra håll ligger kvinnan tillsammans med andra nyopererade patienter, ibland både män och kvinnor.

Hälften av sjukhusen uppger att patienten kan ta emot besök under de timmar hon vistas på sjukhuset, en fjärdedel säger att endast några har möjlighet att ta emot besök. Vid en fjärdedel av sjukhusen är det ej ordnat för besökare.

På frågan om mannen brukar vara med vid aborten svarar ungefär hälften

att det förekommer, men i ringa utsträckning. Vanligen innebär detta att han kommer för att hämta kvinnan, eventuellt sitter en stund på uppvakningsavdelningen och är med vid utskrivningen.

Efter några timmar på uppvakningsavdelningen är kvinnan klar att åka hem. Vid utskrivningen får hon läkarintyg och ofta ett tryckt formulär med information om hur hon skall sköta sig, vilka komplikationer som kan tillstöta och vart hon i så fall skall vända sig.

Rutinerna för de polikliniska aborterna är ganska olika vid olika kliniker men vid de allra flesta mottagningar/uppvakningsavdelningar tycker man att den egna verksamheten fungerar bra eller mycket bra.

Kvinnor som tillfrågas uttrycker ofta "en lättnad över att de praktiska arrangemangen klaffat" medan några också anser att det "kändes lite grann som löpande bandprincipen (när vi) kördes in för aborten – lite opersonligt." och "Stressigt, lite bråttom, skulle velat att de hade mera tid". (*Bilder och röster*).

Tvåstegsaborter

När graviditeten är längre gången än 12:e-13:e veckan utförs vanligen s.k. tvåstegsabort och då blir kvinnan inlagd på sjukhuset några dagar upp till en vecka. Endast omkring 4 % av alla aborter görs med tvåstegsmetod och på många kliniker förekommer sällan sena aborter.

Det första steget vid sena aborter är en injektion av koksalt eller liknande in i livmodern, vilket sker utan narkos. Detta framkallar inom ett till ett par dygn ett värkarbete varpå fostret stöts ut. Under detta andra steg ligger kvinnan oftast i eget rum på den avdelning där hon vårdas. Någon av avdelningspersonalen är ibland inne hos henne under slutskedet men vanligen kommer man in endast då hon kallar. Personalens uppgift är att hjälpa och stödja kvinnan och ge lämplig smärtlindring samt att ta hand om fostret. I många fall gör man en skrapning i narkos för att avsluta aborten sedan fostret stötts ut.

Endast 25 kliniker har svarat på frågan om mannen brukar vara med vid aborten och flertalet av dessa uppger att det händer mycket sällan.

Flertalet av de kvinnor som genomgår tvåstegsabort är ensamma under kortare eller längre tid av det psykiskt påfrestande andra steget och smärtlindringen under värkarbetet är i ganska många fall otillräcklig.

I enkäten uppger personalen ganska ofta att de upplever senaborter som påfrestande. Förslag om förändringar och förbättringar gäller både kvinnan och personalens egen arbetssituation och kan sammanfattas i två korta citat:

"Att kvinnan har någon hos sig hela tiden. Bättre smärtlindring."
"Tillfälle till frågor och samtal personalen emellan."

Eftervård

Praxis för återbesök efter abort växlar. Vid knappt hälften av klinikerna/mottagningarna uppges att efterkontroll med gynekologisk undersökning ingår som en självklar del av vården vid abort. Kvinnan får en återbesökstid i samband med utskrivningen. Besöket sker vanligen hos läkare, i några fall

hos barnmorska på en mottagning för preventivmedelsrådgivning.

Några kliniker har tidigare haft rutinmässiga kontrollbesök, men frångått detta då många kvinnor uteblivit.

Andra anser återbesöken så viktiga att de tar kontakt med kvinnor som uteblir från den uppgjorda återbesökstiden. Kontinuitetens betydelse betonas och man påpekar att det är lättare att motivera kvinnan till återbesök om hon får återkomma till någon hon tidigare träffat och fått förtroende för.

Enkätsvar om återbesök har kommit från 66 kliniker och vid två tredjedelar av dessa är personalen nöjd med det sätt på vilket eftervården är ordnad. Vid en tredjedel menar man att eftervården fungerar mindre bra eller dåligt, främst därför att man inte kan erbjuda återbesök i den utsträckning man önskar.

"Flera skulle behöva komma på efterkontroll för att bli förvissade om att allt står rätt till efter operationen. Sannolikt skulle rädslan för eventuell sterilitet efter aborter minska då."

5.2.3 Personalen i abortverksamheten

Många personalgrupper – läkare, sjuksköterskor, kuratorer, sjukvårdsbiträden – kommer i kontakt med kvinnor i abortsituationen. Hur personalen upplever sitt arbete, om de har tillräcklig tid och utbildning för sina uppgifter och även hur de ser på abortfrågan har stor betydelse för kvaliteten på den vård som ges. Abortfrågan upplevs fortfarande som konfliktfylld av delar av sjukvårdspersonalen, men arbetet framstår i dag enligt en aktuell undersökning (*Jacobsson m.fl. 1982*) som mindre svårt än för 10 år sedan. Nämnas kan, att enligt nämnda undersökning mellan 50 och 70 % av personalen på olika kvinnokliniker själva kan tänka sig att göra abort om de skulle bli oönskat gravida.

I vår kartläggning har vi även sökt fånga personalens synpunkter på abortverksamheten.

Arbetsuppgifterna

Mottagningssköterskans arbete med abortpatienter är vanligen en del i övrigt arbete med gynekologisk öppenvård men det förekommer på vissa kliniker att en sjuksköterska nästan enbart ägnar sig åt abortpatienter. På liknande sätt kan en sekreterare eller ett sjukvårdsbiträde vara avdelad för tidsbeställning eller arbete enbart på abort- eller familjeplaneringsmottagning.

På de flesta kliniker arbetar flera *läkare* med aborter och abortverksamheten ingår som en del i varje läkares arbete. Vid vårdcentraler upptar abortverksamheten endast en ringa del av gynekologens arbete.

Vid några kliniker förekommer att läkare under längre perioder arbetar enbart med familjeplanering varvid en stor del av tiden ägnas åt preoperativ undersökning, operation och efterkontroll i samband med abort.

Vid hälften av klinikerna finns en viss läkarkontinuitet, dvs. kvinnan träffar vanligen samma läkare vid undersökningen, vid abortoperationen och vid eventuell efterkontroll. Vid övriga kliniker uppges att kvinnan sällan träffar samma läkare vid olika tillfällen.

Flertalet *kuratorer* har andra uppgifter vid sidan av abortrådgivningen. De deltar i arbetet vid kvinnokliniken och några arbetar också i mödrahälsovården.

Av de drygt 100 kuratorer som lämnat uppgift om sin arbetssituation anger hälften att de ägnar mindre än 10% av arbetstiden åt abortrådgivning. En fjärdedel ägnar upp till 40% åt abortpatienter och övriga har dessa arbetsuppgifter till mera än 40%.

Samarbetet mellan läkare och kurator om enskilda patienter är olika på olika kliniker. Flertalet kuratorer pratar med eller skickar skriftliga meddelanden till läkaren om vissa kvinnor, vanligen de tveksamma eller oroliga. Vid 15 mottagningar får läkaren tillgång till kuratorsjournal. Andra har ett mer informellt samarbete och tar upp olika problem när de träffar läkaren. Samarbetet underlättas om kuratorn har sitt rum intill läkarmottagningen.

Kuratorn har mest att göra med mottagningspersonalen medan samarbete med personalen på operations- och uppvakningsavdelningen och även vårdavdelningarnas personal förekommer mera sällan.

Synen på abort

I enkätens öppna frågor har många framfört synpunkter och önskemål om förbättringar. Korta väntetider, mer tid för samtal samt bättre läkarkontinuitet är vanliga önskemål. Många försöker ge abortpatienterna extra tid och uppmärksamhet eller önskar att de hade mer tid och möjlighet att ge stöd och skapa en bra kontakt.

Personalens egna attityder till abort präglar självfallet deras sätt att bemöta kvinnan och även deras egen känsla av tillfredsställelse i arbetet.

Men personalen kan också ge uttryck för att abortpatienterna tar för stor plats och lägger beslag på tid man velat ägna åt andra patienter. Ibland framskymtar – mest i intervjuerna – olust och avståndstagande.

Behovet av fortbildning

Många har i enkäten påtalat behovet av fortbildning och handledning för den personal som deltar i abortverksamheten. Kuratorerna är den enda personalgrupp som i nämnvärd omfattning har tillgång till sådan fortbildning och handledning.

Endast vid 10 av 78 kliniker/mottagningar hålls regelbundet återkommande möten och konferenser med sjukvårdspersonalen för att diskutera abortverksamheten. Vanligen är det kuratorer och läkare som deltar, i mindre omfattning sjuksköterskor och vårdbiträden på mottagningar. Endast från tre kliniker uppges att operations- eller narkospersonal har något forum för att bearbeta sina känslor kring abort.

5.2.4 Sammanfattning

Kartläggningan har visat att verksamhetens omfattning och organisation liksom undersökningsrutiner, väntetider och vårdformer varierar vid olika sjukhus och mottagningar, vanligen betingat av olika befolknings-, lokal- och resursmässiga förhållanden. Inte minst rådgivningens utformning och

innehåll varierar och andelen kuratorskontakter växlar avsevärt från klinik till klinik.

I allmänhet har dock, trots olika organisatoriska lösningar, de kvinnor som överväger och genomgår abort kunnat erbjudas ett medicinskt sett gott omhändertagande. Väntetiderna är vanligtvis korta och handläggningen snabb. Svårare är att bedöma om det stöd som kommer kvinnorna till del är tillräckligt – kuratorskontakter efter en genomgången abort är t.ex. sällsynta.

Kvinnors erfarenheter av abortverksamheten så som den redovisas i intervjuer eller indirekt genom personalen är i stort sett positiva. Inte minst de som kunnat jämföra med handläggningen före den nya lagstiftningen har understrukit detta. De kritiska synpunkter som framkommit gäller främst den psykologiska kvaliteten på vården, vanligen i form av rutinmässigt och opersonligt bemötande.

Den personal som deltar i vården vid abort är i allmänhet positiv till det sätt på vilket verksamheten är utformad och anser att det skett en förbättring i och med den nuvarande lagstiftningen, inte minst därför att aborterna nu sker tidigare. Man framhåller emellertid att man på grund av brist på tid och utbildning inte alltid har möjlighet att ge kvinnor i abortsituation det stöd de är i behov av och som personalen själv finner påkallat.

5.3 Kommittén

Mot bakgrund av vad som framkommit vid kartläggningen har kommittén övervägt hur vården vid abort ska kunna förändras för att bättre uppfylla följande mål:

1. Tillförsäkra kvinnan adekvat stöd i samband med abort
2. Integrera abortverksamheten i reguljär kvinnosjukvård
3. Medverka till att abortingreppen sker så tidigt och skonsamt som möjligt.

Vi kommer därvid att peka på olika åtgärder och tänkbara lösningar för att minska risker och påfrestningar för kvinnor som överväger och genomgår abort, samt i enlighet med direktiven framlägga konkreta förslag om abortrådgivningens utformning och innehåll.

5.3.1 Stöd i samband med abort

Debatten om abortrådgivningen

I proposition, förarbeten och tillämpningsföreskrifter till abortlagen ägnas rådgivningen stort utrymme och det understryks att abortrådgivning är frivillig och skall erbjudas som ett stöd för kvinnor som överväger abort. Erfarenheterna från kuratorsutredningar under den tidigare lagstiftningen gjorde emellertid att många kvinnor och även sjukvårdspersonal fruktade att rådgivningen skulle kunna användas som tvång eller påtryckning. En del motståndare till den nya lagen såg också en möjlighet i att vid rådgivningen påverka kvinnan att avstå från abort.

Rådgivningens innehåll och utformning har alltsedan 1975 ofta tagits upp i den allmänna debatten och flera riksdagsmotioner har under åren behandlat frågan. Man har t.ex. yrkat att varje abortsökande kvinna bör ha kuratorskontakt, att kuratorn skall informera om abortens konsekvenser i psykiskt och fysiskt avseende samt att kuratorn skall upplysa om olika stödåtgärder för den som fullföljer graviditeten och om möjligheten att adoptera bort barnet.

Socialutskottet har vid flera tillfällen avslagit motioner med krav på utökad eller obligatorisk rådgivning och upprepat att rådgivningen, för att uppnå sitt syfte att vara kvinnan till stöd och hjälp i en för henne svår situation, måste vara frivillig (*SoU 1974:21, 1977/78:26 och 1979/80:10*). Det kan här vara av intresse att ta del av utskottets överväganden i samband med behandlingen av abortlaglagspropositionen, vilka varit vägledare för utskottets senare ställningstaganden i denna fråga:

> Då det gäller frågan om rådgivning bör vara obligatorisk eller ej vill utskottet erinra om att socialstyrelsen, en del medicinska remissinstanser och Svensk kuratorsförening framhållit att det bör vara kvinnans egen önskan som blir helt avgörande. Utskottet delar denna uppfattning. I enlighet med vad som också förordas av departementschefen skall alltså ingen kvinna behöva inställa sig för rådgivning mot sin vilja.
> (*SoU 1974:21, s. 32*)

Inför utvärderingen av abortlagen har i den allmänna debatten framförts krav på obligatorisk rådgivning. Detta har skett med i princip två skilda motiveringar. Den ena är omsorgen om den kvinna som överväger och genomgår abort. Man har genom att göra rådgivningen obligatorisk velat tillförsäkra henne stöd och därigenom t.ex. förhindra psykiska efterreaktioner. Det andra motivet för krav på obligatorisk rådgivning har i stället varit att söka påverka kvinnan att avstå från abort och därigenom nedbringa antalet aborter i landet.

Lagens intentioner

Uppenbart är att lagstiftarens syfte med rådgivningen varit att kvinnan skall få stöd i en för henne svår situation. Även den särskilda utredningen av kurator om kvinnans personliga förhållanden som i princip är obligatorisk efter 12:e graviditetsveckan har enligt propositionen till syfte att tillförsäkra kvinnan stöd i ett skede då abort (operationen och beslutet) är mer påfrestande.

I socialstyrelsens anvisningar till abortlagen, MF 1974:100 står:

> Också den särskilda utredningen, som utförs av kurator, skall liksom abortrådgivningen vara ett stöd för kvinnan i en krissituation och skapa bättre förutsättningar för hennes eget ställningstagande.

De båda begreppen ”rådgivning” och ”särskild utredning” täcker uppenbarligen inte alltid vad lagstiftaren avsett. Rådgivning handlar t.ex. inte bara om att hjälpa kvinnan att komma fram till ett beslut utan även om stöd i samband med aborten och inte minst efteråt. Den särskilda utredningen är i praktiken en stödkontakt av liknande slag som rådgivningskontakten och gränsdragningen dem emellan är ofta konstlad.

Hur har det blivit?

Kartläggningen har visat att abortrådgivningen i landet har olika utformning, är av växlande kvalitet och innehåll samt kommer kvinnorna till del i varierande omfattning. I genomsnitt 25 % av alla kvinnor i abortsituation har kontakt med kurator, men spridningen är stor. Det förekommer t.ex. vid vissa kliniker att alla kvinnor rutinmässigt hänvisas till kurator. Vid andra kliniker är det istället så att kuratorn träffar få, men ofta har en längre stödkontakt med upprepade samtal samt uppföljning efter aborten. Däremellan finns många olika variationer.

Också kuratorskontakten efter 12:e veckan har mycket olika utformning och frekvens vid olika kliniker, från att alla rutinmässigt får den "obligatoriska" kontakten med kurator till att det sker en individuell bedömning av om kuratorskontakten kan underlåtas. Sker det en sådan bedömning får mindre än hälften av kvinnorna kuratorskontakt.

Kartläggningen har vidare visat att kuratorskontakter efter aborten genomgående är otillräckliga. Endast vid enstaka kliniker där man arbetar aktivt för att motivera förekommer besök hos kuratorn efter aborten i nämnvärd omfattning. Stöd till kvinnans närstående eller till sjukvårdspersonal har också visat sig otillräckligt. Mannen är nästan helt bortglömd. Det tillhör undantagen att han är med vid kuratorssamtal eller eljest i abortvården.

Kommittén finner att

- abortrådgivningen har olika organisation och innehåll och främst är inriktad på att ge kvinnan stöd *före* en eventuell abort
- de flesta som önskat rådgivning varit nöjda med kuratorskontakten
- rådgivningsresurser på en del håll är otillräckliga och att rådgivning inte alltid erbjuds i samband med tidsbeställningen
- kvinnan vid vissa kliniker rutinmässigt hänvisas till kurator oberoende av tidpunkten i graviditeten
- en del kvinnor avvisar erbjudandet om kuratorskontakt av rädsla för att besvära eller rädsla för att bli otillbörligt påverkade
- bestämmelsen i abortlagens 2 § om särskild utredning av kurator tillämpas olika och uppenbarligen ej alltid ansetts nödvändig eller fått den avsedda effekten att tillförsäkra kvinnan stöd i en speciellt påfrestande situation
- uppföljning efter aborten med syfte att bearbeta sorge- eller krisreaktion, att "avsluta" aborten, genomgående är otillräcklig
- mannen eller annan närstående sällan är med vid abortrådgivningen och att kvinnan ofta är ensam även i efterförloppet
- sjukvårdspersonalens behov av psykologiskt stöd i samband med abort i mycket liten utsträckning är beakatat.

Kommittén anser att

- många men inte alla kvinnor som överväger och genomgår abort är i behov av stöd i form av samtalskontakt med kurator eller annan med psykosocial kompetens
- behovet av stöd är individuellt och kan vara lika stort i ett tidigt skede av graviditeten som efter 12:e veckan

- behovet av stöd kan vara lika stort efter en genomgången abort eller efter beslutet att fullfölja graviditeten som under själva beslutsprocessen
- kuratorskontakt eller annan form av stödkontakt i samband med abort, för att få avsedd effekt, måste utgå från kvinnans och mannens behov och egen önskan och således vara frivillig

Kommitténs förslag beträffande psykosocialt stöd

Mot bakgrund av vad kommittén funnit rörande abortrådgivningens innehåll och utnyttjande föreslår vi *ett förstärkt psykosocialt stöd till alla berörda i samband med abort.*

Enligt hälso- och sjukvårdslagens 3 § skall varje landstingskommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Därvid anges att "En god hälso- och sjukvård skall särskilt 1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 2. vara lätt tillgänglig, 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet – – – ". Abortingrepp intar inte någon särställning i detta avseende. Psykosocialt stöd i samband med abort till alla som önskar och är i behov av sådant får således anses vara en skyldighet för sjukvårdshuvudmännen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Kommittén anser därför inte att någon författningsmässig komplettering är nödvändig.

Det psykosociala stödet i samband med abort kan ses som ett led i ett förstärkt psykosocialt innehåll i kvinnosjukvården överhuvudtaget. Det är alltså en del av det stöd som bör ges åt blivande och nyblivna föräldrar i mödrahälsovården, till kvinnor och män i samband med preventivmedelsrådgivning, vid utredning för barnlöshet, vid missfall, fosterdiagnostik, komplicerade förlossningar, perinatala dödsfall osv. (Se *Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:4*).

För att åstadkomma ett samlat psykosocialt stöd till alla berörda i samband med abort krävs vissa förändringar i organisation och innehåll av vård vid abort. Denna utveckling kan enligt kommitténs uppfattning i de flesta fall åstadkommas genom omfördelning och bättre användning av nuvarande resurser. Inom vissa sjukvårdsområden krävs omstrukturering och även resursförstärkning, inom andra arbetar man redan med den här diskuterade inriktningen.

Förslagets konkreta innehåll och genomförande

Det psykosociala stödet skall rikta sig till dem som närmast berörs av en abort: kvinnan, mannen och personalen. För *kvinnan* kan detta vara aktuellt när hon överväger abort eller befinner sig i beslutsprocessen om hon skall fullfölja eller avbryta graviditeten. Samma gäller naturligtvis när hon genomgår abort och i abortens efterförlopp. Behov av psykosocialt stöd finns även när hon bestämt sig för att fullfölja graviditeten.

För *mannen* bör det finnas möjlighet till stöd i samband med beslutsprocessen, i anslutning till aborten eller då man valt att fortsätta graviditeten.

För den *personal* som arbetar i olika led i abortvården behövs psykosocialt

stöd för att öka kunskaperna om abort – fysiskt, psykiskt och socialt, och för att få tillfälle att bearbeta egna känslor i samband med abort. Det är vidare viktigt för personalen att få tillfälle att utbyta erfarenheter och utveckla samarbete med andra personalgrupper engagerade i abortvården. Personalen bör även få del av det aktuella stödet genom grundutbildning och vidareutbildning.

Kuratorerna har en viktig uppgift att fylla och bör få möjlighet att ägna en viss del av sin tid till personalutbildning, information och uppsökande verksamhet. Även andra yrkesgrupper med erforderlig psykosocial kompetens kan engageras till dessa uppgifter. Rent praktiskt bör man planera för följande uppgifter:

Före aborten

- Den kvinna som överväger abort skall erbjudas kuratorskontakt eller annan stödkontakt och personal i tidsbeställning och reception skall informera om kuratorns arbetssätt samt snabbt kunna ge tid och förmedla önskad kontakt.
- Läkaren skall vid första kontakten med en kvinna som överväger abort förvissa sig om att hon informerats om sin möjlighet till kontakt med kurator eller socialsekreterare. Läkaren skall även ta ställning till behovet av psykosocialt stöd och i enlighet med kvinnans önskan själv ge detta stöd, eller förmedla kontakt med lämplig person.
- All personal som kommer i kontakt med kvinnor i abortsituation och deras närmaste bör träna sin lyhördhet och även uppmärksamma de psykologiska och sociala problemen.
- Mannen eller annan närstående bör erbjudas delta i samtalen enligt kvinnans önskan.
- Kuratorskontakt måste snabbt kunna ordnas för utredning och ansökan om abort efter utgången av 18:e graviditetsveckan, för särskilda stödåtgärder vid fosterdiagnostik osv.
- Det skall finnas tillgång till fortsatt stöd under graviditet t.ex. av barnmorska, läkare, kurator och/eller socialtjänst i mödrahälsovården vid beslut om att fullfölja.

I samband med abortingreppet

- Samarbete mellan kurator och sjukvårdspersonal på mottagning, operationsavdelning och vårdavdelning bör utvecklas.
- Kuratorn bör ha möjlighet att besöka kvinnor som genomgått poliklinisk operation (även de som hon/han ej tidigare haft kontakt med) eller under vårdtiden för inneliggande abortpatienter.
- Man bör underlätta för mannen eller annan närstående att följa med till sjukhuset och besöka kvinnan efter ingreppet såväl vid polikliniska aborter som under sjukhusvistelsen.

Efter aborten

- Kvinnan (och eventuellt mannen) erbjuds att fortsätta inledd samtalskontakt efter aborten.
- Telefonkontakt enligt överenskommelse med kvinnan bör förekomma för att efterhöra behovet av personligt samtal.

- Möjlighet att förmedla kontakt med andra instanser – familjerådgivning, preventivmedelsrådgivning, socialtjänst osv. bör finnas.

Personalstöd och utbildning

I kvinnosjukvårdens reguljära verksamhet bör finnas tid och resurser för

- fortbildning för olika personalgrupper (gärna tillsammans)
- gruppsammankomster för personalen med möjlighet att tala om känslor inför abortfrågan i stort och i det dagliga arbetet eller vid behov med anledning av något som varit speciellt belastande.

5.3.2 Ersättningsregler

Abortrådgivning är frivillig och skall vara kostnadsfri för den enskilde; huvudmannen har rätt till ersättning från den allmänna försäkringen enligt 1 § lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. (1974:525). Den särskilda utredningen däremot är obligatorisk och kostnaderna för kvinnan och ersättningen till huvudmannen regleras i samma ordning som gäller i fråga om läkarvård vid sjukdom.

På många håll är man emellertid osäker på hur de olika ersättningsbestämmelserna rörande abortrådgivning respektive särskild kuratorsutredning skall tillämpas. Gränsdragningen är i praktiken svår mellan abortrådgivningen och den särskilda utredningen. Om rådgivning och särskild utredning står i socialstyrelsens anvisningar (MF 1974:100):

> Allmänt bör framhållas att abortrådgivning, särskild utredning och abortingrepp icke får ses som från varandra helt skilda moment. De utgör delar – som allt efter omständigheterna helt eller delvis kan uteslutas – av en integrerad verksamhet.(s. 11)
>
> Med hänsyn till att abortrådgivningen och den särskilda utredningen har ett nära samband med varandra torde det ofta vara ändamålsenligt att organisatoriskt samordna dessa verksamheter.(s. 7)
>
> Abortrådgivning är också i de under denna punkt avsedda fallen (efter 12:e graviditetsveckan) frivillig. Däremot skall principiellt alltid den särskilda kuratorsutredningen ske... Om kvinnan önskar abortrådgivning kan den lämpligen kombineras med den särskilda kuratorsutredningen.(s. 13)

De olikartade ersättningsbestämmelserna är ett hinder för en integrerad verksamhet och skapar förvirring om vem som skall meddela rådgivning och vad som kan räknas som rådgivning. De tillämpas också olika inom olika sjukvårdsområden. I den centrala statistiken om abortverksamheten är uppgifterna om rådgivning och om vem som meddelat rådgivning bland annat av detta skäl otillförlitliga.

Kommittén finner att

- ersättningsbestämmelserna tillämpas på olika sätt och skapar förvirring om vad som skall räknas som rådgivning.

Kommittén anser att

- ändrade ersättningsbestämmelser skulle förenkla en integrering av abortverksamheten i kvinnosjukvården, främja kontinuitet och helhets-

syn i vården och underlätta den föreslagna utvecklingen av psykosocialt stöd i samband med abort.

Kommittén föreslår beträffande ersättningsreglerna att

- det som betecknas som abortrådgivning och särskild utredning av kurator efter 12:e graviditetsveckan i fortsättningen bör ingå i det psykosociala stöd som varje kvinna bör ha rätt till i samband med abort
- all vård som ges i samband med en abort i ersättninghänseende bör följa samma regler som gäller för läkarvård vid sjukdom
- lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. ändras i motsvarande del (se "Författningsförslag").

5.3.3 Abortverksamheten integrerad i kvinnosjukvården

I socialstyrelsens anvisningar om tillämpningen om abortlagen står:

Genom det i den nya abortlagen introducerade systemet har förfarandet i abortärendena förenklats och avdramatiserats och i övrigt givits en utformning, som nära ansluter till vad som gäller för annan läkarvård... Ett läkarbesök i ett abortärende måste ges samma karaktär som vilket annat läkarbesök som helst: en angelägenhet mellan patienten och den läkare som anlitas.

Särskilda abortmottagningar

– – – kvinnan skall inte behöva hänvisas till särskilda rådgivningsinstanser i en abortsituation.(MF 1974:100 s. 8).

På de flesta håll har man upphört med speciella abortrådgivningsbyråer och abortvården ingår i kvinnosjukvården. Ännu finns dock vissa kvinnokliniker, speciellt några med stor abortverksamhet, där man har särskilda abortmottagningar och där abortpatienter därigenom får en särbehandling jämfört med andra patienter.

En fördel med särskilda mottagningar kan vara ökad effektivitet och möjlighet att snabbt ta emot patienter som överväger abort. Kartläggningen har dock inte visat att väntetiderna är längre vid de kliniker som har abortverksamheten integrerad i den övriga gynekologiska vården.

Personalen på en särskild abortenhet får stor erfarenhet och rutin, men å andra sidan uppger många att det är belastande att enbart arbeta med denna verksamhet.

Läkarkontinuiteten, dvs. att kvinnan träffar samma läkare vid undersökning, operation och efterkontroll är en fördel. Detta förekommer i ungefär samma utsträckning vid de kliniker som har särskilda abortmottagningar som där abortvården ingår i den gynekologiska mottagningen. För att uppnå läkarkontinuitet krävs vissa organisatoriska åtgärder samt vilja och initiativ från läkarnas och personalens sida.

Nackdelarna med speciella mottagningar är att alla – personal och patienter – vid denna mottagning vet att alla patienter är i abortsituation samt att abortverksamhet i längden blir mycket ensidig för personalen.

En annan nackdel är att man genom att hänvisa till en abortmottagning så att säga tar för givet att en kvinna som överväger abort redan bestämt sig. Kvinnan måste få möjlighet att diskutera förutsättningslöst och ge uttryck för

sin ambivalens och tveksamhet utan att känna att någon försöker påverka hennes beslut.

Kommittén finner att

- fördelarna med en i kvinnosjukvården integrerad abortverksamhet överväger jämfört med särskilda abortmottagningar både för patienter och sjukvårdspersonal.

Kommittén föreslår beträffande abortverksamhetens organisation att

- abortvården integreras i kvinnosjukvården och att speciella abortmottagningar avvecklas.

Primärvård och sjukhusvård

Det är angeläget att vid organisationen av verksamheten om möjligt knyta kuratorer till de mottagningar, dit kvinnan först vänder sig med begäran om abort... Enligt socialstyrelsens mening bör målet i första hand vara att organisera en integrerad rådgivningsverksamhet innebärande att kvinnan i regel uppsöker gynekologmottagning alternativt mödravårdscentral vid närmaste sjukhus eller vårdcentral. Vid sådan mottagning bör tillgång finnas till kuratorsservice av befattningshavare med för ändamålet erforderlig kompetens. (MF 1974:100 s. 7 f.)

I detta sammanhang vill abortkommittén uttrycka stor tveksamhet inför de försök som gjorts med s.k. hemaborter, då vi menar att det vid ett abortingrepp är viktigt med såväl medicinsk som psykologiskt stöd till kvinnan.

Enligt abortlagen skall varje abortingrepp ske på allmänt sjukhus. Dispens från detta kan ges och vid vissa gynekologiska öppenvårdsmottagningar görs abortingrepp före 8:e graviditetsveckan.

Även då själva abortingreppet sker vid sjukhus kan undersökning, utredning och rådgivning samt framför allt uppföljning efter aborten ske i primärvården i likhet med handläggningen av annan sjukvård.

Olika lösningar är tänkbara och vården måste organiseras utifrån lokala förutsättningar med hänsyn bl.a. till geografiska avstånd, tillgång till gynekologer och kuratorer i primärvården samt önskemål från patienternas sida.

Följande modeller kan övervägas:

1. Gynekologisk utredning, undersökning och eftervård samt rådgivning/psykosocialt stöd sker i primärvården, operationen sker på sjukhus.
2. Samma som 1. utom att kvinnan för eventuell kuratorskontakt hänvisas till den kvinnoklinik där även aborten utförs.
3. Alla moment i vården sker vid kvinnokliniken dit kvinnan hänvisas vid första telefonkontakten.

Fördelar med de två första modellerna är närhet och tillgänglighet och att kvinnan både före och efter aborten träffar samma läkare som hon kanske mött i andra sammanhang. Kvinnan behöver inte heller känna ett outtalat krav på att hon ska ha bestämt sig för abort. Uppföljning, bl.a. preventivmedelsrådgivningen, underlättas. Många, inte minst unga, kvinnor anser att det är en fördel att kunna vända sig till barnmorskan på mödravårdscentral

eller ungdomsmottagning för graviditetsdiagnos, samtal om graviditeten och preventivmedel.

Nackdel med dessa alternativ är svårigheten att upprätthålla anonymiteten gentemot andra patienter och gentemot personalen. Kvinnor som överväger abort kan föredra att vända sig till en mottagning där de inte är kända. Inställningen till abort bland allmänheten och i sjukvården har under senare år förändrats och önskan att vara anonym är troligen mindre vanlig än förr. Det finns dessutom alltid möjlighet för en kvinna att vända sig till en mottagning eller ett sjukhus utanför hemorten om hon så önskar.

Andra nackdelar är att det inte är samma läkare som undersöker och gör operationen samt i modell 2), att det krävs en extra resa till sjukhuset för kuratorskontakt samt att genom detta kontakten med kurator efter aborten försvåras.

Fördelen med den tredje modellen är att alla moment sker på samma ställe samt att det finns möjlighet till större anonymitet, vilket trots det som ovan sagts om ändrade attityder självfallet för vissa kvinnor är angeläget. Det finns förutsättning för läkarkontinuitet även om detta i praktiken är ganska sällsynt.

Det är att märka, att all öppen gynekologisk vård – även av primärvårdskaraktär – i många sjukvårdsområden fortfarande är förlagd till kvinnoklinikerna.

Nackdelarna är eventuellt längre avstånd vid läkarbesök och efterkontroller, en opersonligare och mer främmande miljö samt ökade svårigheter att genomföra uppföljning efter aborten.

Kommittén anser att

- abortvårdens organisation i primärvård resp. länssjukvård måste anpassas efter lokala förutsättningar och hänsyn till geografiska avstånd, primärvårdens utbyggnad och resurser samt önskemål från kvinnor i abortsituation.

Kommittén förordar

- en utveckling mot att så långt som möjligt förlägga abortvården till primärvården och att därför resurser för ett adekvat medicinskt omhändertagande och psykosocialt stöd skapas i primärvården.

5.3.4 Sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort

Frågan om sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort diskuterades ingående vid abortlagens tillkomst och har även tagits upp i riksdagen vid några tillfällen därefter (se kapitel 13).

När det gäller möjligheterna för sjukvårdspersonal att slippa deltaga i abortverksamhet anser kommittén att de nuvarande regler som finns på detta område (SOSFS (M) 1976:14) är tillräckliga och hänvisar i övrigt till vad socialutskottet i sitt av riksdagen godkända betänkande senast anförde i denna fråga (*SoU 1979/80:10*).

5.3.5 Verka för att aborter sker så tidigt och skonsamt som möjligt

Kommittén finner att

- utvecklingen sedan 1975 gått mot att abortingreppen sker allt tidigare
- väntetiderna mellan tidsbeställning och första läkarundersökning och mellan läkarundersökningen och operationen i allmänhet är korta
- tidsbeställningen vid vissa kliniker med ett högt antal aborter är knappt tilltagen så att man inte kan komma fram utan att beställa telefonkö
- kvinnor som överväger och genomgår abort liksom sjukvårdspersonal engagerad i vården vid abort i stort sett är nöjda med den organisation och det innehåll som vården har men att brister finns i vissa moment och vid vissa kliniker. Sådana brister är t.ex. korta telefontider, långa väntetider på mottagningen, alltför kort tid för läkarbesöket samt en opersonlig och rutinmässig handläggning
- smärtlindringen vid sena aborter i viss utsträckning är otillräcklig samt att kvinnan vanligen är ensam under större delen av det påfrestande andra steget vid tvåstegsaborten
- uppföljning och återbesök såväl hos kurator, läkare som preventivmottagning saknas helt vid ett stort antal kliniker, särskilt vid storstadskliniker med ett stort antal aborter årligen.

Kommittén föreslår att

ovan angivna synpunkter beaktas vid sjukvårdshuvudmännens resurs- och fortbildningsplanering så att förändringar kommer till stånd i de områden och beträffande de moment där brister finns. Speciellt vill vi fästa uppmärksamheten på värdet av återbesök dels för preventivmedelsrådgivning dels för att genom en gynekologisk undersökning få bekräftat att någon komplikation ej tillstött och dels för att i ett samtal få tillfälle att bearbeta sorge- eller krisreaktioner efter aborten och därigenom "avsluta" aborten känslomässigt.

För kvinnor som genomgår tvåstegsabort finns ett särskilt behov av stöd – av personalen eller närstående. Vi föreslår också att dessa kvinnor skall ges fullgod smärtlindring.

6 Abortförebyggande insatser

6.1 Bakgrund

I kommitténs direktiv efterfrågas en belysning av de förebyggande insatser som initierats i samband med 1974 års abortlag samt om möjligt ett åtgärdsprogram för samhällets abortförebyggande verksamhet.

I anslutning till den nya abortlagen tillstyrkte riksdagen även regeringens förslag om en kraftfull satsning från samhällets sida på olika abortförebyggande åtgärder. I propositionen med förslag om ny abortlagstiftning m.m. (prop. 1974:70) betonade chefen för justitiedepartementet att abort alltjämt måste betraktas som en nödfallsutväg och att födelsekontrollen måste ske med hjälp av olika preventiva åtgärder.

Riksdagen beslutade därför att tillskjuta resurser för information om familjeplanering till socialstyrelsens dåvarande nämnd för hälsoupplysning samt anvisade även medel till ungdoms- och kvinnoorganisationer för detta ändamål. För att åstadkomma en snabb utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen och informationsinsatser i anslutning därtill tillkom lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet (1974:525). Enligt denna lag får sjukvårdshuvudmännen rätt till ersättning för rådgivning i födelsekontrollerande syfte. Rådgivningen ska vara kostnadsfri för den enskilde och preventivmedel ska i viss omfattning tillhandahållas i samband med rådgivningen. Ersättning enligt den nämnda lagen utgår även till de privatläkare som meddelar preventivrådgivning och de organisationer som efter socialstyrelsens tillstånd meddelar sådan. Beslutet om att p-piller ska omfattas av sjukförsäkringens läkemedelsrabattering även då de förskrivs i enbart födelsekontrollerande syfte innebar ytterligare ett inslag i arbetet för att förebygga oönskade graviditeter och därmed aborter.

Staten och landstingen har enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ett gemensamt ansvar för den förebyggande hälsovårdens omfattning, kvalitet och utveckling. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården skall vara en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Preventivmedelsrådgivning samt abortförebyggande upplysning är en del av den förebyggande hälsovården, som nu har fått en starkare ställning genom att den är en lagfäst skyldighet för landstingen. Denna ska planeras utifrån en kartläggning av invånarnas behov och statsmakternas prioriteringar. Vidare betonas i hälso- och sjukvårdslagen vikten av vårdens lättillgäng-

lighet och kontinuitet samt att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden.

Vid dåvarande nämnden för hälsoupplysning utarbetades 1973 ett långsiktigt handlingsprogram för samhällets abortförebyggande åtgärder. I samband med antagandet av den nya abortlagen tillförsäkrade riksdagen socialstyrelsen medel under fem år för genomförande av detta. I propositionen förutsattes också att socialstyrelsens insatser skulle följas upp av en ökad regional verksamhet i syfte att förebygga aborter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen samt riksdagsbeslutet om socialstyrelsens omorganisation 1980 är socialstyrelsens uppgift fortsättningsvis att följa och stödja landstingens verksamhet, ge underlag för planeringen av denna genom att initiera forskning och försöksverksamheter, svara för kunskapsutveckling samt föra ut erfarenheter från denna till fältet.

I det följande ges en beskrivning av de abortförebyggande åtgärder som initierades i samband med 1974 års abortlag. (Se även kapitlen 14 och 15).

6.2 Kartläggning av preventivmedelsrådgivningen

I direktiven anges, att kommittén bör belysa hur preventivmedelsrådgivningen fungerar och barnmorskans roll i rådgivningen. Vidare ska problem med att nå ut med information och rådgivning till olika grupper uppmärksammas. Invandrare nämns som en viktig målgrupp i sammanhanget.

I detta avsnitt redovisas en bedömning av rådgivningsbehovet, utvecklingen av preventivmedelsrådgivningen från 1975 och framåt samt den aktuella rådgivningssituationen i landet. Rådgivningsbehov och insatser för olika grupper diskuteras. (Se även kapitel 14)

6.2.1 Rådgivningsbehovet

Om vi ser till rådgivningsbehovet enbart ur kvinnornas synvinkel, kan vi med ledning av uppgifter om aktuell preventivmedelsanvändning från SCB:s fruktsamhetsundersökning uppskatta hur många rådgivningsbesök det behövs årligen för 1 000 fertila kvinnor.

De preventivmetoder som kräver kontakt med sjukvården är p-piller, spiral och pessar.

För att bibehålla användningen av p-piller, spiral och pessar på 1981 års nivå krävs en organisation som medger ca 325 besök årligen per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Detta kan betecknas som lägsta godtagbara nivå på rådgivningsservicen för att tillgodose behovet för dem som idag använder dessa metoder.

Därmed har de kvinnor, som har sin preventivmedelsfråga tillfredsställande löst möjligheter att fullfölja preventionen. I den grupp kvinnor som var aktuella för p-rådgivning ingick 6 % som inte löst sin prevention och som därför löper större risk att bli oönskat gravida. Ytterligare 6 % av kvinnorna litade till säkra perioder eller avbrutet samlag, metoder med stor osäkerhet.

För att erbjuda även dessa kvinnor rådgivning behövs ytterligare *180*

besök, vilket tillsammans med besök för dem som använder p-piller, spiral och pessar ger ca *500 besök per 1 000 fertila kvinnor och år, vilket får anses vara en fullgod rådgivningsnivå.* Denna uppskattning överensstämmer med tidigare beräkningar, som bl.a. anges i socialstyrelsens principprogram för mödra- och barnhälsovården. Uppgiften har varit vägledande vid utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen.

I dessa beräkningar ingår ingen individuell preventivmedelsrådgivning för män.

6.2.2 Preventivmedelsrådgivningen 1975–1981

Utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen – mätt i antalet rapporterade rådgivningsbesök – stimulerades starkt i och med att rådgivningen 1975 blev ersättningsberättigad. Mellan åren 1975 och 1976 samt 1976 och 1977 var ökningen kraftig. Sedan minskade antalet rådgivningsbesök, både i absoluta och relativa tal t.o.m. 1980, trots att det beräknade rådgivningsbehovet inte uppnåtts. 1981 inträffade på nytt en ökning till nära 1978 års nivå. Antalet rapporterade rådgivningsbesök i offentlig vård har hållit sig relativt konstant 1977–80. Antalet rapporterade rådgivningsbesök hos privatläkare minskade under samma period och även 1981.

Andelen preventivrådgivningsbesök ligger i de flesta län mellan 310–380 besök per 1 000 fertila kvinnor. Bara tre län har en rapporterad preventivmedeslrådgivning som motsvarar eller närmar sig det beräknade behovet: Gotland (524 besök/1 000 fertila kvinnor 1981), Gävleborgs län (467) och Uppsala län (439).

Utmärkande för ett stort antal län är, att andelen rådgivningsbesök låg högst 1977 och sedan sjönk till en lägre nivå, i några fall betydligt lägre. De flesta länen uppvisar emellertid en klar uppgång 1981, vilket i flera fall innebär att den för länet högsta nivån återupprättats eller t.o.m. passerats. Fortfarande har dock många län en rapporterad p-rådgivning som ligger nära eller strax över miniminivån i vår beräkning.

1981 gjordes 351 rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor, dvs. närmare 600 000 besök totalt till en kostnad av ca 50 milj. kr. Om antalet

Tabell 6:1 Besök för rådgivning om födelsekontroll m.m. 1975–1981

	Totala antalet besök	Varav i privat regi (%)	Barnmorskornas andel av den rådgivning som ges i offentlig regi (%)	Antal besök per 1 000 kvinnor 15–44 år
1975	400 317	22	*	249
1976	506 879	24	53	313
1977	581 470	22	60	356
1978	566 598	21	67	355
1979	574 527	20	73	343
1980	566 469	19	76	334
1981	597 908	18	79	351

Källa: RFV:s statistik
* Uppgift saknas

rådgivningsbesök hade motsvarat det beräknade behovet av 500 besök per 1 000 fertila kvinnor, skulle det 1981 gjorts ca 850 000 rådgivningsbesök. Förutsatt att det ökade antalet besök skulle gjorts enbart inom den offentliga vården utan samband med övrig gynekologisk konsultation och att den procentuella andelen barnmorskebesök varit oförändrad skulle kostnaderna totalt ha uppgått till ca 69 milj. kronor.

6.2.3 Preventivmedelsrådgivningen 1982

Under januari och februari 1982 gjordes genom abortkommitténs försorg en inventering av preventivmedelsrådgivningen i hela landet. Syftet var, att få en mer nyanserad bild än enbart uppgifterna om antalet rådgivningsbesök kan ge. Frågorna gällde preventivmedelsrådgivningens organisation, kapacitet, lättillgänglighet och i viss mån innehåll.

De personer som har bästa överblicken över preventivmedelsrådgivningen i ett område kan variera från enskilda specialintresserade barnmorskor som på eget initiativ samlar in uppgifter om den aktuella situationen till mödrahälsovårdsöverläkare som har direkt ansvar för p-rådgivningen. Överläkare och chef för kvinnoklinik, sjukvårdsföreståndare och sjukvårdssekreterare vid landstinget har också varit vanliga uppgiftslämnare. Varje person har utifrån sin befattning och sitt intresse för verksamheten haft detaljkunskap om och inblick i p-rådgivningen i varierande grad.

Det samlade intrycket är, att det i många landsting saknas någon med samordnings- och uppföljningsansvar för p-rådgivningen. Ytterst få följer t.ex. själva upp hur stor andelen p-rådgivningsbesök är i förhållande till antalet fertila kvinnor i de olika sjukvårdsområdena. Många saknar också kunskap om de aktuella väntetiderna. Omvänt finns det ett fåtal landsting, där dessa och liknande uppgifter kontinuerligt följs upp och där man har god kunskap om den aktuella situationen.

Barnmorskor i preventivmedelsrådgivningen

Barnmorskornas medverkan inom preventivmedelsrådgivningen, som en gång motiverades av läkarbrist, har sedan 1975 radikalt förändrat förutsättningarna för denna. Rådgivning erbjuds i stor utsträckning i mödrahälsovården, i 15 län erbjuds p-rådgivning vid alla mödravårdscentraler. Därmed har de rådsökande fått närmare till rådgivningen, väntetiderna förkortats och möjligheten till kontinuitet i vården ökat. Samtidigt har det skett en innehållsmässig förändring i riktning mot ett arbetssätt som innebär en helhetssyn på den rådsökande och större hänsynstagande till sociala och psykologiska faktorer.

Barnmorskornas andel av rådgivningen låg 1980 i nästan alla län mellan 70 och 90 %. Endast två områden hade en andel under 60 %, nämligen Kristianstads län med 46 % och Malmö kommun med 4 %.

Det finns i Sverige ca 4 550 yrkesverksamma legitimerade barnmorskor (1982). Majoriteten av dessa, ca 3 100 (1980), arbetar inom den slutna vården och övriga inom den öppna vården.

De barnmorskor som avslutat sin grundutbildning 1974 och senare har i denna fått utbildning i rådgivning om födelsekontroll och kan därmed få egen

förskrivningsrätt efter praktik på respektive arbetsplats. Sedan 1972 har det anordnats utbildning i preventivmedelsrådgivning för barnmorskor verksamma i öppen vård. Totalt fanns det i december 1982 1 356 barnmorskor med förskrivningsrätt.

Andelen barnmorskor med förskrivningsrätt varierar i de olika länen mellan 13 och 44 % av det totala antalet yrkesverksamma barnmorskor (1982).

Utbildning i rådgivning om födelsekontroll

Socialstyrelsen har sedan 1972 anordnat kurser i rådgivning om födelsekontroll för de barnmorskor som inte fått sådan inom sin grundutbildning. Avsikten har varit, att landstingen successivt ska ta över utbildningsverksamheten. Regionala kurser har också anordnats i ett tiotal län. Trots det kvarstår ett stort utbildningsbehov, vilket synts i det genomgående stora antalet kursanmälningar. Enligt svar på en enkät som Barnmorskeförbundet publicerade 1982 i förbundets tidskrift Jordemodern önskade minst 350 barnmorskor komplettera med utbildning i preventivmedelsrådgivning.

Vid en överläggning 1981 mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet framförde förbundet, att kurserna måste ses som en utbildning i anslutning till riksdagsbeslutet om abortlagen, och ansvaret för dessa därför åvila socialstyrelsen. Sedan socialstyrelsen undersökt utbildningsbehovet och Landstingsförbundet utrett landstingens förutsättningar och intresse för regional utbildning av barnmorskor tar socialstyrelsen på nytt ställning till centrala utbildningsinsatser inför budgetåret 1984/85.

Rådgivningens kapacitet

Enligt mödrahälsovårdsutredningens intentioner bör en barnmorska ha ca 125 inskrivna blivande mödrar per år för att kunna ägna ca 15 % av sin tid till p-rådgivning, ca 10 % till utåtriktad upplysning samt ca 30 % till föräldrautbildning. I några sjukvårdsområden har man den dimensioneringen. I andra områden har varje barnmorska över 200 inskrivna blivande mödrar.

De allra flesta uppger att man har gott om tid för varje rådgivningsbesök på mottagningarna. Trots detta är det ett fåtal områden som har uppgivit att den totala kapaciteten är tillräcklig.

Det finns en risk för indirekt resursminskning i och med att nya uppgifter tillkommer t. ex. i de områden, där man inte inrättat nya tjänster i samband med att allmän föräldrautbildning införs.

Direkt nedskärning har också skett på flera håll, då resurser för vikarier har minskat eller dragits in helt. Från flera sjukvårdsområden uppger man, att situationen är otillfredsställande och att fler barnmorsketjänster skulle behövas för att undvika långa väntetider och tidspressade mottagningar. Tid saknas också för att man ska kunna arbeta utåtriktat.

Fortbildning för barnmorskor

En arbetsgrupp för familjeplaneringsfrågor inom Svensk gynekologisk förening gjorde 1982 en enkätundersökning bland barnmorskor med förskrivningsrätt. Frågorna gällde bl.a. den fortbildning i antikonception

som barnmorskorna fått efter genomgången utbildning (*Rahm* 1982).

29 % av de barnmorskor som svarat uppgav att de inte fått någon fortbildning i rådgivning om födelsekontroll efter sin utbildning. Under de två senaste åren (1980-81) hade 65 % av barnmorskorna inte fått någon fortbildning av sin arbetsgivare. 50 % hade bara fått sådan fortbildning som anordnats av olika läkemedelsföretag. 16 % hade någon gång deltagit i den fortbildning som socialstyrelsen anordnar.

En mer organiserad fortbildning tycks enligt undersökningen vara beroende av om det finns utbildningsklinik i länet.

Långa avstånd gör att barnmorskorna får svårare att delta i regelbundna sammankomster, vilka ofta är förlagda till centralsjukhusen. 77 % av barnmorskorna deltar t.ex. inte regelbundet i personalkonferenser.

Även tidsbrist och pressade mottagningar har i enkätsvaren angivits som ett hinder för deltagande i fortbildning. 56 % av de barnmorskor som deltagit i läkemedelsindustrins fortbildning har gjort detta utanför tjänstetid. Totalt var 86 % av de svarande barnmorskorna missnöjda med sin fortbildning.

P-rådgivningens tillgänglighet

De flesta mottagningarna för p-rådgivning hade en väntetid på upp till två veckor. Vid vissa mottagningar och vissa tider på året kan det vara längre väntetid. Oftast är det vid de större mottagningarna man inte klarar att hålla korta väntetider. Vid många mottagningar anhopas tidsbeställningarna efter sommaren då verksamheten varit minskad, vilket kan ge längre väntetider under ett par månader.

Vissa mottagningar har en mycket begränsad telefontid. Hög koncentration av samtal eller en telefontid som ständigt sammanfaller med lektionstid, resa till arbetet e. d. gör det svårt att nå preventivmedelsrådgivningen.

Det är lättast att få en hög mottagningstäthet på preventivmedelsrådgivningen genom anknytning till mödrahälsovården. De län som har p-rådgivning vid alla MVC har i genomsnitt mindre antal fertila kvinnor per mottagning än övriga. Det finns några sjukvårdsdistrikt med endast en eller få mottagningar för preventivmedelsrådgivning med vardera ett befolkningsunderlag på över 20 000 fertila kvinnor.

I Rätten till abort (*SOU 1971:58*) uttrycktes, att p-rådgivning om möjligt skulle tillhandahållas även under kvällstid. Det tycks emellertid förekomma vid mycket få mottagningar i landet.

Vid ungdomsmottagningar har man ofta kvällsmottagning, vilket bedömts vara av stor betydelse särskilt för den yngsta gruppen rådsökande, som kan ha svårt att begära ledigt från skolundervisningen för att kunna besöka rådgivningen.

Undersökningen visar, att preventivmedelsrådgivningen i landet till stor del ligger nere sommartid. Endast två sjukvårdsdistrikt uppger att kapaciteten på p-rådgivningen är ungefär densamma året om. I så gott som samtliga områden minskas p-rådgivningen under sommarmånaderna, ofta i betydlig utsträckning. Det kan innebära problem för dem som av olika orsaker skulle vilja byta preventivmetod under sommaren, inleda nya sexuella kontakter eller då gör sin sexuella debut.

Utåtriktad verksamhet

Bilden av den utåtriktade verksamheten vid landets p-rådgivningar är splittrad. Nästan alla län har viss utåtriktad verksamhet vid någon eller några mottagningar, men det är få län, som har en omfattande och heltäckande verksamhet.

Den utåtriktade upplysningen bedrivs i stor utsträckning utanför tjänstetid. Av de barnmorskor som regelbundet deltar i skolans samlevnadsundervisning är det mindre än hälften som gör det helt inom tjänsten.

Preventivmedelsrådgivning för tonåringar

Tonåringarna dominerar ofta bland besökarna vid p-rådgivningen. I januari 1982 fanns det dessutom 37 ungdomsmottagningar med p-rådgivning i landet och ytterligare nio planerades. Ungdomsmottagning fanns i 17 län.

I många områden ges preventivmedelsrådgivning i viss utsträckning även av skolsköterskor. I 13 sjukvårdsområden uppgavs, att skolsköterskorna fått någon form av utbildning, i vissa fall sådan som ger rätt att bedriva ersättningsberättigad rådgivning, i andra fall studiedagar m. m. Från så gott som samtliga områden rapporterades kontakter mellan p-rådgivning och skolsköterskor.

Preventivmedelsrådgivning för vuxna

De senaste åren har aborttalen varit tämligen konstanta, trots att aborterna minskat bland tonåringar. Det är framförallt kvinnor i de äldre åldersgrupperna som har stått för motsvarande ökning i abortfrekvens.

Från flera områden har man förmedlat intrycket att kvinnor i åldrarna över 30 är underrepresenterade bland dem som besöker p-rådgivningarna.

I flera län har man därför tagit vara på den möjlighet att nå dessa kvinnor som den återkommande gynekologiska hälsokontrollen innebär. Samtliga kvinnor erbjuds vid detta besök på mottagningen att återkomma för p-rådgivning. I vissa fall har barnmorskorna beräknat tid för ett rådgivningssamtal i direkt samband med hälsokontrollen. I andra fall får kvinnan en broschyr och tid för rådgivningsbesök för att återkomma senare.

6.3 Kartläggning av abortförebyggande upplysning

6.3.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning (nuvarande byrån för hälsoupplysning) har haft det centrala ansvaret för att utveckla metoder för hälsoupplysning i samlevnadsfrågor, föra ut erfarenheter till landstingen, stimulera till och följa upp regional verksamhet, initiera särskilda insatser till speciella målgrupper, tillgodose behovet av grundläggande kunskaper på området och stimulera till diskussion kring attityder genom produktion av material. Nämnden/byrån för hälsoupplysning har även givit stöd och råd till enskilda och grupper som drivit samlevnadsprojekt eller gjort enstaka upplysningsinsatser.

Målet för socialstyrelsens abortförebyggande verksamhet är, att genom upplysning och diskussion ge bättre förutsättningar att förebygga oönskade graviditeter, så att de barn som föds är önskade. Det planerade föräldraskapet ska uppnås med preventiva åtgärder och med aborten som nödlösning.

Vid genomförandet av socialstyrelsens upplysningsverksamhet har man valt att sätta in frågan om födelsekontroll, preventivmedel och abort i sitt sammanhang av sexualitet, könsroller och samlevnad. Det abortförebyggande arbetet definieras därför som upplysning kring sexualitet och samlevnad.

I socialstyrelsens handlingsprogram för den abortförebyggande verksamheten formulerades tre huvuduppgifter för den densamma:

- produktion av kunskapsförmedlande och attitydbearbetande material
- regionala projekt med samordnade insatser för preventivmedelsrådgivning, utbildning av rådgivare och upplysare samt upplysning till allmänheten
- särskild upplysning till vissa målgrupper, t.ex. tonåringar, invandrare m.fl.

Som metod för den abortförebyggande upplysningen har man valt att förmedla kunskap och bearbeta attityder genom personlig kommunikation. Personer som i sin yrkesverksamhet möter människor och har möjlighet att ta upp frågor kring sexualitet, samlevnad och födelsekontroll (t.ex. lärare, kuratorer, läkare, barnmorskor, fritidsledare etc.) får genom gemensam utbildning möjlighet att tillämpa ett psykosocialt arbetssätt och motivera för ett planerat föräldraskap. Upplysningen skall integreras i den ordinarie verksamheten i primärvård, förskola, skola och fritidsverksamhet.

Socialstyrelsen bedrev 1973-76 en försöksverksamhet med upplysning i sexualitet och samlevnad i samarbete med Gotlands kommun, som svarade för en samtidig decentralisering och utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen. Erfarenheterna från det s.k. Gotlandsprojektet har sedan förts ut till andra landsting som startat liknande verksamhet.

Socialstyrelsens ändrade organisation och den nya hälso- och sjukvårdslagen som slår fast landstingens ansvar för den förebyggande hälsovården har givit nya förutsättningar för den centrala abortförebyggande verksamheten. Socialstyrelsen skall följa och stödja denna verksamhet och ge kunskaps- och erfarenhetsunderlag för planering av densamma. I och med den av riksdagen beslutade omorganisationen har socialstyrelsen fått minskade möjligheter att som tidigare samordna preventivrådgivning och abortförebyggande upplysning i hälso- och sjukvården samt bedriva utvecklingsarbete inom hälsoupplysningsområdet sexualitet och samlevnad. Vissa uppgifter har istället senare överförts till landstingen.

6.3.2 Landstingen

I samband med kartläggningen av preventivmedelsrådgivningen samlades också uppgifter in om den abortförebyggande upplysningsverksamhet som bedrevs i landstingens regi under 1982 och tidigare. Uppgifter har också inhämtats från socialstyrelsens byrå för hälsoupplysning.

Skillnaderna är stora i landet. Vissa landsting satsar ekonomiskt och personellt stora resurser på abortförebyggande upplysning medan andra varken har eller planerar sådan verksamhet. Variationerna är betydande också när det gäller uppläggning, ansvars- och samarbetsformer, intensitet och innehåll i upplysningsverksamheten.

Regelbunden abortförebyggande upplysningsverksamhet finns eller har funnits i 16 landsting. I övriga har det inte förekommit alls eller enbart i form av enstaka insatser på enskildas initiativ. Bland de landsting som bedrivit organiserad upplysning finns de, som haft en mycket intensiv satsning tidigare och nu är inne i en period av uppföljning av större eller mindre omfattning. Andra befinner sig uppbyggnadsfasen eller mitt inne i det mest intesiva skedet med omfattande fortbildningsinsatser.

En politiskt fastslagen plan för den abortförebyggande verksamheten finns endast i ett fåtal landsting. Även många av de landsting som bedriver intensiv fortbildning saknar planer för fortsatt verksamhet. Erfarenheter från bl. a. Gotlandsprojektet visar att arbetet inte i längden kan bedrivas enbart av en liten grupp intresserade personer, utan måste få en politisk förankring. En vanlig modell är, att man anordnar en fortbildningskurs i varje kommun, ev. bildar lokala arbetsgrupper och att det centrala ansvaret sedan upphör. Flera landsting befinner sig i denna fas av verksamheten. Om ingen organiserad uppföljning och kontinuerlig fortbildning planeras och genomförs riskerar insatserna att bli intensiva men kortvariga. I Stockholms län t.ex. har de lokala/regionala arbetsgrupperna som inte fått någon uppföljning slutat att verka i takt med att fortbildningen kommit på avstånd och tjänster bytt innehavare.

I landstingens s.k. hälso- eller friskvårdsplaner saknas ofta den abortförebyggande verksamheten, eller hamnar i skymundan för de dominerande drog-, kost- och motionsfrågorna. I flera nyreviderade hälsoplaner har dock givits nytt och bredare utrymme för samlevnadsfrågor. Det finns också landsting, där omfattande fortbildning och upplysning i samlevnadsfrågor bedrivs, trots att hälsoplanen inte behandlar detta eller helt saknas. Omvänt finns det landsting, där hälsoplanen tar upp samlevnadsfrågorna som ett område för förebyggande verksamhet, men där det trots detta inte finns någon organiserad sådan.

Den abortförebyggande upplysningen bedrivs i en del landsting från hälsoupplysningsenheten, medan det i andra är landstingens informations- eller utbildningsavdelningar som är ansvariga för arbetet. En annan modell är att samlevnadsupplysningen knyts till mödrahälsovården, där preventivmedelsrådgivning och föräldrautbildning, som ju båda är närliggande, redan finns. Hälsoupplysare, informationssekreterare, sjukvårdsföreståndare, utredningssekreterare och fristående projektledare är några av de olika befattningshavare som i olika landsting formellt och informellt har ansvaret för den abortförebyggande verksamheten. I flera landsting finns därtill en lednings- eller projektgrupp med representanter från exempelvis landstingspolitiker, landstinget, länsskolnämnden, kommunförbundets länsavdelning och olika kommunala förvaltningar. Ofta är fortbildningsinsatserna resultatet av ett samarbete mellan landsting, länsskolnämnd och/eller kommunförbundets länsavdelning.

I de län som har en centralt organiserad abortförebyggande verksamhet

med bl.a. fortbildning förekommer olika tillvägagångssätt. I några landsting har man först bedrivit en mindre försöksverksamhet i ett begränsat område. I andra landsting har man systematiskt vänt sig till kommun efter kommun. I åter andra har man låtit de olika sjukvårdsområdena självständigt utforma sin verksamhet och i några fall har man vänt sig med fortbildning till hela länet samtidigt.

I samarbete mellan landsting och kommuner har man ofta olika motiv för att bedriva abortförebyggande verksamhet. För landstingens del är möjligheten att förbygga aborter och de kostnader dessa innebär oftast det tyngst vägande motivet för verksamheten. För kommunerna fungerar ofta den abortförebyggande upplysningen i vidare bemärkelse som ett sätt att förebygga sociala problem. Man ser också mer till möjligheten att utöka kontakterna och samarbetet mellan landstings-, skol-, social- och fritidssektorn samt sambandet mellan samlevnads- och drogfrågor. Samlad upplysning i samlevnads- och drogfrågor har bedrivits i flera landsting.

I en del landsting är verksamheten beroende av de enskildas engagemang, tid och av tillfälliga ekonomiska bidrag. I andra landsting har det i stället varit politiska beslut som initierat abortförebyggande upplysning, ibland kombinerat med intresse hos centralt placerade personer inom landsting eller kommun. I bl.a. Jämtlands län har politiker varit aktivt engagerade i upplysningsverksamheten.

6.4 Kommittén

6.4.1 Principiella synpunkter

Samhällets ansvar för att förebygga aborter kan delas upp i tre delområden.

Ansvar för barnen. Genom särskild hänsyn till barn i all samhällsplanering ges människor större möjligheter att skaffa de barn de själva önskar. Då ökar också förutsättningarna för att även oplanerade graviditeter kan fullföljas.

Att få barn innebär att livet blir både rikare och mer begränsat. Om omgivningens stöd och samhällelig service saknas blir begränsningen ibland för stor och man avstår från att skaffa ytterligare barn.

Det föds i dag färre barn än på mycket länge. Vi har vid analys av aborttal i kommuner och kommundelar sett, att ställningstagandet vid en oplanerad graviditet på olika sätt påverkas av samhällets sociala struktur. Ytterligare forskning kring dagens villkor för föräldraskap och familjeplanering behövs som underlag för abortförebyggande åtgärder på denna nivå.

Ansvar för preventivmedelsrådgivning. Alla som önskar skall ha tillgång till preventivmedel och rådgivning i födelsekontroll och familjeplanering. Sådan skall erbjudas både kvinnor och män för gemensamt ansvar för preventionen. Genom lättillgänglighet och hög kvalitet på rådgivningen kan vi med de preventimetoder vi idag förfogar över uppnå en god prevention. Det är ändå angeläget att stimulera forskning och utveckling kring preventivmedel i syfte att göra dem bättre och i ännu högre grad anpassa dem till människors behov och förutsättningar.

Ansvar för samlevnadsupplysning. Alla människor har rätt till grundläggande kunskaper om den egna kroppen, om samlevnad, sexualitet, fortplantning, födelsekontroll m.m. Genom diskussioner kring könsroller och samlevnadens villkor kan sexualiteten ses i sitt rätta sammanhang. Detta är speciellt viktigt idag, då sexualiteten och människors behov av närhet kommersialiserats och exploaterats. Det behövs en motvikt till den påverkan man utsätts för från bl.a. massmedia, kännetecknad av en förnedrande syn på kvinnan och falska skildringar av sexualitet utan värme och känsla.

6.4.2 Övergripande bedömning

Satsningen på förebyggande åtgärder i samband med abortlagen har inneburit stora förändringar. Före 1975 var tillgång på rådgivning om födelsekontroll begränsad och preventivmedel relativt svåråtkomliga och dyra. Väntetiderna till p-rådgivning var långa. Att ansöka om abort var ofta en lång, förödmjukande procedur med oviss utgång.

I skolan arbetade man fortfarande efter 1956 års handledning för samlevnadsundervisning som innehöll normer och moraliska ställningstaganden som inte motsvarade ungdomarnas verklighet.

Någon annan upplysning i samhällets regi bedrevs inte och vi saknade kommersiellt obundet material för allmänheten med grundläggande fakta kring preventivmedel, graviditet, abort eller diskussion om attityder kring könsroller och jämställdhet.

Under de år som rätten till abort funnits har samtidigt samhällets upplysning i samlevnadsfrågor byggts ut och fått stor spridning. Kunskaps- och diskussionsunderlag har producerats. Könsrolls- och jämställdhetsfrågor har diskuterats intensivt.

Utredningen om skolans samlevnadsundervisning (USSU) och handledningen som följde i dess spår har givit förutsättningar för en ny samlevnadsundervisning i skolan som mer betonar känslor, relationer och värderingar. Ett nytt samarbete mellan lärare och skolsköterskor, barnmorskor, läkare, kuratorer m.fl. har utvecklats inom samlevnadsundervisningen. Fortfarande finns dock allvarliga brister i skolans samlevnadsundervisning. En god samlevnadsundervisning förekommer mer i kraft av enskilda personers engagemang och entusiasm än av att skolpersonalen känner till de mål och anvisningar som gäller för denna del av skolans verksamhet. Den handledning som SÖ gav ut 1977 till stöd för undervisningen var t.ex. fortfarande 1982 föga känd bland berörd skolpersonal (*Lära leva tillsammans, Ds S 1982:8*). Det finns fortfarande behov av avsevärda förbättringar av samlevnadsundervisningen i skolan samt av lärarnas grundutbildning och fortbildning på detta område. Kommittén har givit förslag till förbättringar av skolans samlevnadsundervisning i nämnda delbetänkande.

Rådgivning om födelsekontroll har blivit kostnadsfri och byggts ut kraftigt. Bl.a. genom utbildning av barnmorskor i preventivmedelsrådgivning kan samhället erbjuda en lättillgänglig rådgivning av hög kvalitet. Vid utbildning av barnmorskor har de psykosociala och inte bara de tekniska aspekterna på familjeplanering betonats. I primärvården har det introducerats ett psykosocialt arbetssätt, t.ex. i föräldrautbildning vid barnets födelse som genom

riksdagsbeslut 1979 blivit en arbetsuppgift för personal i mödra- och barnhälsovården.

Fortbildning för personal inom hälso- och sjukvård, skola, fritidsverksamhet och socialvård har breddat ansvaret för rådgivning om födelsekontroll och upplysning i samlevnadsfrågor.

Särskilda insatser har gjorts för tonåringar i form av ökad upplysning, t.ex. på fritidsgårdar, och genom att en rad ungdomsmottagningar öppnats i landet med möjlighet att få råd om p-medel, i sexuella frågor, frågor om kroppsutveckling och annat. Många skolsköterskor har engagerat sig i p-rådgivning och samlevnadsundervisning.

På kort tid har på detta sätt förutsättningarna för familjeplanering radikalt förändrats. Sannolikt har den ökade satsningen på förebyggande åtgärder bidragit till att den ökning av aborterna som befarades i samband med 1974 års abortlag har uteblivit och till att aborterna i tonårsgrupperna stadigt minskar.

Den gynnsamma utvecklingen får ses som ett tecken på att den arbetsmetod man valt för den förebyggande verksamheten varit framgångsrik. Insatserna har skett parallellt på tre områden, nämligen en *kraftig utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen* samtidigt med en höjd kvalitet genom *utbildning av rådgivare* och beaktande av psykosociala aspekter på samlevnad och familjeplanering samt en satsning på *kunskapsförmedlande, motiverande och attitydbearbetande upplysning.*

Det är angeläget med en fortlöpande och intensifierad abortförebyggnde verksamhet inom stat, landsting och kommuner i form av preventivmedelsrådgivning och upplysning kring sexualitet och samlevnad.

6.4.3 Den abortförebyggande upplysningen i ett brett perspektiv

Upplysning kring sexualitet och samlevnad är ett samhällsansvar som bör uppmärksammas i många olika sammanhang och komma alla till del. Samhällsplaneringen, hälso- och sjukvården, förskole-, skol- och fritidsverksamheten samt socialtjänsten måste genomsyras av insikten om sexualitets- och samlevnadsfrågornas betydelse för människor samt kunskap om de behov som finns i olika skeden av livet.

Förskoletiden och de första skolåren

I förskoleåldern behöver barn när det gäller samlevnad och sexualitet

- hjälp och stöd i könsidentitetsutvecklingen[1]
- hjälp och stöd i att nå en riktig, positiv kroppsuppfattning och bejakande av lustupplevelse
- ord och begrepp för kön och sexualitet

[1] Cullberg (1978) ger en beskrivning av en trygg vuxen könsidentitet: "Att bli vuxen och utveckla en trygg könsidentitet innebär att acceptera och kunna uttrycka både sina aktiva och passiva resurser och behov, oavsett om man är man eller kvinna. Att vara 'manlig' respektive 'kvinnlig' innebär då att uppleva *sin fysiska könstillhörighet* och de *biologiska funktioner* – – – som är bundna till könet som något genomgående positivt och värdefullt."

- en positiv bild av sexualiteten mellan vuxna som motvikt till den kommersiella bilden av sexualitet och könsroller
- en riktig bild av befruktning, graviditet, fosterutveckling och förlossning.

För att kunna möta barnens behov på detta område behöver föräldrar, barnomsorgs- och skolpersonal
- grundläggande kunskaper om barnets psykosexuella utveckling och könsidentitetsutveckling
- kunskaper och insikter kring könsroller och deras historiska bakgrund
- insikter och ökad medvetenhet om egna normer och värderingar kring sexualitet, samlevnad och könsroller
- kunskap om den negativa påverkan barnen utsätts för (genom t.ex. vissa tidningar, TV, video) och vuxnas betydelse som förebilder
- träning och stöd i att på ett naturligt sätt ta upp och samtala kring sexualitet och samlevnad med barnen och med varandra.

Det abortförebyggande arbetet i vid bemärkelse inbegriper därför också föräldrautbildning samt fortbildning av personal i barnomsorgen och skolan.

Tonårstiden

I tonåren behöver man när det gäller samlevnadsområdet:
- stöd i att utveckla en vuxen identitet som man eller kvinna
- diskussion kring mans- och kvinnoroll, jämställdhet
- stöd i att utveckla en positiv inställning till sexualiteten grundad på ömsesidighet, varsamhet och respekt för personlig integritet
- kunskap om livets olika utvecklingsfaser, livskriser, möjligheter och svårigheter i samlevnaden
- vuxna förebilder, engagerade vuxna att tala med om samlevnad, sexualitet, normer och livsfrågor
- stöd i att våga handla efter egna åsikter och värderingar, medvetenhet kring hur konstlade normer kring t.ex. sexualitet och droger skapas genom grupptryck och falska föreställningar
- motvikt till den kommersiella bilden av sexualitet och könsroller
- för andra generationen invandrare stöd i att hantera konflikten mellan olika kulturella värdesystem på samlevnadsområdet.

Detta kan uppnås genom
- föräldrautbildning för föräldrar till tonåringar som stöd i föräldrarollen i en ofta svår brytningstid
- att berörd personal i grundutbildning och fortbildning får kunskaper om tonårsutvecklingen och tonåringarnas behov samt beredskap och vana att möta och arbeta med sexualitets- och samlevnadsfrågor
- fakta- och diskussionsmaterial som riktar sig till tonåringar och tar fasta på deras behov
- ungdomsmottagningar eller andra mottagningar dit tonåringar kan vända sig med förtroende för rådgivning i samlevnads-, sexuella-, p-medels- och andra frågor

- tillvaratagande av fritidsgårdarnas och föreningslivets möjlighet att erbjuda vuxenförebilder och möjligheter till diskussioner kring livsfrågor
- en samlevnadsundervisning i skolan som ger möjlighet till diskussioner om känslor, relationer och värderingar.

Vuxna män och kvinnor

I vuxen ålder behöver människor
- kunskap om livets utvecklingskriser, beredskap för samlevnad och föräldraskap.
- möjlighet att samtala kring mans- och kvinnoroll, jämställdhet, sexualitet och samlevnad samt hur människor påverkas av det ökade utbudet av sex- och våldsskildringar
- möjlighet till familjeplanering och hjälp att finna en preventivmetod som fungerar och känns tillfredsställande.

Vuxna kan nås genom
- personal inom hälso- och sjukvården som i fortbildning fått kunskaper och diskuterat värderingar kring samlevnad och sexualitet samt tillämpar ett psykosocialt arbetssätt
- uppsökande verksamhet, från t.ex. p-rådgivningen och kvinnokliniken, på arbetsplater, i föreningar m.m., där man ger kunskaper och skapar diskussion
- föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovård, studieförbund och föreningsliv för utbyte av erfarenheter, diskussion kring värderingar och upplevelser, livsplanering m.m.
- samlevnadsupplysning till män t.ex. under värnpliktstjänstgöringen
- studerandehälsovården
- samlevnadsupplysning genom studieförbund, folkrörelser, kyrkor och samfund
- böcker, broschyrer, bildband, film, teater, TV-program m.m. som tar upp olika aspekter av samlevnad, sexualitet och födelsekontroll.

6.4.4 Preventivmedelsrådgivningen

Preventivmedelsrådgivningen är en väsentlig del av den abortförebyggande verksamheten.

Kommittén anser att preventivmedelsrådgivningen ska ha tillräcklig kapacitet, vara lätt tillgänglig och av god kvalitet.

En lättillgänglig mottagning bör
- vara välkänd – utåtriktad upplysning
- ligga nära – hög mottagningstäthet, decentralisering
- vara lätt att nå – väl tilltagen telefontid, vid olika tider på dagen
- ha ingen eller kort väntetid – högst två veckor
- ha varierande mottagningstider – öppet dag- och kvällstid
- vara tillgänglig året om – tillräcklig kapacitet även på sommaren.

En rådgivning av hög kvalitet innebär
- välutbildad personal – kontinuerlig fortbildning såväl i medicinska frågor

som psykosocialt arbetssätt och frågor kring sexualitet och samlevnad
- gott om tid för samtal – ingen tidspressad mottagning, tillräcklig kapacitet.

Varje avvikelse från någon av dessa kriterier innebär ett hinder för den som behöver rådgivning. Då Rätten till abort (*SOU 1971:58*) skrevs, var hindren för en god prevention stora genom att nära nog inget av dessa kriterier var uppfyllda. I dag är hindren inte lika många, men vår kartläggning har visat att de delvis kvarstår på en del punkter.

Preventivmedelsrådgivningens kapacitet och tillgänglighet

Ett grundläggande krav i det abortförebyggande arbetet är att det finns tillgång till preventivmedelsrådgivning för alla som önskar eller är i behov av födelsekontroll. Kravet på en lätt tillgänglig hälso- och sjukvård är även särskilt fastslaget i hälso- och sjukvårdslagen.

Kartläggningen visar, att p-rådgivningsverksamheten är mycket ojämnt fördelad över landet. Preventivmedelsrådgivningens kapacitet måste anpassas till det aktuella behovet, beräknat efter befolkningsunderlaget. I en sådan beräkning bör man ta hänsyn inte bara till antalet kvinnor i fertil ålder, utan även till åldersfördelningen bland dessa. Det måste också finnas beredskap för en snabb anpassning till förändringar.

Vid vår kartläggning av preventivmedelsrådgivningen i landet har vi konstaterat, att det totalt sett skett en kraftig utbyggnad av p-rådgivningen med förkortade väntetider som följd. Antalet rapporterade rådgivningsbesök motsvarar dock endast inom några få områden det beräknade behovet.

Vi befarar, att dagens nivå på preventivmedelsrådgivningen endast räcker till dem som redan har en fungerande preventivmetod eller har hög motivation att skaffa sig preventivmedel. Det finns risk för, att kvinnor och män som ej önskar skaffa barn men ännu ej funnit lämplig p-metod försummas. De som inte nås av rådgivning och information är speciellt utsatta för den påverkan som okunnig och missvisande upplysning om p-medel ger. *Om man önskar uppnå en verklig abortförebyggande effekt genom preventivmedelsrådgivningen är en ytterligare utbyggnad nödvändig, så att kapaciteten räcker för alla som är i behov av preventivmedel samt dessutom till utåtriktad verksamhet.*

Ökade kostnader för samhället för en förbättrad preventimedelsrådgivning kan på sikt uppvägas av lägre kostnader för abortverksamheten. Om rådgivningskapaciteten inom särskilt anordnad preventivmedelsrådgivning skulle öka upp till det beräknade rådgivningsbehovet, skulle statens kostnader öka med knappt 20 miljoner med 1981 års kostnadsnivå. Kostnaden för aborterna är svår att beräkna. Ännu svårare är det att uppskatta, vilken effekt en ökad förebyggande verksamhet skulle ha på antalet aborter och därmed kostnaderna för dessa.

En ungefärlig beräkning av kostnaderna för abortoperationer med hänsyn till tidsåtgång, personalmedverkan samt en veckas sjukskrivning uppskattar de direkta kostnaderna för varje abort till ca 3 000 kr. Den totala direkta kostnaden för de aborter som utförs varje år är enligt denna beräkning ca 90

miljoner kronor. (Beräkningen är gjord vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och återges i bilaga till kapitel 12. Även en beräkning inom Stockholms läns landsting, ej publicerad, gav samma slutresultat).

Den minskning av p-rådgivningen sedan 1977 som enligt statistiken kvarstår i flera landsting är anmärkningsvärd. Orsakerna till minskningen bör analyseras och föranleda snabba åtgärder. Om man tillför mödrahälsovården nya arbetsuppgifter, t.ex. föräldrautbildning, utan att antalet barnmorsketjänster utökas riskerar rådgivningsverksamheten att minska ytterligare. I många landsting har föräldrautbildning införts utan ökning av resurserna. En utökning av barnmorskornas arbetsuppgifter har delvis kunnat ske på grund av den sjunkande nativiteten, som minskat behovet av resurser för hälsoövervakning av blivande mödrar.

Den *särskilda ersättning* för p-rådgivning som utgår från den allmänna försäkringen och infördes i samband med 1974 års abortlag stimulerade inledningsvis en kraftig utbyggnad av landstingens rådgivningsverksamhet. Enligt vad kommittén har inhämtat övervägs f.n. en övergång till schabloniserade statsbidrag för landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vi befarar att en sådan åtgärd kan få negativa effekter för preventivmedelsrådgivningens utbyggnad och kapacitet. Det kan också leda till sämre möjligheter till uppföljning av verksamheten om det ekonomiska motivet att föra statistik försvinner. Vid ett eventuellt övervägande om övergång till schablonisering av bidragen bör man ta hänsyn till dessa risker och skapa garantier för att rådgivningen även i fortsättningen ska vara kostnadsfri för den enskilde och att utåtriktat arbete kan inrymmas i verksamheten.

Preventivmedelsrådgivningens kvalitet

Preventivmetodernas säkerhet är till stor del beroende av individernas personliga förutsättningar. Till dessa hör bl.a. motivationen för familjeplanering och metoden i fråga, kunskaper om metoden och dess användning. Bara den preventivmetod som individen har förtroende för och verkligen accepterar har förutsättningar att fungera säkert. Annars finns der risk för att man medvetet eller omedvetet använder metoden ofullständigt eller avbryter den helt och blir ofrivilligt gravid. Rådgivarens uppgift är att ge kvalitativt god rådgivning, vilket förutsätter kunskaper om preventivmetoderna, lyhördhet för den rådsökandes behov, förmåga att upprätta god kontakt i samtalet samt gott om tid. För en kvalitativt god rådgivning krävs därför fortbildning för rådgivare, tid för individuella samtal, noggrann information samt kontinuitet inom vården.

Samtidigt med barnmorskornas engagemang i rådgivningen har det skett en innehållsmässig förändring i riktning mot ett arbetssätt som innebär en helhetssyn på den rådssökande och större hänsynstagande till sociala och psykologiska faktorer. I de områden där alla barnmorskor inom mödrahälsovården har utbildning i rådgivning om födelsekontroll och där p-rådgivning kan erbjudas vid alla mödravårdscentraler har de rådsökande fått närmare till rådgivningen, väntetiderna förkortats och möjligheten till kontinuitet i vården ökat.

Flertalet barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården har utbildning i rådgivning om födelsekontroll. De barnmorskor inom mödrahälsovården

som fortfarande saknar sådan utbildning bör i första hand beredas möjlighet till detta. Utbildningsbehovet gäller även i viss mån barnmorskor inom förlossningsvården. Rörlighet mellan den öppna och slutna vården förekommer och barnmorskor från den slutna vården vikarierar ibland inom öppenvården.

Preventivmedelsrådgivningens uppsökande verksamhet

I anslutning till preventivmedelsrådgivningen bör även bedrivas utåtriktad upplysning med syfte att sprida information, nå dem som inte spontant kommer till rådgivningen och motivera för användning av preventiv födelsekontroll. Upplysning i samlevnadsfrågor, som utförligt behandlas i följande avsnitt, är ett viktigt abortförebyggande samhällsansvar. Upplysning i samlevnadsfrågor i samband med preventivmedelsrådgivning för ungdomar och vuxna kan öka beredskapen för svårigheter i samlevnaden samt underlätta en god prevention på bas av verklig kunskap. En diskussion om preventivmedel t.ex. på en arbetsplats kan vara den extra impuls som behövs för att man ska vända sig till p-rådgivningen. Många gånger är det först vid en graviditet som ställningstagandet och den gemensamma diskussionen om beredskapen att ta emot ett barn sker. Det är önskvärt, att diskussionen äger rum tidigare, så att den kan vara en stabil grund för en aktiv familjeplanering med preventiva metoder. Det är bl.a. av detta skäl som den utåtriktade upplysningen är värdefull.

Vid sidan om skolor, fritidsgårdar och arbetsplatser är ungdoms-, kvinno-, invandrar- och andra (t.ex. fackliga) organisationer samt de militära förbanden viktiga informationskanaler och samarbetspartners för upplysning kring sexualitet, samlevnad och födelsekontroll.

Den uppsökande verksamheten bör ingå som en del i tjänstgöringen för barnmorskor (och även andra yrkeskategorier) som arbetar med preventivmedelsrådgivning.

Organisation av preventivmedelsrådgivningen

Preventivmedelsrådgivning bör även i fortsättningen i stor utsträckning ges av barnmorskor. Vi vill dock påpeka, att det finns en optimal nivå för barnmorskornas andel av p-rådgivningen. Om denna andel blir för hög, finns det risk för, att läkarna får för lite erfarenhet av p-rådgivning – de får bara hand om de mer komplicerade fallen. Läkarna bör i tillräcklig utsträckning ha erfarenhet av p-rådgivning även i okomplicerade situationer för att kunna upprätthålla god kvalitet på rådgivningssamtalen. Barnmorskorna kan ha mycket att tillföra läkarna när det gäller rådgivningens psykologiska och sociala sida. Omvänt är det viktigt att barnmorskorna har tillgång till gynekologisk expertis även i primärvården för att kunna få handledning i rådgivningens medicinska del. Detta talar för, att rådgivningen i större utsträckning än hittills bör organiseras i vårdlag där både barnmorskor och läkare är engagerade. Dessutom bör fortbildning i såväl medicinska frågor som psykosocialt arbetssätt och frågor kring sexualitet och samlevnad anordnas kontinuerligt för den personal, som medverkar i p-rådgivningen.

På flera håll har man regelmässigt ett snabbt återbesök efter varje p-rådgivningstillfälle för att få en återförsäkran om att metoden fungerar bra och att kvinnan och hennes partner är nöjda med den. Efter en tids användning finns det större förutsättningar att kvinnan – och mannen – kan ställa de frågor som är mest angelägna ur hennes/hans synvinkel. Onödiga byten av p-metod eller avbrott efter en tids användning på grund av oväntade reaktioner eller biverkningar kan på så sätt undvikas.

Den som får p-rådgivning bör regelmässigt även erbjudas att komma på återbesök efter någon tid. Särskilt stor betydelse får detta, om rådgivningen givits i samband med abort, då aborten oftast är det allt överskuggande och valet av p-metod inte alltid kan bli så välgrundat. En undersökning av Kvint m.fl. (1981) har också visat att kvinnor som intervjuades en tid efter aborten i påfallande hög utsträckning hade övergivit den preventivmetod de bestämt sig för i samband med aborten.

Särskilda målgrupper

Att döma av de senaste årens abortutveckling och av de intryck som kartläggningen av preventivmedelsrådgivningen har givit, är det flickor i tonåren som idag är bäst tillgodosedda med preventivmedelsrådgivning. Aborterna bland tonårsflickor har stadigt minskat sedan 1975 och vår studie (se kapitel 8.7) visar, att kvinnor födda 1961 och senare gör betydligt färre aborter i tonåren än kvinnor födda under senare delen av 1950-talet. Den intensiva satsningen på abortförebyggande åtgärder med tonåringar som målgrupp och samlevnadsundervisningen i skolan har givit resultat. I många län har det öppnats särskilda ungdomsmottagningar för att möta tonårsgruppens speciella behov. I tonåren upplevs frågorna och problemen i samlevnaden och sexualiteten som centrala och livsavgörande. Ungdomsmottagningarnas betydelse för tonåringarna i deras sökande efter en egen identitet och sexualitet kan inte nog betonas, i synnerhet som annan vägledning av erfarna vuxna i dag ofta saknas.

På sikt är det önskvärt, att den ordinarie preventivmedelsrådgivningen kan möta även tonåringarnas och andra gruppers speciella behov. Erfarenheter från ungdomsmottagningarna bör komma de traditionella mottagningarna till del för att man även där ska kunna ge en rådgivning avpassad efter de ungas önskemål och förutsättningar.

Personal från p-rådgivningen och/eller skolhälsovårdspersonal bör beredas tillfälle att delta i skolans samlevnadsundervisning samt t.ex. vid diskussioner på fritidsgårdar. Barnmorskan har genom sin fristående ställning och speciella kunskap goda förutsättningar att ge svar på ungdomarnas frågor. Dessutom blir mottagningen och dess personal mer känd, vilket gör det lättare för ungdomarna att vända sig dit.

Aborterna har de senaste åren ökat något bland kvinnor över 35 år. Denna ökning kan sättas i samband med debatt kring p-piller och upplevda biverkningar eller oro för sådana. Många slutar med p-piller utan att ha något annat alternativ. Apoteksbolagets försäljningsstatistik visar också, att försäljningen av p-piller är större än den i SCB:s intervjuundersökning redovisade förbrukningen (*Kvinnor och barn* 1982). Skarven mellan olika p-metoder eller uppehåll i p-pillerförbrukning utgör riskperioder, då

ofrivilliga graviditeter kan uppstå. Riskerna för preventivmedelssvikt och oplanerade graviditeter motverkas av kunskap om metoderna, beredskap att möta problem i användandet och en vid rådgivningstillfället väl genomdiskuterad och välmotiverad preventivmetod. Kvinnor och män som idag är i vuxen ålder har inte fått den samlevnadsundervisning som dagens tonåringar oftast får. På samma sätt som goda preventivmedelsvanor kan följa med under hela den fertila perioden, kan inledande misslyckanden försvåra den framtida samlevnaden och grundlägga problem i preventionen. Uppsökande insatser med upplysning och diskussion från p-rådgivningen på arbetsplatser, inom fackföreningsrörelsen, vuxenutbildningen etc. är ett viktigt sätt att verka abortförebyggande som ännu inte praktiserats i någon nämnvärd omfattning. De insatser som gjorts verkar dock lovande och bör mana till efterföljd (se t.ex. kapitel 15.5.1).

Den gynekologiska hälsokontrollen ger en unik möjlighet att nå de kvinnor, som annars inte besöker mottagningen för p-rådgivning, och bör utnyttjas för samtal om preventivmetoder. Undersökningen sker oftast på mödravårdscentral och är en omfattande förebyggande verksamhet som når en stor grupp fertila kvinnor varje år. I det förberedande frågeformuläret inför undersökningen fyller kvinnorna bland annat i uppgift om aktuell preventivmetod. Det kan bli utgångspunkt för ett samtal om hur denna fungerar och om t.ex. oro för biverkningar. Bristande kunskaper eller felaktig information kan då rättas till genom rådgivarens kunskap och erfarenheter.

Även i övrig gynekologisk vård och i primärvården överhuvudtaget är det viktigt att preventivmedelsfrågan uppmärksammas, vilket också ger ett bättre resursutnyttjande.

Preventivmedelsrådgivning för såväl tonåringar som vuxna bör vara tillgänglig för både män och kvinnor.

De flesta av dagens preventivmedel är avsedda för kvinnor. Därför är det inte så anmärkningsvärt att det nästan bara är kvinnor som besöker preventivmedelsrådgivningen. Kvinnan ska få pessaret inprovat, spiralen insatt, blodtrycket mätt etc. för ett p-pillerrecept. Mannens preventivmedel, kondomen, kräver ingen sådan åtgärd (även om en instruktion kan behövas, speciellt för de unga). Men kvinnan och mannen ska gemensamt ta ansvar för preventionen. Även mannen bör känna till preventivmetodernas funktion, säkerhet och biverkningar.

Den yngre generationen visar här tecken på ett nytt sätt att se på och förhålla sig till preventionen och ta gemensamt ansvar för denna. Med en omfattande utåtriktad verksamhet i skolor och på fritidsgårdar når personal från ungdomsmottagningar ut till både pojkar och flickor, vilket så småningom leder till att även pojkar i större utsträckning söker sig till dessa mottagningar. Det har visat sig, att pojkarnas frågor oftast är av samma karaktär som flickornas med mycket funderingar över den egna kroppen och sexuella funktionen.

Beträffande invandrargrupperna är det viktigt att preventivmedelsrådgivningen når både kvinnor och män. Det förutsätter kunskaper hos personalen om kulturella olikheter och särdrag hos aktuella invandrargrupper när det gäller frågor om sexualitet, samlevnad och prevention. Vissa preventivmetoder accepteras inte i alla samhällen, t.ex. av religiösa skäl eller p.g.a. synen

på kvinnan. Rådgivningen måste förutsättningslöst utformas efter varje rådsökande. Då det gäller så djupa och känsliga områden som sexualitet och familjeplanering är det särskilt viktigt att ha gott om tid för samtal, respektera eventuella speciella önskemål samt att anlita kompetent tolk vid språksvårigheter.

Uppföljning av rådgivningsverksamheten

Kartläggningen av p-rådgivningen i landet har visat att kunskap och överblick över den aktuella rådgivningssituationen och uppföljning av verksamheten ofta saknas på regional nivå. Rådgivningskapaciteten räknad i antalet besök per 1 000 fertila kvinnor är oftast inte känd varken lokalt eller regionalt. Än mindre har man satt denna och andra uppgifter i relation till den aktuella abortutvecklingen i området, annat än där pågående sex- och samlevnadsprojekt motiverat en särskild probleminventering.

Uppföljning av preventivmedelsrådgivningens kapacitet ger det nödvändiga underlaget för planering av hälso- och sjukvården efter invånarnas behov som omtalas i hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen har till uppgift att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som den regionala planeringen av hälso- och sjukvården. Tillgång till ett utförligt statistiskt material hos landstingen är en förutsättning för central uppföljning och överblick samt ger underlag för eventuella åtgärder.

6.4.5 Upplysning i sexualitets- och samlevnadsfrågor

Landstingens verksamhet

Landstingens insatser på samlevnadsupplysningens område varierar. Förebyggande insatser är nu en lagfäst skyldighet för landstingen. Många landsting har emellertid ännu inte hunnit påbörja en förebyggande verksamhet i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen, i synnerhet inte vad gäller den abortförebyggande upplysningen. Den upplysning kring sexualitet och samlevnad som ges i landet har kommit långt bara i de områden där det finns specialintresserade personer bland politiker, inom skolan, hälso- och sjukvården, hälsoupplysningen eller bland övriga landstingstjänstemän. Hittills har endast en liten del av landstingens hälsoupplysningsanslag gått till abortförebyggande upplysning, samtidigt som sambandet mellan samlevnadsfrågor och övriga hälsofrågor inte tillräckligt uppmärksammats.

Sammanställningen av verksamheten i länen (se kapitel 15.4) visar, att det inte går att utläsa något entydigt samband mellan förekomsten av organiserad abortförebyggande upplysning och aborttalens nivå i ett län. Däremot har man i flera län fått en kraftigt minskad abortfrekvens i samband med sex- och samlevnadsprojekt. Abortutvecklingen i stort har troligen påverkats genom långsiktigt abortförebyggande arbete. Abortförebyggande åtgärder är självfallet motiverade även i de län som av tradition har låga aborttal. Upplysningsinsatser kan där bidra till en ytterligare sänkning av aborttalet eller till att aborterna inte ökar. Det är även för dessa län av intresse att göra

analyser av t.ex. skillnader mellan kommuner och kommundelar för att kunna rikta insatser.

Samtidigt är det uppenbart att abortförebyggande insatser är särskilt angelägna och har störst möjlighet att ge synbara resultat i de områden, framför allt storstäderna, där aborttalen ligger högt över riksgenomsnittet. Även här bör analys av aborttalen i kommuner och kommundelar ge fingervisningar om hur åtgärderna i första hand bör koncentreras.

Analyser av åldersrelaterade aborttal kan också ge underlag för riktade insatser. I områden med höga aborttal i tonårsgruppen behöver kanske tonåringarnas möjlighet till rådgivning om födelsekontroll ses över och breddas samt skola och fritidsverksamhet engageras i ett abortförebyggande upplysningsarbete med diskussioner, temadagar, studiecirklar, teater m.m. I de områden som uppvisar stigande aborttal för t.ex. gruppen kvinnor över 35 år kan det vara befogat att se över lättillgänglighet, kvalitet och kapacitet i såväl p-rådgivningen som den gynekologiska vården. Kvinnor och män i dessa åldrar kan ha speciellt svårt att finna en fungerande preventivmetod och tycks i mindre utsträckning vända sig till mottagningarna för p-rådgivning. Troligen löser de oftare sitt behov av rådgivning om födelsekontroll i samband med annan gynekologisk konsultation eller i övrigt i primärvården, varför även tillgång till och resurser för gynekologisk vård är viktiga i sammanhanget. Arbetsplatsbesök från t.ex. preventivmedelsrådgivningen kan vara ett sätt att i utåtriktad verksamhet nå dessa kvinnor och deras män.

Permanent abortförebyggande verksamhet bör finnas i alla landsting. Vid sidan om den reguljära verksamheten kan det dessutom ibland vara befogat med särskilda insatser av tillfällig projektkaraktär för att höja medvetenheten om samlevnadsfrågorna, väcka ny aktualitet och skapa nytt engagemang. Planerings- och samordningsansvaret för den förebyggande verksamheten åvilar landstingen enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen. Viktiga samarbetspartners är skola, socialtjänst, övriga vårdgivare, länsskolnämnd och kommunförbundets länsavdelning. Erfarenheterna har visat, att ett välfungerande samarbete mellan landsting och kommuner är en förutsättning för att den abortförebyggande upplysningen verkligen skall nå ut. Det är i skolan, på fritidsgården och inom socialtjänsten som många av insatserna måste göras. Utan en fast förankring i den kommunala verksamheten och samarbete mellan personal inom landstinget och kommunerna är detta inte möjligt.

Socialstyrelsens uppgifter

Socialstyrelsens hittillsvarande inriktning på den abortförebyggande verksamheten har varit framgångsrik och måste få möjlighet att fullföljas och utvecklas.

Ännu har inte alla landsting hunnit bygga upp en verksamhet som svarar mot kravet på regionalt ansvar. Vår inventering har visat, att många landsting tills vidare inte utvecklat någon mer organiserad upplysning i samlevnadsfrågor. Det ökade ansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen har inte heller ännu hunnit leda till att den abortförebyggande verksamheten kunnat passas in i långsiktiga politiskt fastslagna hälso- och sjukvårdsplaner.

Socialstyrelsens roll som erfarenhetsbank kommer därför även i fortsättningen att vara mycket betydelsefull. Erfarenheter har visat, att stödjande insatser från socialstyrelsen framför allt behövs då ett landstings abortförebyggande verksamhet är i ett uppbyggnadsskede. Först då landstingen hunnit bygga upp en välfungerande organisation och skaffat egna erfarenheter av abortförebyggande upplysning torde behovet av stöd från den centrala myndigheten komma att minska.

Tonåringarna har varit och bör fortsätta att vara den viktigaste målgruppen för upplysningsarbetet. Även metoder att nå vuxna män och kvinnor bör vidareutvecklas. Invandrare och deras barn kommer även i fortsättningen att vara en viktig målgrupp för den abortförebyggande verksamheten.

I socialstyrelsens framtida verksamhet bör särskild uppmärksamhet riktas mot storstadsregionerna för att utröna vilka speciella insatser som kan motverka den höga abortfrekvens som kännetecknar dessa områden.

Utbildningsväsende, massmedia m. m.

Grundutbildning och fortbildning

Vår undersökning på skolans område visade, att de lokala studieplanerna för lärarutbildningen ofta stämmer dåligt överens med de centrala målen för skolans samlevnadsundervisning (*Lära leva tillsammans Ds S 1982:8*). Det förekommer att nyutexaminerade lärare inte fått någon som helst samlevnadsundervisning i sin grundutbildning. Den utbildning som förekommer är otillräcklig och begränsas i många fall till några få moment som inte gör blivande lärare rustade att förmedla en allsidig samlevnadsundervisning. USSU:s förslag för lärarnas grundutbildning i samlevnadsfrågor har i stort sett lämnats utan åtgärd vid universitet och högskolor.

Det har under senare år bedrivits en omfattande fortbildning i samlevnadsfrågor i socialstyrelsens, landstingens, kommunernas, länsskolnämndernas, RFSU:s m.fl. regi. De kunskaper och erfarenheter som denna verksamhet givit måste tas till vara och även tillföras grundutbildningarna för berörda yrkesgrupper.

Sexualitets- och samlevnadsfrågor måste ingå i grundutbildning för personal inom barnomsorgen, skolan, fritidsverksamheten, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Dessa yrkesgrupper måste också erbjudas fortbildning i dessa frågor.

Samlevnadsmoment i grundutbildning och fortbildning bör ha som mål att stimulera berörda yrkesgrupper att på ett mer aktivt sätt ta upp samlevnadsfrågor i sina olika arbeten och att tillämpa ett s.k. psykosocialt arbetssätt. Betoningen ligger här på yrkesrollen, vilket markerar en viktig skillnad gentemot kurser med psykoterapeutiska inslag som syftar till personlig utveckling i första hand.

Syftet med grundutbildning och fortbildning i samlevnadsfrågor bör vara att:

- ge deltagarna grundläggande faktakunskaper i samlevnadsfrågor. Det rör ämnen som utvecklingen från barn till vuxen, samlevnad, könsroller, familjeplanering, abort och den historiska utvecklingen inom dessa områden

- ge möjligheter till diskussion kring värderingar i dessa frågor. Deltagarna bör ges möjlighet att formulera sina egna ståndpunkter, ta del av andras och därigenom även ges träning i att samtala kring samlevnad och sexualitet
- ge möjlighet till fördjupad diskussion i metodiska frågor samt praktisk träning i att hantera samlevnadsfrågor i den egna yrkesfunktionen.

För fortbildningen gäller, att kurser med bred deltagarsammansättning har den fördelen att deltagarna får perspektiv på sin egen arbetssituation och hjälp att se helheten genom att möta andra yrkeskategorier. Det ger också möjlighet att knyta kontakter mellan olika samhällssektorer som bas för framtida samarbete. Samtidigt minskar möjligheten att mer ingående diskutera en yrkesgrupps speciella svårigheter och behov. Fortbildning i blandade grupper kan därför med fördel kompletteras med särskilda diskussioner inom varje yrkesgrupp.

Föräldrautbildning

De tankar om samhällets ansvar för upplysning i samlevnadsfrågor samt behoven av stöd, kunskaper och diskussioner i olika livsskeden som redovisats här stämmer nära överens med grundtankarna i Barnomsorgsgruppens förslag till allmän föräldrautbildning (*Barn och vuxna SOU 1980:27*).

Föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården, föreningslivet och i studieförbundens regi ger människor möjligheter att utbyta erfarenheter, diskutera upplevelser, livsplanering m.m.; att dela med sig av sin kompetens på samlevnadens område. Den skapar också ett viktigt socialt nätverk bland människor i ett bostadsområde och ger träning i att lyssna, vara lyhörd och leva sig in i andra människors situation.

Vi vill framhålla, att föräldrautbildning kan ge människor de kunskaper om samlevnad och föräldraskap, det perspektiv på den egna situationen samt det stöd i varje utvecklingsfas som utgör grunden för en aktiv och genomtänkt familjeplanering och därmed kan förebygga oönskade graviditeter och aborter.

Värnpliktsutbildningen

Det är viktigt att i alla sammanhang se sexualitet, barnafödande, familjeplanering och abort som mannens och kvinnans gemensamma angelägenhet och aktivt underlätta männens medverkan i alla de situationer då dessa områden berörs.

Under värnpliktstiden är ofta samlevnadsfrågorna som mest brännande och aktuella i brytningstiden mellan tonårsliv och vuxentillvaro. Personalkonsulenterna vid de militära förbanden har erhållit fortbildning i samlevnadsfrågor och i hur man leder diskussioner kring samlevnad och sexualitet bland de värnpliktiga. Vid några förband har det med goda erfarenheter på försök genomförts studiecirklar i ämnet.

Vi menar, att den unika möjlighet att nå flertalet män med samlevnadsupplysning som värnpliktstjänstgöringen innebär måste tas till vara. Den resurs som de utbildade personalkonsulenterna vid försvaret utgör måste

användas för att bland de värnpliktiga föra in diskussioner kring samlevnad, sexualitet, mansroll och droger. Den påverkan som s. k. herrtidningar m. m. utövar på unga män och deras syn på kvinnor, samlevnad och sexualitet måste motverkas.

Massmedia

TV, film, veckopress, reklam m.m. är i dag ofta förmedlare av sexuella budskap och traditionell könsrollsuppfattning. Enligt en undersökning redovisad av Statens ungdomsråd läste 42 % av alla män mellan 15 och 24 år regelbundet FiB-Aktuellt (*Smockor & smek* 1980). På videomarknaden dominerar filmer med våld och pornografiska inslag. Många tonårsflickor läser veckotidningar som framför allt innehåller förenklade romantiska kärleksskildringar. Den påverkan i könsrollsuppfattning och föreställning om samlevnad och sexualitet som detta utgör går inte att uppskatta. Den marknad som dessa tidningar har visar dock att det otvivelaktigt hos många människor finns ett behov att läsa om samlevnad, kärlek och sexualitet och hur andra har det. Identitet och självuppfattning bygger till stor del på jämförelse och identifikation med andra. Det finns en rädsla och osäkerhet om normer och värderingar på sexualitetens och samlevnadens område.

Samhället måste ta fasta på detta behov av igenkännande, förebilder och ledning då det gäller frågor om samlevnad och sexualitet. Föräldrar, barnomsorg, skola, fritidsverksamhet m. fl. har här en viktig uppgift att ge barn och unga förutsättningar för att kunna göra ett kritiskt val mellan t. ex. god litteratur och skräpkultur. Också massmedia kan motverka verklighetsfrämmande skildringar av sexualitet och samlevnad genom film, tidningar m.m. som tar upp dessa frågor på ett seriöst sätt.

Vi menar, att massmedia, vid sidan om upplysning genom personlig kommunikation, föräldrautbildning m.m., kan medverka i abortförebyggande upplysning. Olika samhällsorgan måste ta sitt ansvar för att bidra med kvalitativ upplysning om sexualitet och samlevnad som svarar mot människors behov och erbjuder konstruktiva livsmönster och handlingsalternativ.

Utbildningsradion och läromedelsproducenterna har här en viktig uppgift.

6.4.6 Sammanfattning av kommitténs överväganden och förslag beträffande den abortförebyggande verksamheten

Kommittén finner beträffande preventivmedelsrådgivningen att

- den särskilda ersättning för rådgivning i födelsekontroll till landsting, kommuner m.fl. som infördes 1975 har haft kraftigt stimulerande effekt på utbyggnaden av rådgivningsverksamheten
- rådgivningsnivån efter den initiala ökningen 1975–1977 kraftigt minskade 1978–1980. I flera landsting har, trots en ökning under år 1981, 1977 års nivå ännu inte återuppnåtts
- ett beräknat rådgivningsbehov är 500 besök per 1 000 fertila kvinnor och år

- att den rapporterade rådgivningen i de flesta landsting understiger rådgivningsbehovet
- statistiken av olika skäl är behäftad med uppenbara brister
- det finns risk för att man försummar dem, som inte redan har en fungerande preventivmetod
- ansvaret för familjeplanering och födelsekontroll till stor del vilar på kvinnorna
- kvinnor över 30 år ofta är underrepresenterade bland dem som besöker preventivmedelsrådgivningen
- det kan vara svårt att finna en preventivmetod som fungerar tillfredsställande under hela den fertila perioden
- preventivmedelsrådgivningens knytning till mödrahälsovården med i huvudsak barnmorskor som rådgivare inneburit kortare väntetider, ökad kontinuitet och en ökad hänsyn till psykologiska och sociala aspekter på födelsekontroll
- det fortfarande även bland barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården finns ett behov av kompletteringsutbildning för kompetens för rådgivning om födelsekontroll
- kontinuerlig fortbildning för barnmorskor, läkare och skolsköterskor i rådgivning om födelsekontroll saknas på många håll. Ofta är den enbart medicinskt inriktad och arrangerad av läkemedelsföretag
- mottagningstätheten är mycket god i en del landsting, medan kvinnor och män i andra områden måste åka långt för att komma till p-rådgivningen
- telefontiden till p-rådgivningen i många fall är mycket begränsad och förlagd till samma tid på dagen, vilket innebär ett stort hinder för de rådsökande
- väntetiden på de flesta håll tycks vara godtagbar. Dock förekommer det vid enstaka mottagningar eller under speciella tider på året oacceptabelt långa väntetider
- kvällsmottagning bara finns vid ett mycket litet antal mottagningar
- p-rådgivningen sommartid oftast har betydligt lägre kapacitet än resten av året. Detta gäller även de orter som kraftigt ökar sitt befolkningsunderlag under sommaren
- uppsökande verksamhet (t.ex. i skolor, på fritidsgårdar och arbetsplatser) sällan ryms inom de ordinarie arbetsuppgifterna för personal vid preventivmedelsrådgivningen. Fortfarande bygger det mesta av den utåtriktade upplysningsverksamheten på enskilda personers intresse och engagemang.

Kommittén anser beträffande preventivmedelsrådgivningen att

- preventivmedelsrådgivningen ska ha tillräcklig kapacitet, vara lättillgänglig och av god kvalitet
- p-rådgivningens tillgänglighet bör ökas ytterligare genom utåtriktad information, väl tilltagna telefontider vid olika tider på dagen samt mottagningstider anpassade efter de rådsökandes behov året om
- en schablonisering av ersättningen till landstingen kan få en negativ effekt på p-rådgivningens kapacitet och kvalitet

- berörda sjukvårdshuvudmän bör analysera orsakerna till den minskning av rapporterad preventivmedelsrådgivning som skett
- en ytterligare utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen är nödvändig om man vill nå även dem som inte har sin preventivmedelsfråga löst, dvs. en rådgivningsnivå på ca 500 besök per 1 000 fertila kvinnor och år
- man därvid bör tillvarata möjligheter till preventivmedelsrådgivning i samband med gynekologisk hälsokontroll, annan gynekologisk vård samt i övrigt i primärvården
- en ökad tillgång till gynekologisk kompetens i primärvården, som förutsätts i socialstyrelsens förslag till principprogram för mödra- och barnhälsovården (*Socialstyrelsen redovisar* 1979:4) är viktig även för preventivmedelsrådgivningen
- man i vårdorganisationen bör söka finna former för att även nå kvinnor över 30 år och män med preventivmedelsrådgivning
- uppsökande verksamhet med upplysning om sexualitet, samlevnad och födelsekontroll t.ex. inom skolans samlevnadsundervisning, på fritidsgårdar, arbetsplatser och i föreningar bör bli en del av den ordinarie verksamheten vid p-rådgivningsmottagningarna
- man rutinmässigt bör erbjuda möjlighet till återbesök en tid efter p-rådgivning, särskilt då denna givits i samband med abort
- ungdomsmottagningarna har stor betydelse för att möta tonåringarnas behov av diskussion och rådgivning kring sexualitet, samlevnad och födelsekontroll
- den kunskap om tonåringarnas särskilda behov då det gäller rådgivning om födelsekontroll och tonårsgynekologi som samlats vid ungdomsmottagningarna bör spridas även till de icke- specialiserade mottagningarna

samt att

- frågan om ansvar för fortsatt kompletteringsutbildning i rådgivning om födelsekontroll för barnmorskor måste få en snar lösning så att alla barnmorskor som så önskar får kompetens att bedriva preventivmedelsrådgivning

Kommitten finner beträffande den abortförebyggande upplysningen att

- den abortförebyggande upplysning som bedrivits av socialstyrelsen, vissa landsting, kommuner, ideella organisationer samt inom skolans samlevnadsundervisning varit betydelsefull
- landstingen numera enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvar även för den förebyggande hälsovården
- många landsting ännu inte startat abortförebyggande upplysningsverksamhet
- det i många landsting saknas överblick och samlad kunskap om abortutveckling, preventivmedelsrådgivning m.m. som underlag för riktade insatser
- det finns en omfattande kommersiell marknad som exploaterar människors behov av igenkännande, förebilder och värderingar på sexualitetens och samlevnadens område.

Kommittén anser beträffande den abortförebyggande upplysningen att

- permanent abortförebyggande verksamhet bör finnas i alla landsting
- det som grund för det abortförebyggande arbetet bör finnas en långsiktig, politiskt fastslagen plan
- socialstyrelsen måste tillförsäkras tillräckliga resurser för sin del av det abortförebyggande arbetet
- socialstyrelsens hittillsvarande inriktning på den abortförebyggande verksamheten har varit framgångsrik och måste få möjlighet att fullföljas och utvecklas
- tonåringarna har varit och bör fortsätta att vara den viktigaste målgruppen för upplysningsarbetet. Även metoder att nå vuxna män och kvinnor bör vidareutvecklas
- det i den framtida verksamheten bör riktas särskild uppmärksamhet mot storstadsregionerna för att utröna vilka speciella insatser som kan motverka den höga abortfrekvens som kännetecknar dessa områden
- man bör ta vara på det tillfälle som värnpliktstiden erbjuder att nå de flesta män med upplysning om sexualitet, samlevnad och födelsekontroll
- det som motvikt till den kommersiella bilden av sexualitet behövs en produktion av t.ex. film, teater, TV-program, tidningar, böcker m.m. som tar upp samlevnad och sexualitet på ett seriöst sätt
- barn och ungdomar bör bibringas kunskaper och förmåga att kritiskt kunna välja mellan god och dålig litteratur och information.

Kommittén föreslår beträffande den abortförebyggande verksamheten som helhet att

socialstyrelsen även i fortsättningen

- främjar och följer upp det kontinuerliga abortförebyggande upplysningsarbetet i landet
- verkar för samordning av en väl utbyggd preventivmedelsrådgivning och abortförebyggande upplysning i hälso- och sjukvården
- utvecklar metoder för upplysning kring sexualitet och samlevnad
- utarbetar underlag för upplysning till särskilda målgrupper, t.ex. invandrare
- följer utvecklingen på området och för ut kunskaper och erfarenheter till landstingen
- bidrar till produktion av fakta- och diskussionsmaterial kring sexualitet och samlevnad

landstingen

- i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen bedriver ett abortförebyggande upplysningsarbete enligt en långsiktig, politiskt fastslagen plan i samarbete med kommuner och länsskolnämnder, övriga vårdgivare, organisationer m.fl.
- för att nå resultat samordnat satsar på preventivmedelsrådgivning, fortbildning av personal och upplysning
- tillser att någon befattningshavare är centralt ansvarig för den abortförebyggande verksamheten i länet med uppgift att samarbeta med berörda

parter, ansvara för fortbildning, samordning och uppföljning av verksamheten

- kontinuerligt följer utvecklingen i födelse- och aborttal, preventivmedelsrådgivning, skilsmässofrekvens m.m., bl.a. som underlag för riktade insatser i vissa åldersgrupper, kommuner eller kommundelar
- initierar och samordnar fortbildning för de personer inom skolan, hälso- och sjukvården, social- och fritidssektorn som i sina yrkesroller kan fungera som upplysare i sexualitets- och samlevnadsfrågor
- kontinuerligt initierar och samordnar fortbildning för barnmorskor, läkare och andra som är engagerade i preventivmedelsrådgivningen

kommunerna

- beaktar behovet av samlevnadsupplysning i såväl fortbildning för olika personalkategorier som inom barnomsorg, skola, fritidsverksamhet m. m.

Kommittén anser beträffande grundutbildning och fortbildning för berörda yrkesgrupper samt samlevnadsundervisningen i skolan att

- det bedrivits en omfattande fortbildning i sexualitets- och samlevnadsfrågor för olika yrkesgrupper men att behoven inom grundutbildningen är sämre tillgodosedda
- de kunskaper, erfarenheter och metoder som utvecklats inom fortbildningen bör ligga till grund för utformningen av undervisningen även på grundutbildningsnivå
- SÖ, UHÄ samt berörda linjenämnder bör uppmärksamma behovet av att sexualitets- och samlevnadsfrågor tas upp i grundutbildning och fortbildning för de yrkesgrupper som i sitt arbete skall bedriva upplysning eller rådgivning på området
- SÖ:s handledning i samlevnadsundervisning bör aktualiseras med hänsyn till kända fakta samt att man bör söka former för att fortlöpande stödja och utveckla skolans samlevnadsundervisning
- överbefälhavaren bör verka för att de militära förbanden, t. ex. i samarbete med studieförbunden, tillvaratar de möjligheter till samlevnadsupplysning till män som värnpliktstiden erbjuder.

7 Kostnader

7.1 Inledning

Samhället satsar årligen betydande resurser på födelsekontroll och samlevnadsupplysning. Sålunda uppgick kostnaderna för ersättningen från den allmänna försäkringen till preventivmedelsrådgivningen till 51 milj. kr. under år 1981. Kostnaderna för den samlevnadsupplysning som meddelas torde vara svår att närmare beräkna, eftersom verksamheten bedrivs i mycket skiftande form och omfattning och av flera huvudmän: stat, landsting, kommuner, organisationer osv. Generellt sett har dessa insatser givit ett gott resultat. Ett tecken härpå är den högsta användningen av preventivmedel vi har i dag. Ett annat är att ökningen av antalet aborter som pågick fram till mitten av 1970-talet upphört och aborttalet nu stabiliserats på en nivå mellan 32 000–34 000 per år. Med nuvarande resurser bör denna nivå kunna hållas och sannolikt även en något sjunkande abortfrekvens kunna uppnås.

I likhet med samtliga kommittéer och särskilda utredare har 1980 års abortkommitté fått direktiv att söka motverka att det allmänna belastas av ytterligare kostnader och således inte framlägga några förslag, som innebär ökade kostnader för staten, landstingen eller kommunerna (dir. 1980:20). Till samtliga utredningar har även utgått direktiv att begränsa statlig normgivning till kommuner och landstingskommuner (dir. 1981:42).

Våra överväganden och förslag till en förbättrad abortvård och abortförebyggande åtgärder m.m. kan enligt vår mening till stor del genomföras inom befintliga ekonomiska ramar och organisation. I vissa fall kan rationaliseringar och omprioriteringar visa sig nödvändiga. Av grundläggande betydelse är enligt vår uppfattning att det hela tiden görs kontinuerliga insatser för att underlätta för människor som så önskar att tillämpa effektiv födelsekontroll. Det förebyggande arbete som satte fart på allvar i anslutning till abortlagens tillkomst och utredningen om samlevnadsundervisningen i skolan (USSU) bör således fortsätta och vidareutvecklas.

7.2 Genomförande

I detta avsnitt redogörs för hur kommitténs olika förslag kan genomföras och finansieras.

- En förbättrad central abortstatistik innehållande bl.a. kommunvisa aborttal kan åstadkommas genom att nuvarande rapportering till socialstyrelsen kompletteras i enlighet med vårt förslag (se kapitel 4). Denna ändring bör enligt vår bedömning inte medföra någon ökad kostnad vare sig för berörda sjukvårdsinrättningar eller socialstyrelsen. Nuvarande rutiner och personell kapacitet kan utnyttjas.
- Ett bättre planeringsunderlag med uppgifter om antalet p-rådgivningsbesök, födelse- och aborttal, skilsmässor, befolkningens åldersstruktur m.m. bör närmast vara en organisatorisk fråga att lösa för de landsting, som ännu ej bearbetar och analyserar sådana uppgifter. Underlag för hur sådana rutiner kan läggas upp kan hämtas från landsting med erfarenhet från verksamhet av denna typ. Om denna rapportering kompletteras i linje med vårt förslag underlättas bearbetningsarbetet ytterligare. Ett sådant förbättrat planeringsunderlag och en uppföljning av verksamheten kan vara till nytta även för övrig vårdplanering.
- Psykosocialt stöd till alla berörda i samband med abort, dvs. kvinnan, mannen och sjukvårdspersonalen, kräver vissa förändringar i organisationen och innehållet i vården (se kapitel 5). I de flesta fall bör detta vara möjligt att åstadkomma inom ramen för befintliga resurser, men omfördelning och bättre utnyttjande kan krävas. En viktig del av vårt förslag (se kapitel 5.3.2) är att personalen bereds tillfälle till fortbildning, får tillfälle att tala om känslor inför abortfrågan i stort och i det dagliga arbetet och att ett psykosocialt arbetssätt bättre grundläggs inom grundutbildningen för t.ex. gynekologer.
- Ett erbjudande om återbesök efter aborten innebär en ökning av antalet patientbesök. En ökad andel återbesök behöver dock inte totalt sett betyda ökade kostnader för sjukvårdshuvudmännen, eftersom man vid ett återbesök kan förebygga sjukhusbesök som annars kan föranledas av aborten, samtidigt som man kan följa upp preventivmedelsanvändningen och lösa eventuella problem på detta område. Vi anser att regelmässiga återbesök efter en abort kan vara ett viktigt medel att förebygga komplikationer och upprepad abort.

  De totala kostnaderna för en ökad andel återbesök kan dessutom ytterligare begränsas om återbesöken, liksom även förundersökning före abort, i större utsträckning sker i primärvården hos t.ex. en distriktsgynekolog.
- Preventivmedelsrådgivningen bör enligt våra beräkningar ha en kapacitet på 500 besök per 1 000 fertila kvinnor och år. Trots den omfattande utbyggnad som ägt rum sedan de nuvarande ersättningsbestämmelserna infördes 1975 har man ännu ej för den i särskild ordning meddelade preventivmedelsrådgivningen nått upp till denna nivå. Ökas kapaciteten på den särskilt meddelade preventivmedelsrådgivningen enligt vår rekommendation till 500 besök per 1 000 fertila kvinnor per år, innebär detta att utgifterna för ersättningen till sjukvårdshuvudmännen från den allmänna försäkringen skulle öka från 51 milj. kr. till 69 milj. kr., dvs. med 18 milj. kr (avser 1981 års kostnadsnivå). Vi anser att det idag finns många outnyttjade möjligheter till rådgivning i familjeplaneringsfrågor inom kvinnosjukvården överhuvudtaget och inom övrig primärvård.

Sådan rådgivning kan förslagsvis också ges i samband med den gynekologiska hälsokontrollen. Vi räknar därför inte med att det behöver medföra några väsentligt ökade kostnader att uppnå det beräknade rådgivningsbehovet. Preventivmedelsrådgivning meddelad vid sjukvård innebär ej någon kostnad för den allmänna försäkringen.

Att uppnå den föreslagna nivån för preventivmedelsrådgivningen torde vara ett angeläget mål både humanitärt och samhällsekonomiskt. Genom att höja preventivmedelsrådgivningens kapacitet och samtidigt verka för en bättre rådgivningskvalitet kan man enligt vår uppfattning troligen åstadkomma en märkbar minskning av aborterna. Hur många aborter som kan förebyggas är ovisst, men i gynnsamma fall kan det röra sig om något eller några tusental. Därvid bör det noteras att *varje abort som förebyggs innebär minskade kostnader för samhället med minst 3 000 kr.*

- Abortförebyggande upplysning i samhällets regi bedrivs idag av skolan, socialstyrelsen och vissa landstings- och primärkommuner. Vi har funnit att de insatser som gjorts har varit framgångsrika och uppenbarligen har dessa spelat stor roll för att hejda den abortökning som pågick under 1970-talets förra del. Vi anser att det är viktigt att denna verksamhet bedrivs kontinuerligt och att man genom ökad medvetenhet i frågor rörande sexualitet och samlevnad på sikt kan nå ännu längre när det gäller att förebygga aborter.
- Som framgår av föregående kapitel föreslår vi att varje landsting skall bedriva ett abortförebyggande upplysningsarbete enligt en långsiktig, politiskt fastslagen plan i samarbete med kommuner, länsskolnämnder, övriga vårdgivare m.fl. Landstingen har enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen ansvar även för förebyggande vård. Arbetet med abortförebyggande upplysning är ett viktigt inslag i verksamheten med hälsoupplysning. De direkta kostnaderna för exempelvis ett samlevnadsprojekt av den modell som genomförts på Gotland eller som f.n. pågår i t.ex. Jämtlands och Värmlands län, är enligt vår mening inte anmärkningsvärt stora. Till stor del rör det sig om omprioriteringar av verksamhet och vidareutbildning av personal som redan finns i den befintliga egna organisationen och hos andra huvudmän, t.ex. kommuner, folkrörelser och församlingar.

I kapitel 15 redogörs för planering, finansiering och genomförande av samlevnadsprojektet i Jämtlands län. Här kan nämnas att de direkta kostnaderna för fyra projektår uppgått till ca 680 000 kr, varav landstinget och kommunerna svarat för hälften vardera. För kommunernas del har detta inneburit en kostnad av ca 15 000 kr årligen. Landstinget avsatte för sin del medel för projektet i en femårsbudget. Inom Jämtlands-projektet har man även beräknat vilka indirekta kostnader projektet dragit, t.ex. den arbetstid som personer engagerade i projektet avsatt för verksamheten från sina ordinarie befattningar, vikariatsersättningar vid fortbildning osv. Härigenom har räkningen för fyra projektår kommit att sluta på ca 4,7 milj. kr.

Samlevnadsprojektet i Jämtlands län kan tjäna som en illustration till hur

en verksamhet av denna typ kan läggas upp. Erfarenheterna från de projekt som hittills genomförts är generellt sett goda och man har i de aktuella landstingen kunnat notera en markant minskning av aborterna i anslutning till projektens genomförande.

II Bakgrundsmaterial

8 Abortutvecklingen

8.1 Inledning

8.1.1 Direktiven

Abortkommittén ska enligt direktiven analysera de åldersmässiga och regionala variationerna i abortfrekvensen. Vidare bör kommittén studera i vad mån förhållandena på arbetsmarknaden samt kulturella, sociala och religiösa faktorer kan inverka på aborttalen. Det poängteras även att abortutvecklingen ska relateras till födelsetal och preventivmedelsanvändning.

8.1.2 Undersökningens genomförande

De uppgifter rörande abort- och fruktsamhetsutvecklingen som redovisas i detta kapitel avser i första hand riket som helhet samt länen. I några fall har det dock varit möjligt att redovisa abortstatistik ända ner på kommunnivå.

Eftersom vårt uppdrag varit att utvärdera förhållanden i anslutning till införandet av den nya abortlagstiftningen (1975) har framställningen i första hand ägnats det senaste årtiondet. På flera punkter har det dock tett sig naturligt att anlägga ett något längre historiskt perspektiv.

8.1.3 Källmaterial

Den följande redovisningen av abortutvecklingen i Sverige har hämtats ur den abortstatistik som framtas av socialstyrelsen. Fr.o.m. 1975 publiceras denna i statistiska meddelanden serie HS. Kommittén har härutöver, genom styrelsens försorg, fortlöpande fått hjälp med framtagning av råtabeller ur det statistiska grundmaterialet.

De uppgifter som presenteras beträffande abortutvecklingen inom några av länen, på kommunnivå, bygger på beräkningar som utförts på central nivå inom vissa landsting, eller av intresserade forskare och/eller sjukvårdspersonal engagerad inom mödrahälsovården eller speciella samlevnadsprojekt. Det finns dock ingen central samordning av denna information – inte heller något krav på att abortstatistik skall redovisas för kommuner. Stockholms läns landsting har under flera år intagit en särställning i detta avseende med sina kvartals- och årsredovisningar av aborter på kommun- och församlings-

nivå. Flera landsting har under den allra senaste tiden börjat följa detta exempel och därmed skaffat sig ett viktigt planeringsinstrument.

Uppgifterna om fruktsamheten och befolkningsutvecklingen i övrigt har hämtats ur den tryckta befolkningsstatistiken i SOS samt ur otryckta råtabeller hos statistiska centralbyrån (SCB).

8.3.1 Abortstatistik

Den officiella abortstatistiken innehåller av lätt insedda skäl endast uppgifter om legalt framkallade aborter och börjar 1939, alltså i och med 1938 års abortlag. Fram t.o.m. 1974 baserades denna statistik dels på uppgifter från medicinal-/socialstyrelsen om beviljade ansökningar till abort, dels på till styrelsen insända rapporter om aborter som verkställs efter s.k. tvåläkarbeslut. Materialet innhöll bl.a. uppgifter om kvinnans ålder vid beslutet/aborten och redovisades kronologiskt efter det datum styrelsen givit sitt tillstånd till abort respektive det datum då en rapport om en abort på tvåläkarintyg diarieförts där. Genom detta system kom abortstatistiken fram t.o.m. 1974 att innehålla en viss systematisk förskjutning av tvåläkarrapporterna över årsskiftena. Vid omläggningen av abortrapporteringen 1975 medförde detta att vissa justeringar fick göras, som torde ha inneburit att 1974 och 1975 års abortsiffror inte blev helt jämförbara med de föregående årens (*Sjövall* 1978).

När den nya abortlagen trädde ikraft 1 januari 1975 ändrades samtidigt abortrapporteringen till socialstyrelsen. Denna går numera till så att varje klinik/öppenvårdsenhet där man utför aborter, en gång per månad/kvartal, sänder in individuella avidentifierade uppgifter om verkställda aborter till socialstyrelsen. Därvid används en särskild blankett, som efter granskning hos styrelsen skickas till stansning, varefter uppgifterna bearbetas datamaskinellt. Det grundmaterial som inskickas från kliniker och öppenvårdsenheter innehåller följande uppgifter rörande varje abort: patientens födelseår och -månad, antal tidigare förlossningar och legala aborter, om abortrådgivning förekommit och vem som meddelat denna, vårdform, antal kompletta graviditetsveckor vid aborter, operationsmetod, anestesi och ev. SoS-beslut.

Statistikens verklighetsbild

Enligt samstämmiga uppgifter i vetenskapliga arbeten, statliga utredningar och litteratur var illegala aborter en ganska vanlig företeelse i vårt land ända fram på 1960-talet. Många försök har gjorts att beräkna deras antal. I vårt uppdrag har ej ingått att närmare belysa denna problematik, men det kan finnas anledning att nämna några av de siffror som tagits fram under årens lopp.

I början av 1930-talet, alltså före den första abortlagens tillkomst, beräknades de illegala aborterna av en samtida utredare ha uppgått till åtskilligt fler än 10 000 men knappast fler än 20 000 årligen (*Edin* 1934). Inte heller 1938 års abortlag kunde svara upp mot den verklighet som många kvinnor befann sig i, utan många såg som sin enda utväg att själva eller med hjälp av någon "kvacksalvare" framkalla abort vid en för dem omöjlig

graviditet. Ännu 1950 beräknades därför de illegala aborterna årligen uppgå till ca 10 000 *(SOU 1953:29)*. Detta betyder att den officiella abortstatistiken över antalet legala aborter betydligt understiger det verkliga antalet framkallade aborter. Denna gäller även 1960-talet och i detta sammanhang bör påminnas om F. Petterssons studie från Uppsala-regionen 1963-64 som bl.a. gav information om illegala aborter. Tillämpad på hela landet skulle enligt Sjövall hans resultat ge ungefär 4 300 ± 1 500 sådana per år (*Pettersson* 1968, *Sjövall* 1976).

Under 1960-talet skedde sedan en strömkantring ifråga om abortpraxis i riktning mot en liberalare tillämpning av abortlagen. Det finns goda skäl att anta, att abortstatistiken ger en alltmera korrekt bild ju närmare vi sedan kommer den nya lagens införande 1975. Med den nya abortlagen och kvinnans rätt till abortoperation har lekmannaaborterna spelat ut sin roll. Av detta skäl kan vi numera även få en tillförlitlig bild av abortutvecklingen i den officiella statistiken.

8.2 Historisk tillbakablick

Dagens låga födelse- och dödstal, obetydliga födelseöverskott och svaga folkökning utgör i demografiskt hänseende ett led i en omvandlingsprocess som pågått sedan slutat av 1700-talet. Denna brukar kallas den demografiska transitionen och inleddes på allvar efter 1810 i Sverige med en nedgång i dödligheten.

Nedgången förstärktes under senare delen av 1800-talet. Viktiga bakomliggande faktorer utgjorde de stora landvinningarna inom medicin och hygien och det snabba framåtskridandet inom jordbruket som möjliggjorde en jämnare och säkrare livsmedelsförsörjning. Eftersom nativiteten fortfor att vara hög ända fram till 1880-talet, då en nedgång inträdde, blev ett resultat av den minskade mortaliteten ett växande födelseöverskott och en kraftig folkökning. Här kan man se en direkt parallell till den demografiska situationen i många av dagens u-länder (*Hofsten & Lundström* 1976).

För Sveriges del ledde folkökningen bl.a. till att det i en del mer eller mindre överbefolkade områden växte fram ett landsbygdsproletariat, människor som för att finna en utkomst tvingades söka sig till de framväxande industriorterna, städerna och – inte minst – Nordamerika. I detta läge förstärktes en viktig förändring i äktenskapsmönstret; allt färre gifte sig överhuvudtaget och de som ingick äktenskap gjorde detta vid högre ålder än tidigare. Detta hade betydelse för nativiteten, men återverkade även på förekomsten av för- och utomäktenskapliga sexuella kontakter, den utomäktenskapliga fruktsamheten och sannolikt även förekomsten av aborter. I ett samhälle där det innebar något av en katastrof att bli ensam ogift mor bör graviditetsavbrytande genom framkallad abort ingalunda ha varit ovanligt. En del fall av framkallad abort kom till myndigheternas kännedom genom att kvinnan avlidit eller blivit svårt sjuk i samband med att med hjälp av t.ex. fosfor försökt framkalla missfall. En vanlig uppfattning i litteraturen är dock att endast ett fåtal fall av antalet utförda aborter någonsin blev kända, och föremål för den juridiska prövning som lagen föreskrev (*Carlsson* 1980, *Hedrén* 1901, *Liljeström* 1974).

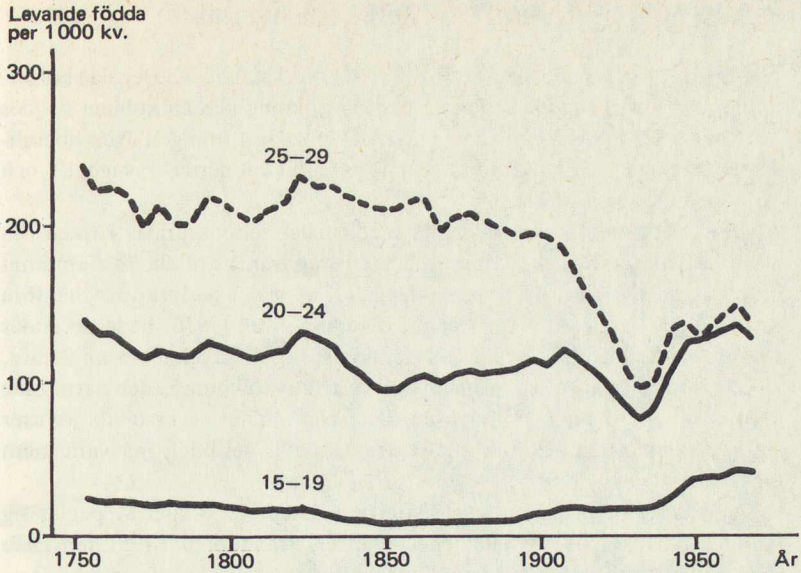
Minskningen i andelen ingångna äktenskap och amerikautvandringen dämpade i viss mån den naturliga folkökningen genom födelseöverskott under 1860- och 1870-talen. *Omkring 1880 inleddes den stora nativitetsnedgången.*

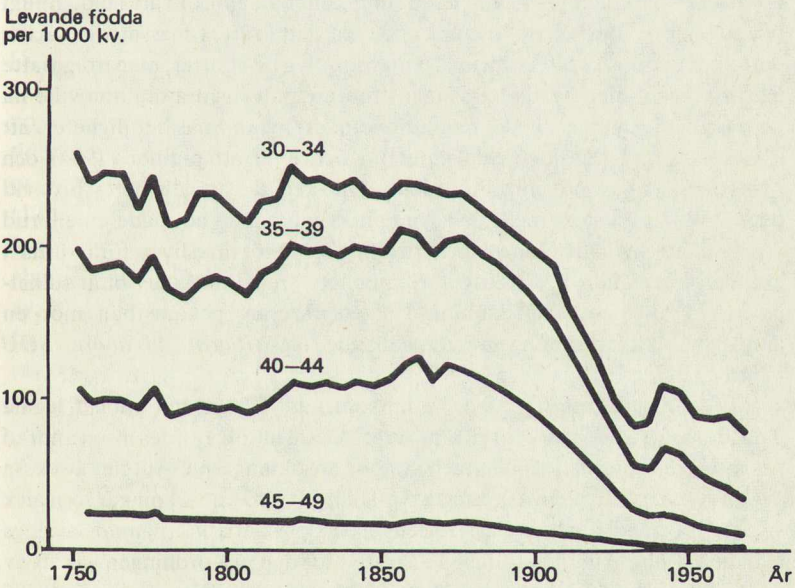
Även om det förelåg stora såväl geografiska som sociala skillnader vad gäller själva förloppet, är det uppenbart att det var vid denna tid som en större andel av befolkningen med framgång började tillämpa en viss barnbegränsning. Denna successiva förändringsprocess inleddes och pågick mest markerat under det skede då industrialismen omstöpte det svenska samhället. Det finns därför mycket som talar för att födelsekontrollens genombrott bör ses som ett resultat av människors anpassning till nya socioekonomiska förhållanden, med hjälp av traditionell preventionskunskap. För detta talar bl.a. det faktum att nedgången startade innan de nymalthusianska tankegångarna om preventivmedlens betydelse för att hindra överbefolkning och därmed råda bot på fattigdom och misär hunnit få vidare spridning i de bredare folklagren. Något tillspetsat kan man säga att under en stor del av den viktiga nativitetsnedgången var *motivationen* att begränsa barnafödandet betydligt större än tillgången på kondom och pessar. Forskarna synes eniga om att den dominerande preventivmetoden varit *coitus interruptus* – avbrutet samlag (*Hofsten & Lundström* 1976, *Blom* 1980).

I fruktsamhetsfallets första skede var nedgången i barnafödandet mest markant bland kvinnorna i de övre fertila åldersbanden. Det var sålunda fråga om en familjeplanering genom att avsluta barnafödandet i ett tidigare skede av den fruktsamma perioden, än vad som förut var brukligt. För kvinnor i åldern 20–29 år blev fruktsamhetsnedgången knappast märkbar förrän ett stycke in på 1900-talet (se figur 8:1). Bortsett från åldersgrupperna 15–19 och 45–49 år, nådde sedermera den åldersspecifika fruktsamheten sin dittills lägsta nivå i början av 1930-talet. Det bör uppmärksammas att barnafödandets förskjutning mot yngre ålder och koncentrationen till ett kortare skede av kvinnans fruktsamma period, inträffade ungefär samtidigt som äktenskapsmönstret genomgick en kraftig förändring. Efter sekelskiftet ökade nämligen äktenskapsfrekvensen. Samtidigt sjönk vigselåldern varför andelen ogifta i befolkningen minskade. En följd härav blev att förhållandevis fler kvinnor än tidigare födde barn; men eftersom samtidigt det reproduktiva mönstret pekade hän mot 2–3-barnsfamiljen, blev den naturliga folkökningen relativt måttlig (*Sjövall* 1973).

I början av 1930-talet nådde nativiteten i Sverige sin dittills lägsta nivå. Perioden 1931-35 föddes årligen i genomsnitt ca 87 000 barn, vilket motsvarar en summerad fruktsamhet på 1,7 per kvinna. Bakom detta mönster låg i första hand ett "uppskjutande" av barnafödandet till en senare tidpunkt. Man har nämligen kunnat visa, att de generationer kvinnor som inträdde i barnafödande ålder i början av 1930-talet, inte fick ett så lågt slutligt barnantal som sifforna från t.ex. 1933 och 1934 indikerade (*Barn – behov eller börda* 1979).

Sedan 1930-talets *baisse* har nativiteten genomgått flera längre perioder av ökning respektive tillbakagång. Redan vid 1930-talets mitt inleddes en uppgång som sedan förstärktes under 1940-talet. Allra störst var nativiteten





Figur 8:1. Åldersspecifika fruktsamhetstal 1751–1970

Källa: Hofsten & Lundström 1976

åren 1942–1948. Det bör dock framhållas att varken denna period, eller nedgångsperioderna under 1950-talet och åren 1965–1975, utgjorde annat än marginella förändringar i det fruktsamhetsmönster som blev resultatet av den stora nativitetsnedgången inom ramen för den demografiska omvandlingen.

8.3 Legala aborter 1939–1982. En översikt

Första året 1938 års abortlag var i bruk (1939) verkställdes 439 legala aborter. Under 1940-talet skedde sedan en markant ökning och en kulmen nåddes 1951 när 6 328 aborter utfördes. Då hade abortlagstiftningen även liberaliserats något i och med tillkomsten av indikationerna "svaghet" och "förutsedd svaghet" 1946.

Under 1950-talet skärptes sedan medicinalstyrelsens praxis i fråga om abortansökningarna och avslagsprocenten steg från 11 till 38 %. Samtidigt blev läkarna mycket restriktiva när det gällde att själva besluta om och utföra abort på s.k. två-läkarintyg. Enligt Hjalmar Sjövall (1976) hade de under 1940-talet ökande aborterna väckt opinion såväl bland lekmän som läkare, vilket sålunda tog sig uttryck i en mycket restriktiv tolkning av den dåvarande abortlagens indikationer. Huruvida det *reella* antalet verksställda aborter sjönk i samma utsträckning under den aktuella perioden må vara mera tveksamt.

Den skärpta abortpraxis som växte fram under 1950-talet avspeglar sig tydligt i statistiken över antalet legala aborter. Från toppåret 1951 minskade sålunda aborterna till 2 792 år 1960 (tabell 8:1).

I början av 1960-talet växte kritiken mot den mycket stränga abortpraxis som tillämpades av läkare och medicinalstyrelse. Det ordnades särskilda abortresor till Polen för kvinnor som inte kunde få abort i vårt land. Enligt uppgift fick år 1965 1 500 kvinnor abort på detta sätt. I massmedia väckte detta stor uppmärksamhet; man diskuterade illegala aborter; man ifrågasatte lagstiftningen; man hävdade kvinnans rätt att själv avgöra om hon ville ha abort osv. I samma skede revolutionerades kvinnornas möjligheter att skydda sig mot oönskade graviditeter i och med att p-piller (1964) och livmoderinlägg (1966) introducerades. Orsaken till att allt detta just vid denna tid fick så stort reellt och symboliskt inflytande bottnade emellertid ytterst i att kvinnornas roll och delaktighet i förvärvslivet förändrats i grunden efter andra världskriget. Samhällets "reaktion" blev bl.a. tillkallandet av 1965 års abortkommitté. Dess direktiv pekade hän mot en långtgående liberalisering av då gällande lag *(Rätten till abort. SOU 1971:58)*.

Vid denna tid inträffade en "strömkantring" i fråga om antalet legala aborter, som ökade markant fr.o.m. 1965. Detta möjliggjordes av en ändrad praxis beträffande handläggningen av abortansökningarna. Allt fler av dessa avgjordes nu på lokal nivå i form av två-läkarintyg. De ansökningar som gick vidare till medicinal-/socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd avslogs hädanefter blott i undantagsfall. Illustrativt för den nya ordningen var att av de 16 090 legala aborter som utfördes 1970, verkställdes inte mindre än 9 496 (59 %) på två-läkarintyg (*Sjövall* 1979).

Denna form av handläggning blev sedan ännu vanligare under den gamla abortlagens sista fyra år. Samtidigt ökade antalet aborter och under den nya lagens första år noterades det dittills högsta antalet legala aborter, 32 526. 1975 års abortsiffror kom emellertid inte att följas av någon fortsatt ökning, som åtskilliga befarat. Istället inträdde en stabilisering. En liten och tillfällig abortökning inträffade åren 1979 och 1980 då 34 703 respektive 34 887 aborter verkställdes. Därefter har antalet aborter sjunkit såväl under 1981

som 1982. Under sistnämnda år uppgick aborternas antal till 32 602, dvs. ett nästan identiskt antal med år 1975.

8.4 Födelsetal 1950–1982

Antalet födslar sjönk successivt under hela 1950-talet. 1960 föddes 102 219 levande barn i Sverige vilket var det lägsta antal som noterats sedan 1930-talet. Eftersom *antalet* födda inte bara avspeglar fruktsamheten per kvinna i fertil ålder utan även den kvinnliga populationens storlek, hade en ännu större nedgång varit att vänta. Det var nämligen under 1950-talet som 1930-talets små åldersklasser inträdde i 20-årsåldern. Minskningen av antalet kvinnor i de yngre fertila åldersbanden kompenserades dock av en oförändrad (upp till 22-årsåldern) eller t.o.m. ökande nativitet (åldersgruppen 23–30 år).

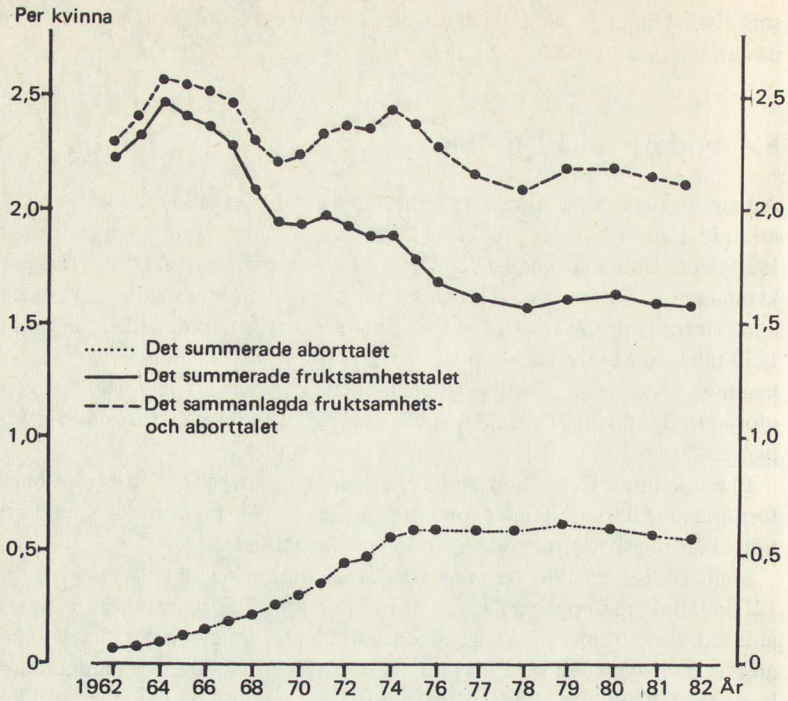
Bland kvinnor över 30 år sjönk benägenheten att skaffa ett tredje barn fortlöpande. Barnafödandet fortsatte således att allt mera förläggas till ett tidigt och relativt kort skede av kvinnans fertila period.

Mellan 1961 och 1967 steg ånyo det årliga antalet födda, från 104 743 till 121 360. Bakom uppgången låg en höjd åldersspecifik fruktsamhet i de flesta åldersklasser, främst i de yngsta. Barnafödandet tidigarelades. I viss mån återverkade även den kvinnliga populationens storlek. De stora födelsekullarna från 1940-talets början inträdde nämligen nu i barnafödande ålder (*Sjövall* 1979, *Barn – behov eller börda* 1979).

Åren 1968 och 1969 sjönk antalet födda mycket kraftigt. Anmärkningsvärt nog kan samma iakttagelse göras i ett flertal västliga i-länder vid denna tidpunkt. Det skulle leda för långt att i denna framställning spekulera över orsakerna till detta fenomen. Rent demografiskt var det enligt Meirik m.fl. (1978) fråga om en markant nedgång i andelen kända graviditeter, vilket tydligt visas av figur 8:2, som redovisar utvecklingen av de summerade abort-, fruktsamhets- och graviditetstalen. Trots att de legala aborterna steg avsevärt vid denna tid motsvarade detta inte alls nedgången i antalet födda (se tabell 8:1). Det finns emellertid anledning att ånyo erinra om de revolutionernade framsteg som gjordes på preventivmedelssidan vid denna tid. P-pillret fick snabbt stor användning. Enligt beräkningar med ledning av Apoteksbolagets försäljningsstatistik användes denna p-metod 1969 av inte mindre än drygt 20 % av svenska kvinnor i fruktsam ålder. Å andra sidan var fruktsamhetsnedgången parallell i t.ex. Frankrike, fast p-pillren inte introducerades där förrän vid 1960-talets slut. (*Barn – behov eller börda* 1979).

Under åren 1970-1974 avstannade de närmast föregående årens minskning av antalet födda. Årligen föddes nu ca 110 000 barn eller som fallet var 1971 och 1972, något 1 000-tal däröver. Delvis var detta en s.k. kohorteffekt: de stora födelsekullarna från 1940-talet fick nu en ännu större inverkan på antalet födda. Fram till 1974 ökade vidare graviditetsfrekvensen i åldrarna 15–27 år, vilket emellertid inte ledde till någon större uppgång i antalet födslar, eftersom de legala aborterna samtidigt ökade kraftigt i de aktuella åldersklasserna (*Sjövall* 1979).

En ny nedgång i födelsetalet inträffade åren 1975–1978, då det årliga



Figur 8:2 Utveckling av fruktsamhet och legala aborter i Sverige 1962–1982

antalet födda minskade från 103 632 till 93 248. 1976 noterades en summerad fruktsamhet av 1,68 per kvinna vilket var lägre än under 1930-talets nativitets-baisse. Nedgången fortsatte under 1977 och 1978 då talen 1,65 respektive 1,60 noterades – de dittills lägsta enligt befolkningsstatistiken. Under dessa år var antalet legala aborter relativt oförändrat. Nativitetsnedgången åstadkoms i demografiskt hänseende av en sänkt graviditetsfrekvens (*SOS Befolkningsförändringar*).

1979 ökade antalet födda med knappt 3 000 jämfört med 1978, varvid ett antal av 96 175 kunde noteras. Mellan dessa båda år ökade samtidigt antalet verkställa aborter med nära 3 000. Relateras dessa siffor till antalet kvinnor i åldern 15–44 år befinnes att det var fråga om en ökning i andelen inträffade graviditeter. 1980 fortsatte antalet födslar att öka och detta år föddes 97 064 levande barn. Detta antal gav summerad fruktsamhet på 1,68 vilket således var något över 1979 års nivå. Under 1981 sjönk ånyo födelsetalet med 3 000 och antalet levande födda uppgick till 93 984, vilket gav en summerad fruktsamhet på 1,63. 1982 föddes 92 706 levande barn, således en ytterligare minskning. Den summerade fruktsamheten uppgick till 1,62.

8.5 Verkställda aborter 1973–1982

8.5.1 Inledning

1982 gjordes 32 602 legala aborter i Sverige vilket motsvarar en abortfrekvens på 19,0 per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Detta innebar att knappt

Tabell 8:1 Verkställda aborter 1951–1982

År	Antal födda barn			Verkställda aborter		
	Levande födda	Dödfödda	Summa	Summa	Per 100 graviditeter [a]	Per 100 levande födda
1951	110 168	2 163	112 331	6 328	5,3	5,7
1952	110 192	2 052	112 244	5 322	4,5	4,8
1953	110 144	2 007	112 151	4 915	4,2	4,5
1954	105 096	1 811	106 907	5 089	4,5	4,8
1955	107 305	1 819	109 124	4 562	4,0	4,3
1956	107 960	1 836	109 796	3 851	3,4	3,6
1957	107 168	1 700	108 868	3 386	3,0	3,2
1958	105 502	1 673	107 175	2 823	2,6	2,7
1959	104 743	1 576	106 319	3 071	2,8	2,9
1960	102 219	1 418	103 637	2 792	2,6	2,7
1961	104 501	1 340	105 841	2 909	2,7	2,8
1962	107 284	1 348	108 632	3 205	2,9	3,0
1963	113 005	1 265	114 270	3 528	3,0	3,8
1965	122 806	1 268	124 074	6 209	4,8	5,1
1966	123 354	1 237	124 591	7 254	5,5	5,9
1967	121 360	1 157	122 517	9 703	7,3	8,0
1968	112 991	1 026	114 017	10 940	8,8	9,7
1969	107 622	871	108 493	13 735	11,2	12,8
1970	110 150	929	111 079	16 100	12,7	14,6
1971	114 484	905	115 389	19 250	14,3	16,8
1972	112 273	764	113 037	24 170	17,6	21,5
1973	109 663	788	110 451	25 990	19,1	23,7
1974	109 874	732	110 606	30 636	21,7	27,9
1975	103 632	603	104 235	32 526	23,8	31,4
1976	98 345	545	98 890	32 351	24,7	32,9
1977	96 057	492	96 549	31 462	24,6	32,8
1978	93 248	455	93 703	31 918	25,4	34,2
1979	96 175	441	96 616	34 709	26,4	36,1
1980	97 064	436	97 500	34 887	26,4	35,9
1981	93 984	383	94 387	33 294	26,1	35,4
1982	92 706	375	93 081	32 602	25,9	35,2

[a] Här definierat som summan av antal födda (levande födda + dödfödda) och antal verkställda aborter.

Källa: officiell statistik

26 % av de kända graviditeterna avbröts med legal abort. I begreppet "kända graviditer" innefattas ej spontana aborter (missfall). Spontana aborter efter 28:e havandeskapsveckan klassas som dödfödslar och är däremot inräknade i tabell 8:1.

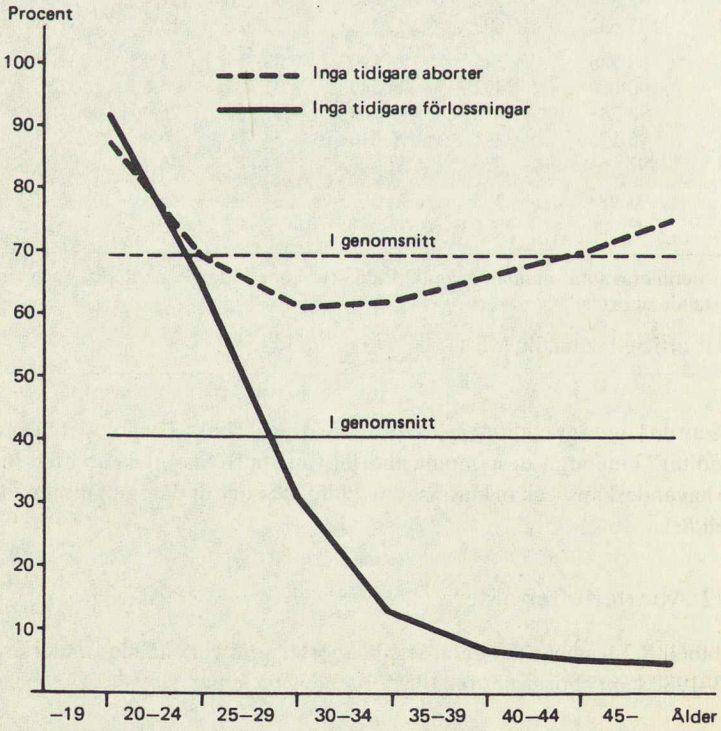
8.5.2 Aborter efter ålder

Av tabell 8:2 framgår det antal legala aborter som verkställdes under åren 1973–1982 samt aborternas relativa fördelning på femårsklasser. Av tabellen

Tabell 8:2 Antal verkställda aborter 1973–1982 fördelade på de opererades ålder

Ålder	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Absoluta tal										
–14	242	309	276	309	308	296	236	233	216	164
15–19	5 863	7 184	7 471	7 085	6 494	5 969	5 850	5 916	5 793	5 759
20–24	6 318	7 045	7 440	7 323	7 073	6 988	7 505	7 743	7 413	7 409
25–29	5 623	6 721	6 886	6 571	6 554	6 319	6 695	6 291	6 127	6 039
30–34	3 839	4 723	5 251	5 694	5 653	6 266	6 831	6 697	6 133	5 758
35–39	2 689	3 116	3 412	3 568	3 481	4 087	5 020	5 303	5 232	5 147
40–44	1 269	1 391	1 600	1 607	1 688	1 795	2 294	2 371	2 099	2 217
45–	147	147	190	194	211	198	278	245	281	293
Summa	25 990	30 636	32 526	32 351	31 462	31 918	34 709	34 800	33 294	32 602
Relativa tal										
–14	0,9	1,0	0,8	1,0	1,0	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5
15–19	22,6	23,4	23,0	21,9	20,6	18,7	16,9	17,0	17,4	17,2
20–24	24,3	23,0	22,9	22,6	22,5	21,9	21,6	22,3	22,3	22,7
25–29	21,6	21,9	21,2	20,3	20,8	19,8	19,3	18,1	18,4	18,5
30–34	14,8	15,4	16,1	17,6	18,0	19,6	19,7	19,2	18,4	17,7
35–39	10,3	10,2	10,5	11,0	11,1	12,8	14,5	15,2	15,7	15,8
40–44	4,9	4,5	4,9	5,0	5,4	5,6	6,6	6,8	6,3	6,8
45–	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,8	0,7	0,8	0,8
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: Statistiska meddelanden, serie HS.



Figur 8:3. Aborter 1981 relaterade till tidigare förlossningar respektive aborter

Tabell 8:3 Antal verkställda aborter 1973–1981 fördelade efter antal förlossningar före aborten

Antal föregående förlossningar	1973		1974		1975		1976		1977	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	10 738	41,3	13 160	43,0	12 210	37,5	12 226	37,8	11 844	37,6
1	4 607	17,7	5 250	17,1	5 720	17,6	5 566	17,2	5 681	18,1
2	5 744	22,1	6 736	22,0	7 221	22,2	7 540	23,3	7 517	23,9
3	3 126	12,0	3 636	11,9	3 590	11,0	3 598	11,1	3 382	10,7
4	1 165	4,5	1 283	4,2	1 207	3,7	1 113	3,4	1 008	3,2
5	392	1,5	391	1,3	363	1,1	344	1,1	276	0,9
6 och flera	218	0,8	180	0,6	185	0,6	151	0,5	127	0,4
Okänt					2 030	6,2	1 813	5,6	1 627	5,2
Summa	25 990	100	30 636	100	32 526	100	32 351	100	31 462	100

Antal föregående förlossningar	1978		1979		1980		1981	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0	12 853	40,3	13 510	38,9	13 636	39,1	13 462	40,4
1	5 767	18,1	6 317	18,2	6 253	17,9	5 960	17,9
2	7 945	24,9	9 064	26,1	9 070	26,0	8 366	25,1
3	3 605	11,3	4 034	11,6	3 942	11,3	3 615	10,9
4	981	3,1	1 128	3,2	1 007	2,9	934	2,8
5	264	0,8	273	0,8	234	0,7	227	0,7
6 och flera	144	0,5	155	0,4	135	0,4	115	0,3
Okänt	359	1,1	228	0,7	610	1,7	615	1,8
Summa	31 918	100	34 709	100	34 887	100	33 294	100

står klart att ökningen i antalet aborter absolut sett främst berört åldersgrupperna 30–34 och 35–39 (75 %), något som delvis är en effekt av befolkningens åldersstruktur. Antalet tonårsaborter var däremot färre 1982 än 1973.

Tonårsaborterna har sålunda relativt sett minskat fr.o.m. 1975. 1977 och 1978 utgjorde dessa 21,6 resp. 19,6 % av alla verkställda aborter. 1979 hade deras andel sjunkit ytterligare till 17,6 %. Under 1980, 1981 och 1982 var den i det närmaste oförändrad (ca 18 %). Även för åldersgruppen 20–29 år noteras en nedgång: från 45,9 % 1973 till 41,2 % 1982. Andelen för åldersgrupperna 30 år och uppåt har däremot varit stadd i ökning under samma period, närmare bestämt från 30,6 till 41,1 %.

Under 1970-talet har tidpunkten för första barnets födelse successivt förskjutits uppåt. Detta kan illustreras av att andelen kvinnor utan barn i åldersgrupperna 20 till 30 år ökade mellan 1973 och 1978. Utvecklingen kan även vara ett tecken på att andelen barnlösa kommer att öka framöver (*Kvinnor och barn* 1982). Dessa förändringar avspeglas dock knappast i abortmönstret i någon högre grad. Proportionen opererade kvinnor som inte tidigare fött barn ökade nämligen inte under samma period. Andelen har hela tiden pendlat omkring 40-procentsnivån (tabell 8:3, figur 8:3).

8.5.3 Antal föregående aborter

Majoriteten av de i Sverige utförda legala aborterna är förstagångsaborter. Denna andel har dock sjunkit gradvis och uppgick 1981 till 69 %. Omkring 30 % av de abortsökande hade således genomgått ett abortingrepp någon gång tidigare. Bland dessa dominerade de som varit med om *en* tidigare abort, vilka utgjorde 21 % av samtliga abortpatienter (tabell 8:4).

Tabell 8:4 Verkställda aborter 1978–1981 fördelade efter antal tidigare aborter. Procent

År	Antal	0	1	2	3-	Okänt	Summa
1978		74,9	18,0	3,8	1,2	2,1	100
1979		74,0	19,3	4,1	1,6	1,0	100
1980		70,6	20,5	4,6	1,7	2,6	100
1981		69,2	21,2	5,2	1,9	2,5	100

Källa: Statistiska meddelanden, serie HS

Fördelas de kvinnor som fick abort under 1981 efter ålder kan vi som väntat finna den största andelen förstagångsaborter bland de yngsta (87,1 % i åldersgruppen 15–19 år). Därefter sker en fortlöpande ökning av aborterfarenheten per åldersgrupp t.o.m. åldern 30–34 år. Att mönstret sedan i de följande åldersbanden visar en stigande andel förstagångsaborter beror av allt att döma på att kvinnorna i de aktuella åldrarna genomlevt en stor del av sin fruktsamma period under den gamla abortlagstiftningens tid. Siffrorna skulle vara lägre, om man ägde kännedom om förekomsten av illegalt framkallade aborter för dessa generationer kvinnor (tabell 8:5).

Framstår då inte utvecklingen mot en ökad andel upprepad abort som svårförklarlig, t.ex. mot bakgrunden av den moderna preventivtekniken? Till att börja med kan konstateras att en jämförbar utveckling med den svenska har inträffat i samtliga länder med legaliserad abort och abortstatistik. Vidare kan man tydligt se hur andelen upprepad abort ökar med antalet aborter per 1 000 kvinnor i fruktsam ålder. Abortfrekvensen i Sverige betyder att vi årligen får ett tillskott på 23–24 000 kvinnor i befolkningen,

Tabell 8:5 Verkställda aborter 1981 fördelade efter ålder och antal tidigare aborter. Procent

Ålder	Antal	0	1	2	3-	Okänt	Summa
15–19		87,1	9,2	0,9	0,1	2,7	100
20–24		68,7	23,1	4,3	1,0	2,9	100
25–29		61,0	25,8	7,3	3,3	2,6	100
30–34		62,0	25,4	7,7	3,0	1,9	100
35–39		66,0	23,0	6,2	2,7	2,1	100
40–44		69,9	19,9	5,7	1,5	3,0	100
45–49		75,1	18,1	2,8	2,6	1,4	100

Källa: Statistiska meddelanden, serie HS

som har genomgått abort. Därför får vi hela tiden en ökning av den riskgrupp som svarar för de upprepade aborterna. Det är således delvis fråga om ett statistiskt fenomen som kan avläsas i tabell 8:4.

De kvinnor som gör upprepad abort skiljer sig emellertid i vissa avseenden från de kvinnor som aldrig gjort abort; de är bevisligen fertila, de har (haft) sexuellt samliv, de har redan en gång visat att de kan acceptera abort utifrån sin livssituation och de befinner sig företrädesvis i den ålder då fruktsamheten i biologisk bemärkelse och den sexuella aktiviteten är som störst. Vidare kan de ha problem att finna en för dem fungerande preventivmetod. Av dessa skäl är sannolikheten för abort större bland de aborterfarna kvinnorna, än bland dem som aldrig genomgått abortoperation (*Tietze* 1981).

Det förefaller emellertid som om andelen upprepad abort stagnerar efter en längre period med legaliserad abort. Detta har kunnat konstaterats beträffande Ungern, som var en av de stater som tidigast införde självbestämd abort (1956). I samma riktning pekar även några statistiska framskrivningar som gjorts rörande utvecklingen av upprepad abort i en befolkning (*Tietze & Jain* 1978).

De upprepade aborterna är alltså en logisk del av ett abortmönster som det svenska. Detta hindrar inte att det borde vara möjligt att ytterligare öka de insatser som görs för att förhindra återfallsaborter. En tänkbar väg är därvid att satsa på regelmässiga återbesök efter en abort och därvid särskilt följa upp p-medelssituationen (se kapitel 5 och 6).

8.5.4 Graviditetslängd före abortoperation

Ett mycket framträdande drag i abortmönstret är att graviditetstiden före en abortoperation fortlöpande förkortats under 1970-talet.

Detta betyder att vakuumaspiration kunnat användas i nära nog samtliga dessa fall, vilket innebär stora medicinska och psykologiska fördelar (se kapitel 17).

Tidigareläggningen av abortingrepp har möjliggjorts av den förenklade handläggning som kunde genomföras i och med den nya abortlagen. Detta framgår tydligt av en jämförelse med förhållandena under 1960-talet. Ännu 1968 verkställdes sålunda endast 43 % av alla aborter senast i 12:e graviditetsveckan. I takt med den ökade andelen aborter utförda på tvåläkarintyg förkortades handläggningstiderna och 1973 verkställdes t.ex. 80 % av aborterna senast i 12:e veckan. Den nya abortlagen påskyndade sedan och befäste denna utveckling och 1982 utfördes drygt 95 % av aborterna senast i 12:e veckan. Det finns vissa skillnader mellan olika åldersgrupper på denna punkt; de yngsta och äldsta kvinnorna gör sina aborter något senare än övriga grupper (tabell 8:6, figur 8:4).

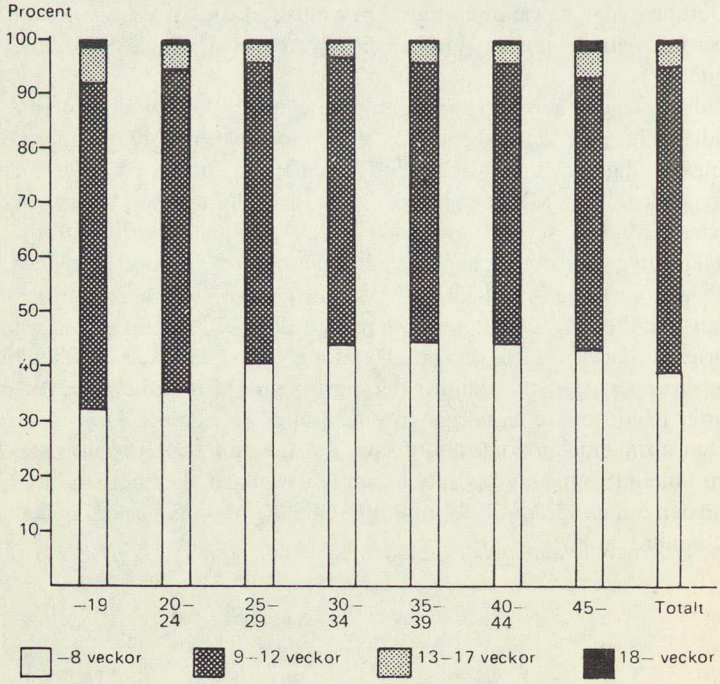
Den stora andelen tidiga aborter där vakuumaspiration kan utnyttjas har även inneburit att abortoperation numera vanligen sker polikliniskt, dvs. inom den öppna vården. 1982 utgjorde sålunda andelen aborter i öppenvård inte mindre än 82 %.

Tabell 8:6 Antal verkställda aborter 1973–1982 fördelade efter tidpunkt för ingreppet räknat i fullbordade graviditetsveckor

	1973		1974		1975		1976		1977	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
t. o. m. 12 veckor[a]	20 865	80,3	26 566	86,7	30 250	93,0	30 274	93,6	29 579	94,0
fr. o. m. 13 t. o. m. 20 veckor[b]	4 955	19,1	3 938	12,9	2 159	6,6	1 965	6,1	1 760	5,6
efter 20 veckor[c]	170	0,7	132	0,4	117	0,4	112	0,3	123	0,4
Summa	25 990	100	30 636	100	32 526	100	32 351	100	31 462	100

	1978		1979		1980		1981		1982	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
t. o. m. 12 veckor[a]	30 086	94,3	32 792	94,5	33 099	94,9	31 639	95,0	31 110	95,4
fr. o. m. 13 t. o. m. 20 veckor[b]	1 715	5,4	1 786	5,1	1 657	4,7	1 558	4,7	1 397	4,3
efter 20 veckor[c]	117	0,4	131	0,4	131	0,4	97	0,3	95	0,3
Summa	31 918	100	34 709	100	34 887	100	33 294	100	32 602	100

[a] 12 fullbordade veckor + 6 dagar = 90 dagar.
[b] 20 fullbordade veckor + 6 dagar = 146 dagar.
[c] Mer än 146 dagar.
Källa: Statistiska meddelanden, serie HS.



Figur 8:4 Verkställda legala aborter 1981 efter kvinnans ålder och graviditetslängd

8.6 Åldersspecifik redovisning

8.6.1 Metod

I den föregående framställningen berördes främst de förändringar i *antalet* födda respektive verkställda legala aborter som inträffade från 1950-talets början till idag. De absoluta talen påverkas emellertid i hög grad av befolkningens åldersstruktur. För att spegla förändringar i abortfrekvensen och fruktsamheten måste man även arbeta med *åldersspecifika tal.* Dessa anger antalet legala aborter (resp. levande födda) per 1 000 kvinnor i en viss åldersgrupp.

8.6.2 Utvecklingen i början av 1970-talet

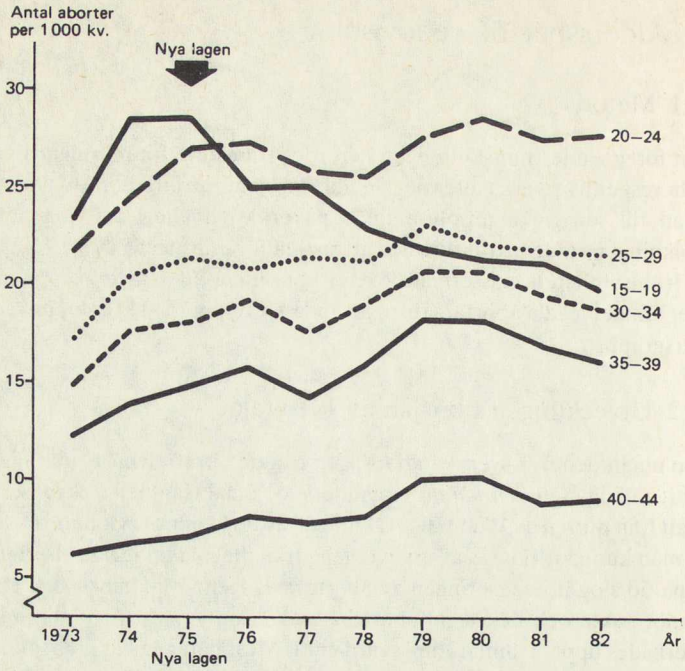
Åren innan den nya svenska abortlagen trädde i kraft avbröts tillfälligt den kraftiga nedgång i *den kända* graviditets- och fruktsamhetsfrekvensen som pågått från mitten av 1960-talet. Ökningen av de kända graviditeterna torde i viss mån kunna förklaras av en övergång från illegala till legala aborter. Vid denna tid slog liberaliseringen av abortpraxis igenom på allvar och allt fler kvinnor sökte och fick legal abort på tvåläkarintyg, varför födelsetalet ej påverkades uppåt i anmärkningsvärd grad. Mest påtaglig var abortökningen bland tonåringarna, men tendensen återfanns även i åldersgruppen 20-34 år. Denna utveckling till trots var den åldersspecifika fruktsamheten betydligt högre åren 1973 och 1974 än senare under 1970-talet. Den summerade fruktsamheten motsvarade 1,9 barn per kvinna.

Ökningen av abortfrekvensen i början av 1970-talet kan synas något överraskande mot bakgrund att det var vid denna tid som de moderna högeffektiva preventivmedlen slog igenom på allvar. En förklaring kan dock vara en av befolkningen eftersträvad sänkning av nativiteten. Från den tidigare låga nivån var det inte möjligt att genomföra en ytterligare sänkning utan att tillgripa legal abort (*Meirik m.fl.* 1978).

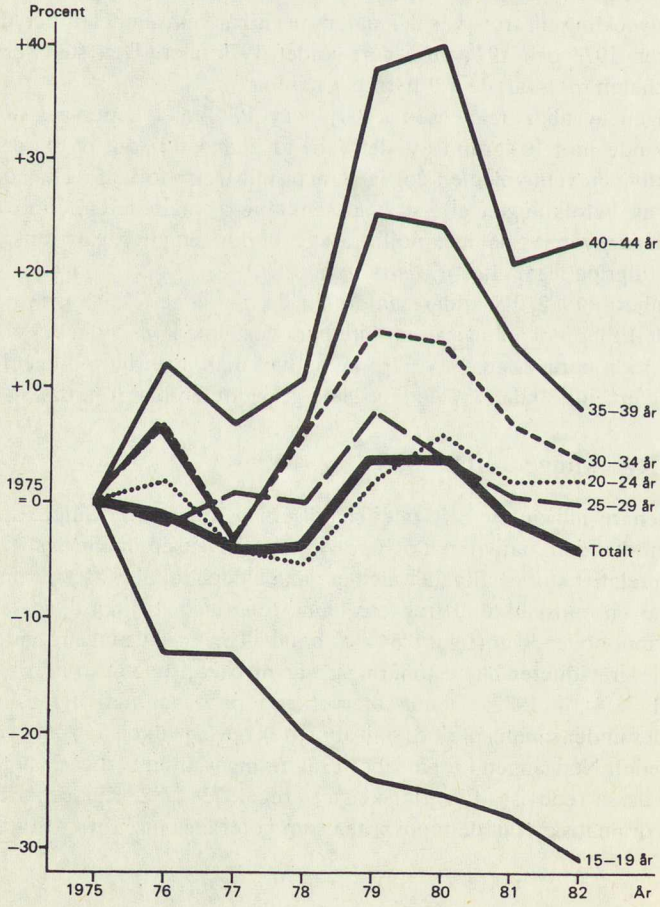
Uddenberg (1982) har vidare anfört att de nya högeffektiva preventivmedlen lett till en ökad önskan att inte bara bestämma *om,* utan också *när* man vill föda barn. Med "säkra" p-medel vill man även ha möjlighet att förhindra ett fullföljande av de oönskade graviditeter som inträffar.

8.6.3 Utvecklingen efter 1975

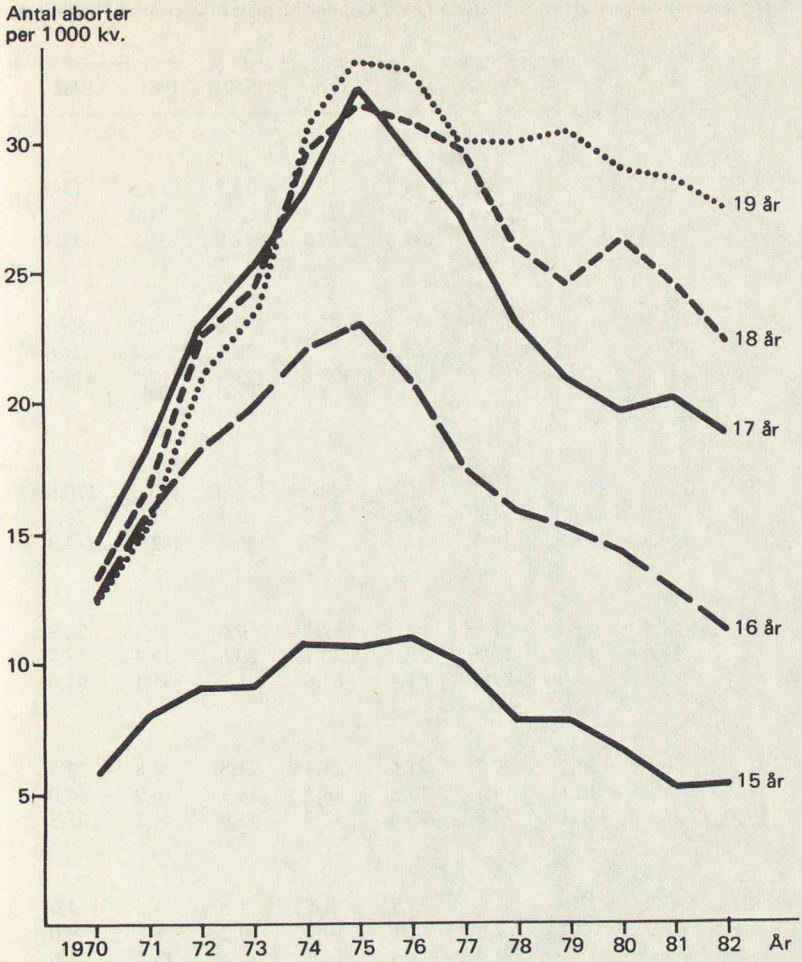
Under senare halvan av 1970-talet stabiliserades abortutvecklingen totalt sett, samtidigt som nativiteten och graviditetsfrekvensen dämpades. Dock förekom relativt stora skillnader mellan olika åldersgrupper. Mest framträdande var en minskad abortfrekvens bland tonåringar och en ökad sådan bland kvinnor över 30 år (figur 8:5 a och b, tabell 8:7). Nedgången i andelen inträffade graviditeter bland tonåringar var mycket påtaglig: från 57,4 ‰ 1975 till 32,8 ‰ 1982. Denna återverkade på såväl nativiteten, som halverades under samma period, som abortfrekvensen vilken minskade med en fjärdedel. Nedgången i tonårsaborterna framgår ännu tydligare av figur 8:6, där dessa redovisas för ettårsklasser åren 1973–1982. Kurvorna faller närmast dramatiskt från de toppvärden som noterades omkring 1970-talets mitt.



Figur 8:5 a Antal aborter per 1 000 kvinnor i femårsklasser 1973–1982



Figur 8:5 b Abortfrekvensens förändring i olika åldersklasser 1975–1982. 1975 = 0. Avvikelser i procent



Figur 8:6 Antal aborter per 1 000 kvinnor i ettårsklasser 15–19 år 1970–1982. Abort efter födelseår (rekonstruerade värden 1970–1974)

Även i nästa åldersgrupp, 20–24 år, påträffas en sänkt graviditetsfrekvens efter 1975. Av figur 8:7, som visar graviditetsfrekvensen för ettårsklasser, framgår sålunda att den nedgång som nyss berördes för tonåringarnas del, sträcker sig upp till 25–26-årsåldern. För åldersgruppen 20–24 år innebar de färre inträffade graviditeterna en minskad nativitet. Abortfrekvensen har varit ganska stabil, bortsett från en smärre uppgång 1980. Som framgår av t.ex. figur 8:6 varierar abortfrekvensen mellan enskilda ettårsklasser inom en femårsgrupp. Av andra uppgifter som vi tagit fram framgår att abortfrekvensen idag är högst bland 20-åringarna för att sedan gradvis avta med stigande ålder. Det är åldersgruppen 20–24 år som svarar för de flesta aborterna räknat såväl i absoluta som relativa tal (se tabell 8:2).

Åren 1975–1978 var fruktsamhets- och abortmönstret för kvinnorna i åldern 25–44 år mycket stabilt. Under 1979 och 1980 bröts denna trend, och vi fick en svag men tydlig abort- och fruktsamhetsökning. Månadsvis statistik visar att abortökningen började under sommaren 1979. Den högre abortni-

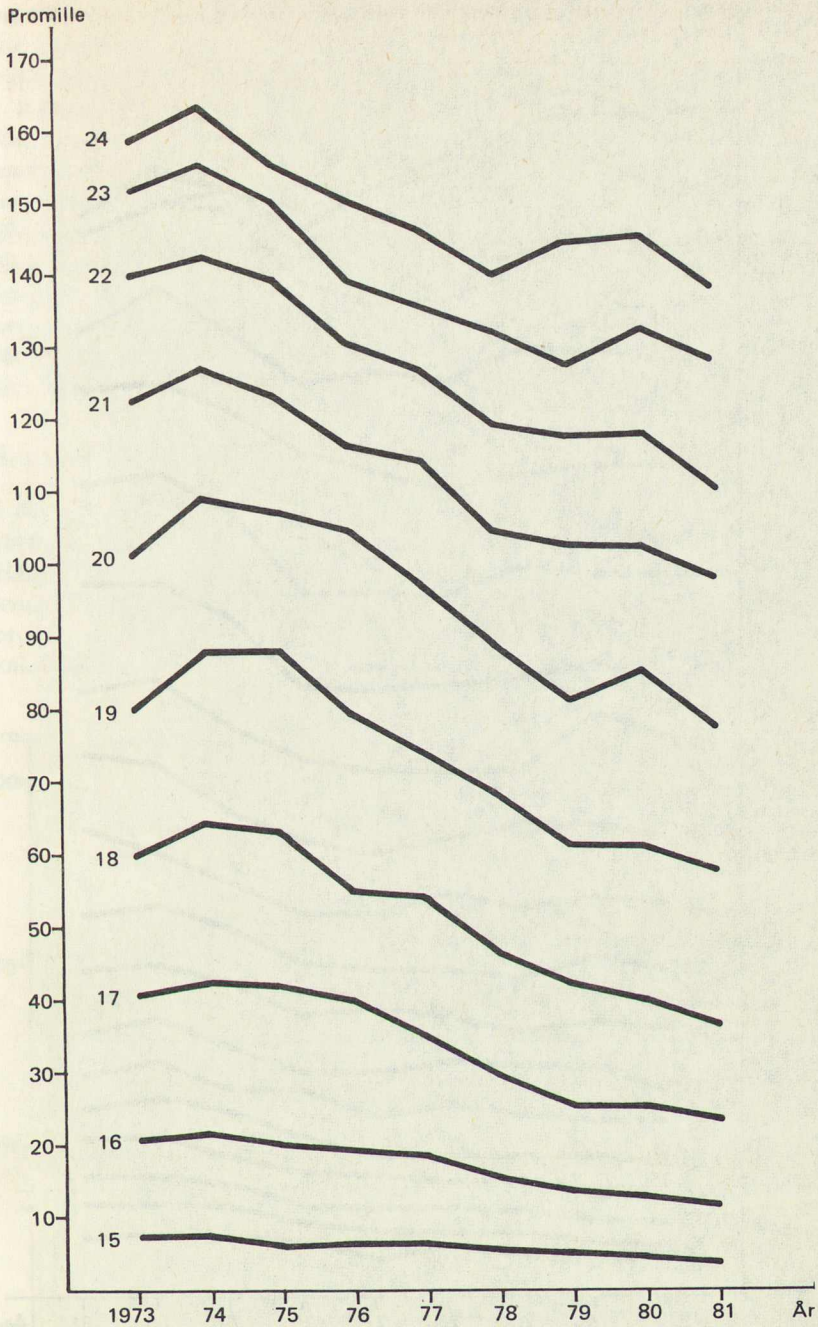
Tabell 8:7 Åldersspecifika fruktsamhets- och aborttal per medelfolkmängd kvinnor i femårsklasser åren 1973–1982. Promille

Åldersklass	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
–19[a]										
Fruktsamhetstal	31,1	32,0	28,8	25,0	22,1	19,2	17,3	15,7	14,5	13,2
Aborttal	23,2	28,5	28,6	24,9	25,0	22,8	21,8	21,3	21,0	19,6
Summa	54,3	60,5	57,4	49,9	47,1	42,0	39,1	37,0	35,5	32,8
20-24										
Fruktsamhetstal	121,6	122,6	115,0	107,1	103,6	97,1	95,5	95,4	90,3	86,0
Aborttal	21,6	24,4	26,9	27,3	25,8	25,5	27,5	28,5	27,4	27,6
Summa	143,2	147,0	141,9	134,4	129,4	122,6	123,0	123,9	117,7	113,6
25-29										
Fruktsamhetstal	128,5	128,4	123,3	118,8	117,9	116,0	122,7	124,0	120,6	120,8
Aborttal	17,1	20,5	21,3	20,8	21,4	21,2	23,0	22,1	21,7	21,5
Summa	145,6	148,9	144,6	139,6	139,3	137,2	145,7	146,1	142,3	142,3
30-34										
Fruktsamhetstal	66,6	67,0	64,1	62,4	61,5	62,4	67,1	70,6	71,7	72,9
Aborttal	14,8	17,7	18,0	19,2	17,5	19,0	20,7	20,6	19,4	18,7
Summa	81,4	84,7	82,1	81,6	79,0	81,4	87,8	91,2	91,1	91,6
35-39										
Fruktsamhetstal	23,4	22,9	20,7	20,5	20,7	21,6	24,4	24,8	24,8	25,5
Aborttal	12,2	13,9	14,7	15,7	14,1	15,8	18,3	18,2	16,9	16,0
Summa	35,6	36,8	25,4	36,2	34,8	37,4	42,7	43,0	41,7	41,5
40-44										
Fruktsamhetstal	4,4	4,4	3,7	3,6	3,6	3,7	4,3	4,2	4,4	4,6
Aborttal	6,3	6,9	7,3	8,2	7,8	8,1	10,1	10,2	8,8	9,0
Summa	10,7	11,3	11,0	11,8	11,4	11,8	14,4	14,4	13,2	13,6
45[b]*–*										
Fruktsamhetstal	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Aborttal	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9	1,3	1,1	1,3	1,3
Summa	0,8	0,8	1,0	1,0	1,1	1,0	1,5	1,3	1,5	1,5
Summerat Aborttal	470,3	553,0	588,0	582,3	562,3	566,5	613,5	611,1	583,2	567,0

[a] Räknat per 1 000 kv. 15–19 år
[b] Räknat per 1 000 kv. 45–49 år

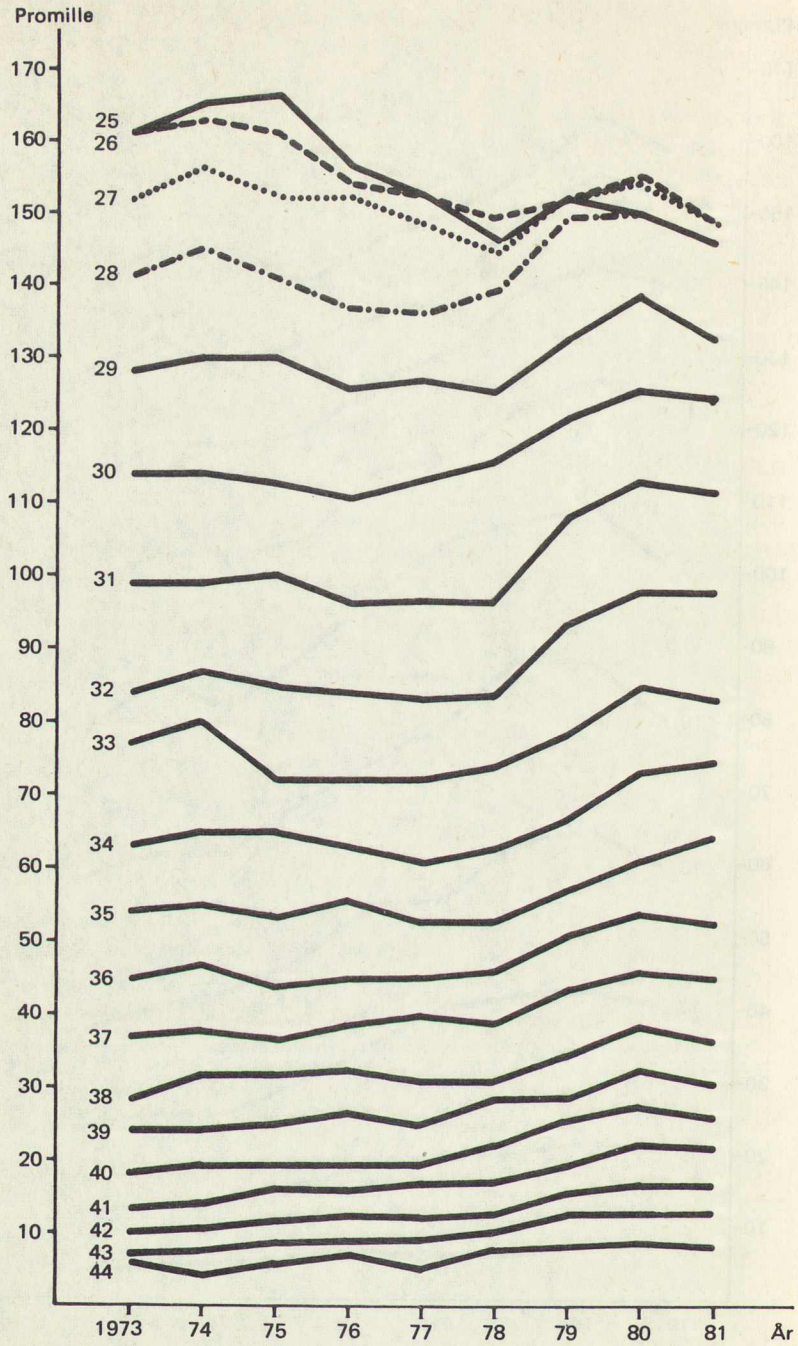
Källa: Officiell statistik

vån kvarstod sedan till senhösten 1980. Perioden av högre födelsetal varade från slutet av 1979 till sommaren 1980. Denna utveckling har givit upphov till spekulationer om att massmediadebatten omkring riskerna med p-piller medfört en lägre användning av sådana. Denna tolkning förefaller rimlig, även om vi inte bör överdriva omfattningen av en sänkt prevention. Tolkningen som sådan vinner också stöd i en vetenskaplig undersökning



Figur 8:7 Antal kända graviditeter (levande födda + legala aborter 1/2 år tidigare) per 1 000 kvinnor i ettårsklasser 15–24 år under perioden 1973–1981

rörande den holländska abort- och fruktsamhetsökningen som inträffade nästan samtidigt som den svenska. E. Ketting har övertygande kunnat visa kronologiska överensstämmelser mellan braskande massmediainslag om p-pillers biverkningar och ökade aborter och födslar (*Ketting* 1981 a).



Figur 8:8 Antal kända graviditeter (levande födda + legala aborter 1/2 år tidigare) per 1 000 kvinnor i ettårsklasser 25–44 år under perioden 1973–1981

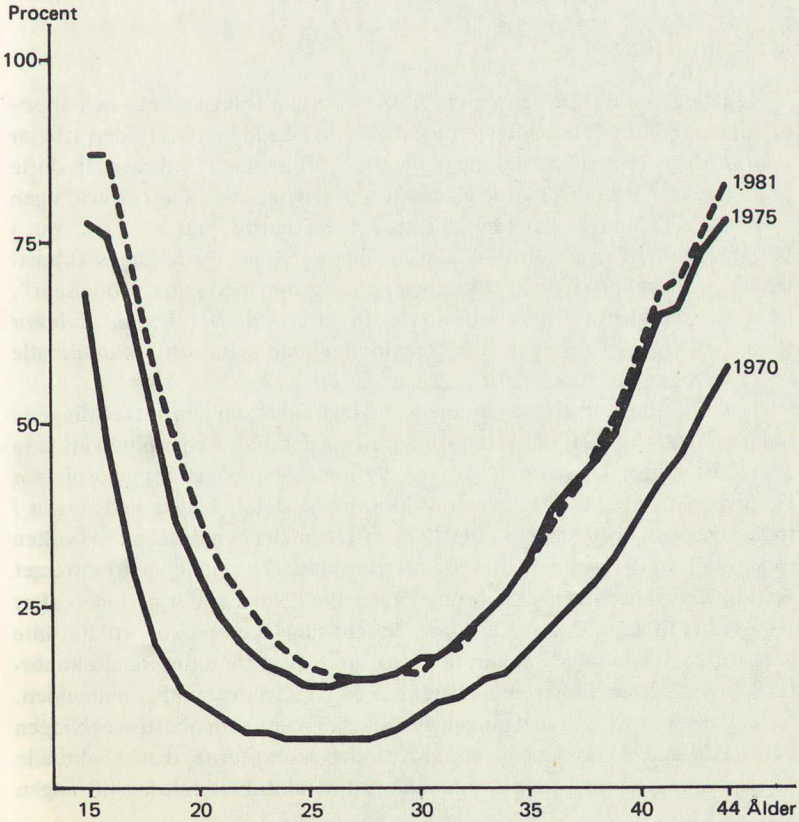
Som visas av figur 8:8 var det fråga om en väl synlig graviditetsuppgång. I åldern 25–34 år resulterade ökningen till allra största delen i barnafödande; i gruppen 35–44 däremot i förhållandevis fler verkställda aborter. Under åren 1981 och 1982 har abortfrekvensen nästan genomgående minskat i de aktuella åldersgrupperna, jämfört med de båda föregående åren och närmat

sig 1978 års nivå. En liknande tendens kan noteras för fruktsamheten bland kvinnor i åldern upp till 30 år. Däröver företedde denna dock en svag ökning, vilket avspeglar huvudtendensen i dagens fruktsamhetsmönster.

Kännetecknande för dagens barnafödande är bl.a. att många föder sitt första barn vid en senare tidpunkt än vad tidigare generationer gjorde. Detta understryks även i SCB:s undersökning rörande orsakerna till den låga nativiteten. På sistone har en höjd fruktsamhet kunnat förmärkas i åldern 27–32 år, vilket enligt SCB kan tyda på att den sänkta nativiteten i början av 20-årsåldern innebär ett uppskjutet barnafödande. Då samtidigt den sedan länge pågående nedgången av fruktsamheten i de äldre åldersgrupperna avstannat, kan detta komma att betyda att den summerade fruktsamheten för kvinnor födda i början av 1950-talet inte blir så låg som man tidigare förutspått.

8.6.4 Andel avbrutna graviditeter

I detta avsnitt kompletteras bilden av abortutvecklingen med uppgifter rörande den andel av de inträffade graviditeterna som avbryts med abort. Härigenom får vi en uppfattning om hur abort används under olika skeden av kvinnans fertila period. I figur 8:9 redovisas andelen verkställda aborter i procent av kända graviditeter med beräknad nedkomst under ett visst kalenderår.



Figur 8:9 Andel aborter i procent av samtliga kända graviditeter (levande födda + legala aborter 1/2 år tidigare) åren 1970, 1975 och 1981. Ettårsklasser 15–44 år.

Andelen graviditeter som avbryts med abort är inte oväntat störst bland tonåringar och kvinnor i 40-årsåldern. Kurvorna i figur 8:9 har därför en mycket markant U-form. Andelen aborter är lägst i åldrarna 24–26 år när majoriteten av barnafödandet (och de flesta befruktningarna) således äger rum. Jämförelsen av abortkvoterna för åren 1970, 1975 och 1981 visar på en ökning mellan 1970 och 1975 i praktiskt taget alla åldersklasser. Mellan 1975 och 1981 inträffade däremot endast smärre förändringar. En stigande abortandel kan dock noteras bland de yngsta och de äldsta kvinnorna mellan 1975 och 1981. Av de gravida kvinnor som 1981 fyllde 18 år gjorde inte mindre än 58 % abort. Denna andel motsvarar den som samtidigt kan noteras för 38–40-åriga kvinnor. De allra högsta abortkvoterna påträffas vid början resp. slutet av den fertila perioden; 1981 gjorde 87 % av gravida 15-åringar abort och 83 % av gravida 44-åringar tog samma beslut.

Om man följer denna utveckling i detalj bekräftas att ökningen i abortkvoten mellan 1975 och 1981 i första hand hänfört sig till åldersklasserna 15–26 och 38–44 år. Detta visar att mycket unga resp. medelålders kvinnor numera som regel gör abort när de blir gravida. De yngsta kan flytta fram sitt barnafödande till en för dem lämplig tidpunkt i livscykeln; de äldre kvinnorna behöver inte föda barn i ett skede när de ofta anser sitt barnafödande avslutat.

8.7 Uppföljning av födelsekohorter

8.7.1 Inledning

I föregående avsnitt presenterades åldersspecifika fruktsamhets- och aborttal för kalenderår. När man jämför sådana s.k. perioddata över tiden arbetar man aldrig med identiskt samma population, eftersom det vid varje årsskifte sker ett in- och utflöde ur varje åldersklass. Nativitets- och abortutvecklingen i enskilda kvinnliga födelseårgångar ger en bättre bild av t.ex. var i befolkningen ett nytt mönster tidigast slagit igenom. Detta kallas kohortanalys. Kohort betyder i detta sammanhang "grupp med samma födelseår". SCB har publicerat fruktsamhetsdata för ettårskohorter fr.o.m. kvinnor födda 1870/1871, vari ingår uppgifter om den åldersvisa och ackumulerade fruktsamheten (se t.ex. *Hofsten & Lundström* 1976).

Den officiella statistiken ger emellertid inga fakta om abortutvecklingen i olika födelsekohorter. Det har därför varit värdefullt för kommittén att få ta del av det statistiska material rörande detta som sammanställts av professor Hjalmar Sjövall. Med hjälp härav kan man i detalj belysa nedgången i tonåringarnas abortfrekvens efter 1975, eftersom det är möjligt att se i vilken födelsekohort det nya mönstret först framträdde. Detta innebär att intresset särskilt riktas mot födelsekohorterna 1956-1960, vilka under perioden efter 1975 befunnit sig i åldern 15–19 år. Genom tillgången på kohortdata, inte bara för de nyss nämnda generationerna, utan även för äldre födelsekohorter, tangeras även frågan om existensen av s.k. kohortbundna beteenden. Vilka konsekvenser får nedgången av tonårsaborterna för abortutvecklingen under 1980-talet? När det gäller de äldre födelsekohorterna i den här aktuella undersökningen måste man komma ihåg att den förutvarande lagstiftningen

haft stor inverkan på i varje fall den legala abortfrekvensen. Detta gör det något vanskligt att jämföra det ackumulerade aborttalet vid fyllda 20 år för t.ex. 1940 års och 1960 års kvinnliga födelsekohorter. I den äldre kohorten hade kvinnorna hunnit till 30-årsåldern innan det skedde en liberalisering av vår abortpraxis. 1960 års kvinnor har däremot haft tillgång till abort i enlighet med 1974 års lag under hela sin fertila period.

8.7.2 Abortfrekvenser och ackumulerade aborttal för födelsekohorter

Metodfrågor

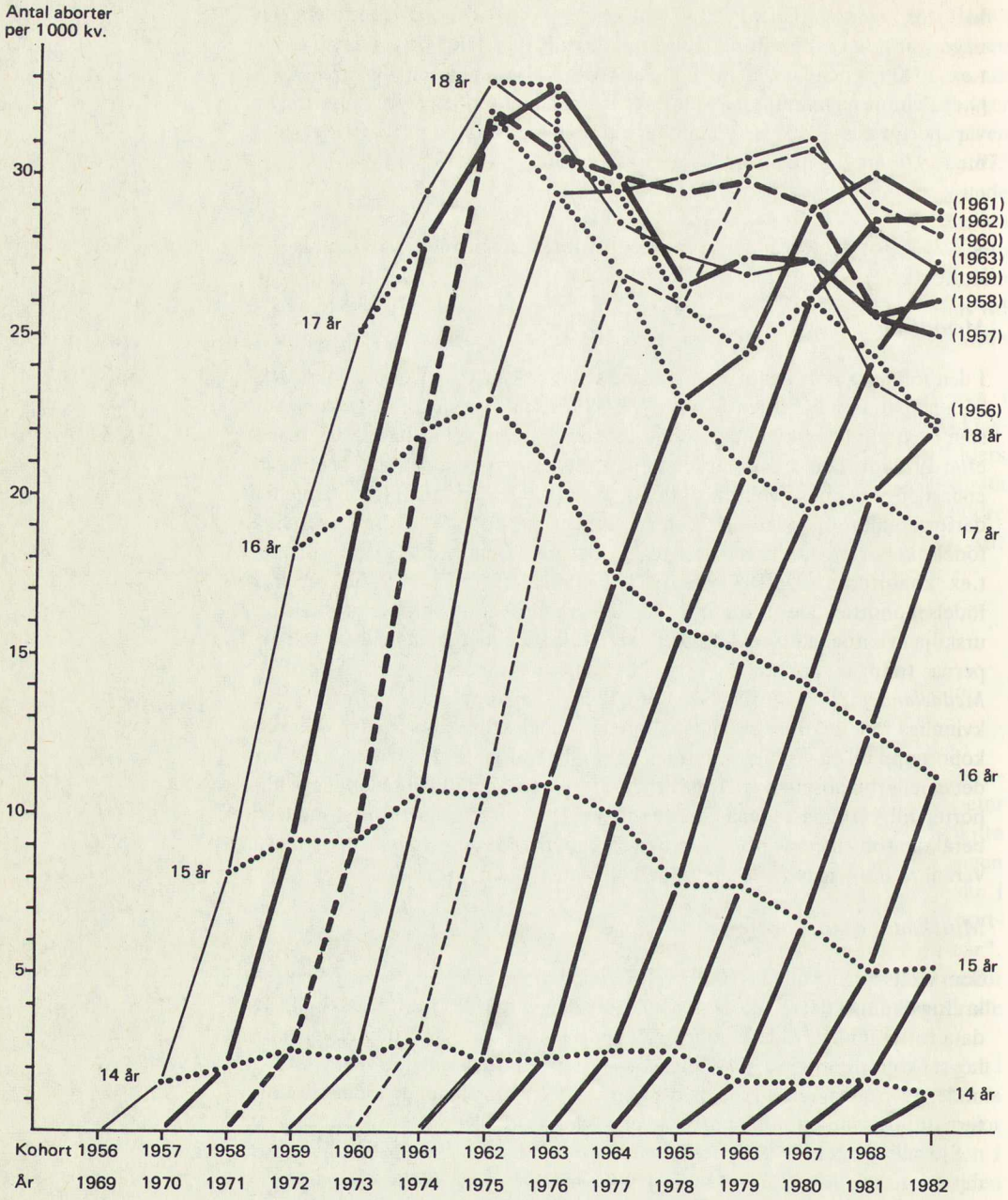
I den följande redovisningen förekommer två skiljaktiga kohorttyper: dels *blandade* födelsekohorter av typen 1950/1951, dels *verkliga* födelsekohorter som t.ex. 1961 års kvinnliga födelsekohort. Anledningen härtill är att det efter 1974 inte längre finns abortstatistik efter kvinnans ålder vid abort, utan endast efter hennes födelseår. I de figurer och tabeller som följer nedan har därför de äldre blandade kohorterna fr.o.m. år 1975 fått övergå i verkliga födelsekohorter. Detta har lett till att det uppkommit ett "glapp" mellan t.ex. kohorterna 1956/1957 och 1957/1958 resp. 1956 och 1957 års verkliga födelsekohorter. Det torde dock likväl vara möjligt att relativt oförhindrat urskilja eventuella utvecklingstrender. Skillnaden mellan de båda kohorttyperna framgår enklast av ett s.k. Lexisdiagram (se t.ex. *Statistiska Meddelanden, Be 1976:8*). När det gäller de ackumulerade aborttalen för kvinnliga födelsekohorter, alltså summan av den årliga abortfrekvensen i en kohort upp till en viss ålder, blir det genast besvärligare. På denna punkt har det emellertid ansetts vara försvarbart att rekonstruera blandade födelsekohorter till verkliga sådana för tiden före 1975. Detta har utförts medelst beräkning av medelvärdet för den ackumulerade abortnivån mellan två varandra intilliggande "blandade" kohorter i ålder t och t-1.

Minskade tonårsaborter

Som visats av Sjövall (1976, 1978) företedde tonåringarnas abortfrekvens en kraftig ökning i det skede då den nya abortlagen trädde i kraft. Med hjälp av data för kvinnliga födelsekohorter kunde han visa att abortnivån var allra högst i kohorten 1956/1957 – alltså den grupp där de som fyllde 18 resp. 19 år under 1975 återfanns. Även de två närmast följande blandade födelsekohorterna uppvisade en hög abortfrekvens i detta tidsskede.

Sjövalls artikel (1978) innehöll endast data t.o.m. år 1976 vilket har gjort det motiverat att föra fram redovisningen t.o.m. 1982. I figur 8:10 presenteras frekvensen legala aborter för kvinnor födda 1956/1957 och senare. Det bör påpekas att observationstiden varierar mellan de olika kohorterna. Under 1982 fyllde sålunda årsklassen 1957 25 år medan årsklassen 1966 blott fyllde 16 år.

Redan en snabb blick på kurvorna visar att tonåringarnas abortfrekvens började avta fr.o.m. 1961 års födelsekohort. Varje ny generation redovisar därefter lägre abortfrekvens allt eftersom de når upp i de olika åldersklasserna (följ de prickade linjerna i figur 8:10). Även om de yngsta kohorterna



Figur 8:10 Antal aborter per 1 000 kvinnor i kvinnliga födelsekohorter 1956–1967 åren 1969–1982. (1961) = kohort

bara kunnat följas under några få år, synes det vara uppenbart att kvinnor födda på 1960-talet gör betydligt färre aborter än kvinnor födda under senare delen av 1950-talet. Denna iakttagelse förstärker vidden av den tidigare noterade nedgången i tonårsaborterna. Resultatet tyder på att födelseårgångarna 1961–1966 vid åldern 19–20 år inte kommer att nå upp till de

abortfrekvenser som i motsvarande ålder noterades för 1956 och 1957 års kvinnor. Samma prognos kan ställas med ledning av de ackumulerade aborttalen, som visar det antal aborter som 1 000 kvinnor i en aktuell kohort statistiskt sett hunnit genomgå vid en viss ålder (se tabell 8:8).

Även om observationstiden är kort, framkommer likväl tydliga skillnader i aborterfarenhet mellan kohorterna. För 17-åringarna är exempelvis det ackumulerade aborttalet betydligt lägre i 1965 års födelsekohort än i 1956 års. I den yngre kohorten hade sålunda i genomsnitt 40 av 1 000 kvinnor hunnit göra legal abort före sin 18:e födelsedag, vilket kan jämföras med 71 av 1 000 kvinnor i den äldre. Denna tendens återfinns i samtliga kohorter fr.o.m. 1961 års. Den samlade abortnivån i en viss ålder har gradvis sjunkit. Fortsätter kvinnorna i de 1960-talskohorter som hittills varit möjliga att följa upp att göra – relativt sett – få aborter, kommer detta att återverka positivt på abortutvecklingen under 1980- och 1990-talet.

Bakom den sjunkande abortfrekvensen ligger sannolikt främst en gradvis förbättrad prevention varigenom andelen inträffade graviditeter kunnat nedbringas. Ingenting tyder nämligen på att ungdomarnas sexualvanor skulle ha blivit mera återhållsamma. Aktuella studier pekar istället på att debutåldern fortsatt att sjunka. Sjövall har framlagt hypotesen att tonåringarna först efter 1975 på allvar tagit del av de effektivare moderna preventivmedlen, vilket kan förklara varför såväl andelen konceptioner som legala aborter sedan sjönk, tvärtemot vad siffrorna för åren 1973, 1974 och i någon mån även 1975 implicerat. Det var just mot denna bakgrund som samhället initierade olika abortförebyggande åtgärder i anslutning till lagreformen 1975. Utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen, inrättandet av ungdomsmottagningar, reformeringen av skolans samlevnadsundervisning samt socialstyrelsens insatser diskuteras närmare längre fram i betänkandet (*Sjövall* 1979, *Kvinnor och barn* 1982).

Tabell 8:8 Ackumulerat aborttal för verkliga och rekonstruerade födelsekohorter 1956–1967 t.o.m. 1982. Promille

Kohort	Ålder				
	15	16	17	18	19
1967	7,0				
1966	7,0	18,2			
1965	8,6	21,3	40,0		
1964	10,5	24,7	44,8	67,0	
1963	10,7	25,8	45,4	69,8	97,2
1962	12,6	28,4	49,2	75,4	104,0
1961	13,3	30,8	53,8	78,3	107,3
1960	14,1	34,8	61,8	87,8	118,1
1959	13,2	36,3	65,8	95,4	125,4
1958	20,7	33,9	66,0	96,7	126,7
1957	19,3	47,3	59,2	90,7	123,5
1956	17,9	43,0	71,0	82,5	115,5

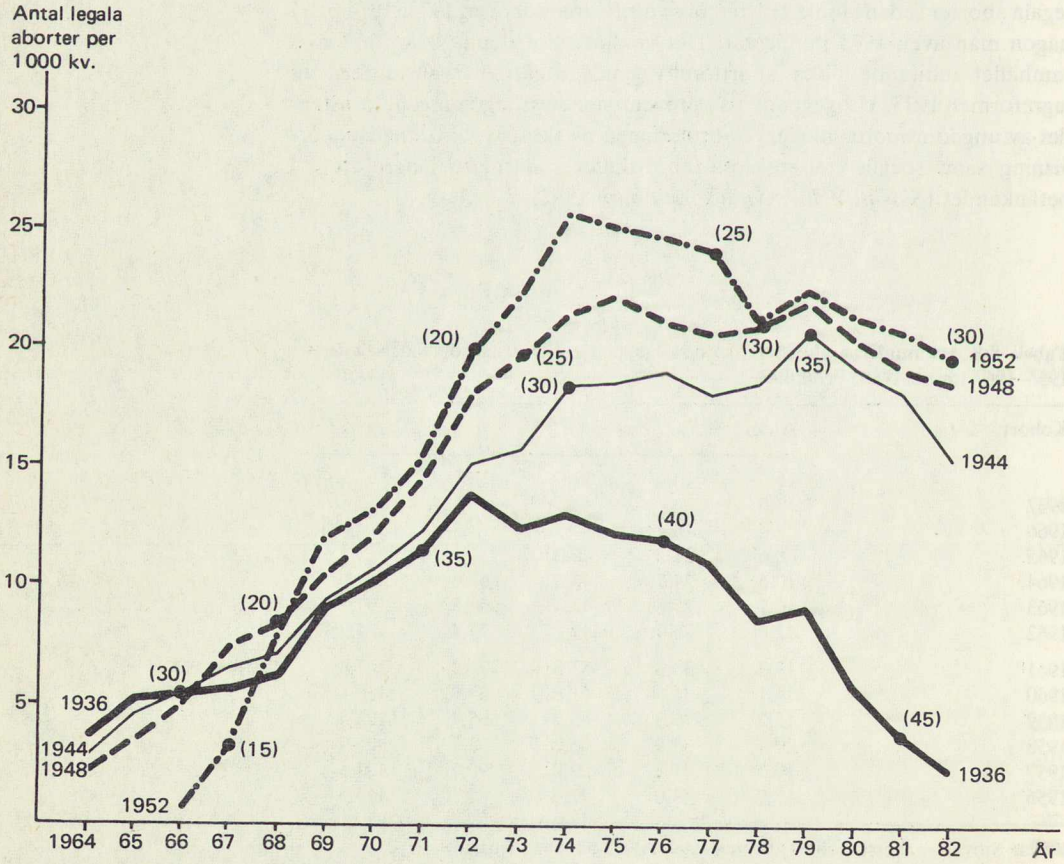
Källa: Sjövall (arbetstabeller), primärmaterial till abortstatistiken

Abortutvecklingen i födelseårgångarna 1936–956

Det är naturligtvis av intresse att följa abortutvecklingen även för de något äldre födelseårgångarna. Mot bakgrunden av tidigare abortlagstiftning och praxis kan dessa förväntas uppvisa ett annat abortmönster än de generationer svenska kvinnor som haft laglig rätt till abort under hela sin fruktsamma period. Vi har tagit del av uppgifter om verkställda legala aborter fr.o.m. kohorten 1936/37 (1936), dvs. den generation kvinnor som idag är på väg ur fruktsam ålder.

Vid undersökningen framkom en viktig skillnad mellan de äldre och yngre generationernas abortmönster: de förra gjorde sina flesta aborter i 30-årsåldern eller däröver, medan de senare har sitt abortmaximum i åldern 19–20 år. Eftersom som vi här endast kan röra oss med statistik över legala aborter, är det troligt att den ovan beskrivna förändringen till största delen beror på att de olika generationerna inte har haft samma möjligheter att få legal abort. Sålunda var t.ex. de kvinnor som är födda i början av 1940-talet i 30-årsåldern innan abortreformen genomfördes. Det är emellertid sannolikt att sänkningen av åldern för abortmaximum även avspeglar den idag utbredda "normen" om att man inte ska skaffa barn i tonåren eller de tidiga 20-åren.

Figur 8:11 Årligt antal legala aborter per 1 000 kvinnor i de kvinnliga födelsekohorterna 1936, 1944, 1948 och 1952 under perioden 1964–1982.
( ) = uppnådd ålder



Som framkommit tidigare i detta kapitel stagnerade den pågående ökningen i antalet legala aborter när den nya abortlagen trädde ikraft. Denna tendens förmärks även i nästan samtliga undersökta födelsekohorter oavsett ålder. I flera av dessa började istället andelen legala aborter att sjunka fr.o.m. 1975. 1979 inträffade emellertid en förändring: antalet legala aborter ökade något. Med hjälp av våra kohortdata kan man se att denna tendens återfanns i första hand bland kvinnor födda 1938–1950, men den kunde även anas i de yngre födelsekohorter som då hunnit förbi sina respektive abortmaxima, dvs. fram t.o.m. 1958 års kohort (figur 8:11).

Vid en närmare analys visar det sig att abortökningen per åldersklass i regel inte var större än en promille. För exempelvis en av 1940-talsårgångarna motsvarade detta räknat i absoluta tal en ökning på cirka *60 verkställda legala aborter.*

Utvecklingen under 1979 synes ha varit av tillfällig natur; 1980 präglades av stagnation eller svag tillbakagång i detta avseende och under 1981 och 1982 har ånyo sjunkande abortfrekvenser noterats i de allra flesta åldersklasser och födelseårgångar.

8.8 Regionala mönster i abort- och fruktsamhetsutvecklingen

8.8.1 Inledning

Under de senaste åren har man kommit att uppmärksamma de skillnader som föreligger i abortfrekvens mellan landets olika delar. Sålunda är det känt att denna regelmässigt varit högre i storstadsområden än på landsbygden. Man har vidare noterat att de lägsta aborttalen i regel återfinns i de delar av riket, som ännu bär stark prägel av den väckelse som ägde rum inom och utom svenska kyrkan mot slutet av förra århundradet. Till dessa kan räknas stora delar av södra och sydvästra Götaland samt Västerbotten.

I abortkommitténs uppdrag har ingått att närmare försöka kartlägga och, om möjligt, förklara de regionala skillnaderna i abortutvecklingen. Kommittén skall därvid särskilt ta fasta på religiösa, kulturella och socioekonomiska faktorer för att kunna peka på eventuella orsakssamband. Härutöver har det även visat sig nödvändigt att behandla den regionala fruktsamhetsutvecklingen, då aborterna inte får ses såsom en isolerad företeelse, skild från sexualitet, familjeplanering och den biologiska reproduktionen. Med information om fruktsamheten kan man nämligen få ett mått på t.ex. graviditetsfrekvensen i olika åldersgrupper, vilket i sin tur kan säga oss något om bl.a. attityder rörande sexualitet i tonåren, om toleransen inför oplanerade graviditeter osv.

8.8.2 Tidigare studier

Tillgången till statistik och bearbetningar rörande den regionala fruktsamhetsutvecklingen i Sverige är mycket god. Den svenska folkbokföringen som fick en relativt modern utformning redan 1749, brukar räknas som en av världens mest tillförlitliga.

Redan vid sekelskiftet 1900 kunde den framstående demografen G. Sundbärg visa, att det under hela 1800-talet förelegat ganska betydande skillnader i fruktsamhet mellan olika regioner i riket. Fruktsamheten var exempelvis ännu vid sekelskiftet hög i norrlandslänen, Småland och Blekinge. I vissa områden var den betydligt lägre, särskilt i Stockholms stad och på Gotland.

Dessa regionala skillnader i fruktsamhet kvarstod i viss mån ännu några årtionden in på 1900-talet, men överallt har tendensen mot en allt lägre nivå slagit igenom; ett sista område med en kvardröjande hög nativitet var Norrbottens län, där det äldre mönstret delvis levde kvar ännu under 1950- och början av 1960-talet.

Vid studier av regionala förändringar kan ett län ibland vara en för stor enhet att arbeta med. Fördelen med att kunna göra en analys på t.ex. kommunnivå, illustreras väl av den studie rörande den regionala fruktsamhetsutvecklingen i Sverige, som SCB har gjort för perioden 1968–76. Som framgår av figur 8:12, kan ofta variationerna vara stora *inom* ett län. I SCB:s undersökning arbetade man med 117 s.k. fruktsamhetsregioner bestående av enstaka eller grupper av kommuner. Studien visade bl.a. att fruktsamheten sjunkit från slutet av 1960-talet fram till 1970-talets mitt. Åren 1968–70 hade det t.ex. funnits 18 fruktsamhetsregioner med en summerad fruktsamhet på 2,20 och däröver. Åren 1974–76 påträffades inte någon region med så hög fruktsamhet.

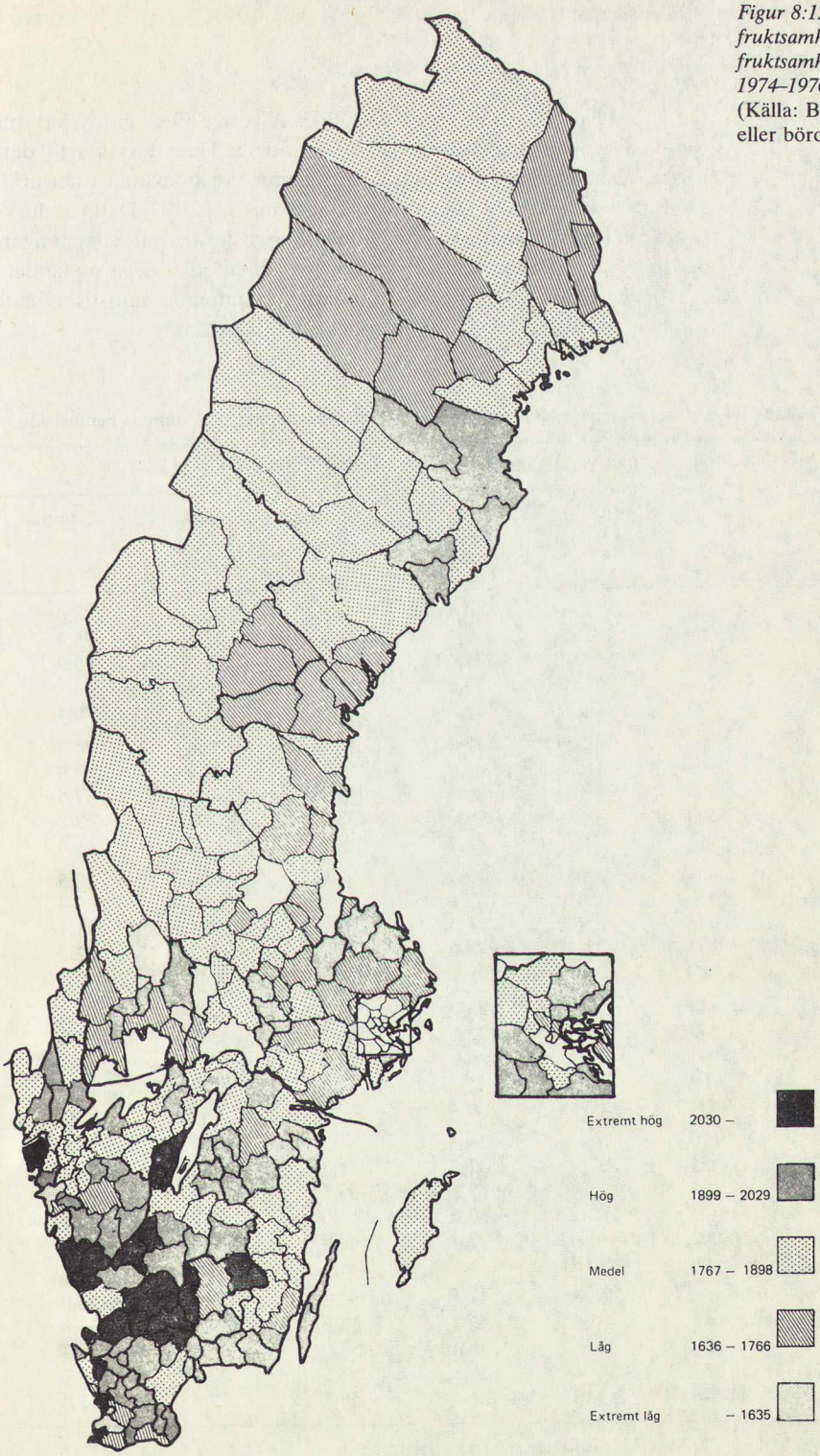
Studeras figur 8:12 litet närmare, står det klart att områdena med relativt sett hög fruktsamhet återfanns i sydvästra Götaland. Det tycks gå ett bälte av högre fruktsamhet tvärs genom Götaland innefattande delar av Kalmar, Kronobergs och Hallands län. Även i Bohuslän finns områden med hög fruktsamhet, liksom i närheten av Helsingborg, Halmstad och Jönköping.

Under den aktuella perioden återfann SCB den allra lägsta fruktsamheten i några typiska storstadsområden: Solna/Sundbyberg, Stockholm samt Malmö. Bortsett från den närmast exceptionellt låga fruktsamheten i ett fåtal storstadsområden, blev SCB:s helhetsomdöme att de regionala fruktsamhetsvariationerna trots allt var relativt små.

Via den officiella abortstatistiken går det ej att ge någon lika geografiskt detaljerad kartbild över abortutvecklingen. Socialstyrelsen begär med undantag för Göteborgs och Malmö kommuner endast in uppgifter om *hemortslän* i rapporteringen om verkställda aborter. Härutöver kan nämnas att Stockholms läns landsting regelbundet publicerar statistik rörande bl.a. förlossningar och aborter för kommuner och församlingar ingående i Stockholms län.

Sedan 1972 innehåller grundmaterialet till den officiella abortstatistiken uppgifter som gör det möjligt att beräkna detaljerade åldersspecifika aborttal för län. Detta material har använts av Anne-Christine och Jan Trost vid utarbetandet av deras rapport *Aborter i länen* (1980). I denna redovisas åldersspecifika aborttal för femårsgrupper i de 24 länen åren 1972–79.

Vi kan i det följande redovisa vissa preliminära uppgifter rörande det länsvisa abortmönstret för 1982. För år 1981 har vi däremot tagit fram mera detaljerad statistik. I några fall bygger framställningen på den abortstatistik som en del landsting själva låtit ta fram.



Figur 8:12 Summerad fruktsamhet i de 117 fruktsamhetsregionerna 1974–1976.
(Källa: Barn – behov eller börda 1979)

8.8.3 Resultat

Inledning

De 32 602 legala aborter som verkställdes i Sverige 1982, är mycket ojämnt fördelade mellan de olika redovisningsområdena. Huvudorsaken till detta är förstås skillnaderna i invånarantal. I exempelvis Stockholms län utfördes 9 096 aborter, medan siffran för Gotland stannade på 183. Detta är dock inte enbart en fråga om matematiska samband, utan det är känt sedan tidigare att det finns klara skillnader i abortfrekvens mellan olika delar av landet.

I detta avsnitt presenteras ett relativt omfattande statistiskt material rörande abortutvecklingen m.m. i landets olika delar.

Tabell 8:9 Antal levande födda resp. antal verkställda aborter år 1982. Fördelning på kvinnans hemortslän

Län	Antal levande födda	Verkställda aborter		Per 1 000 kvinnor (15–44 år)		
		Antal	Per 100 levande födda	Levande födda	Verkställda aborter	Summa
Stockholms	18 062	9 096	50,4	51,9	26,1	78,0
Uppsala	3 009	1 186	39,4	54,1	21,3	75,4
Södermanlands	2 646	936	35,4	51,6	18,3	69,9
Östergötlands	4 241	1 225	28,9	53,3	15,4	68,7
Jönköpings	3 373	792	23,5	57,0	13,4	70,4
Kronobergs	1 995	539	27,0	58,6	15,8	74,4
Kalmar	2 593	638	24,6	56,1	13,8	69,9
Gotlands	696	183	26,3	61,4	16,1	77,5
Blekinge	1 593	455	28,6	53,8	15,4	69,2
Kristianstads	2 947	774	26,3	54,3	14,3	68,6
Malmö kommun	2 303	1 043	45,3	49,9	22,6	72,5
Malmöhus län i övrigt	5 730	1 839	32,1	52,9	17,0	69,9
Hallands	2 636	709	26,9	56,0	15,1	71,1
Göteborgs kommun	5 107	2 398	47,0	55,9	26,3	82,2
Göteborgs o Bohus övr	3 217	919	28,6	54,9	15,7	70,6
Älvsborgs	4 648	1 164	25,0	54,4	13,6	68,0
Skaraborgs	3 242	719	22,2	60,4	13,4	73,8
Värmlands	2 894	1 011	34,9	53,1	18,6	71,7
Örebro	2 769	934	33,7	50,4	17,0	67,4
Västmanlands	2 690	986	36,7	50,3	18,5	68,8
Kopparbergs	3 110	986	31,7	56,3	17,8	74,1
Gävleborgs	2 923	1 101	37,7	51,0	19,2	70,2
Västernorrlands	2 751	748	27,2	53,7	14,6	68,3
Jämtlands	1 424	427	30,0	55,6	16,7	72,3
Västerbottens	3 002	703	23,4	60,0	14,0	74,0
Norrbottens	3 105	1 091	35,1	56,0	19,7	75,7
Summa 1982	92 706	32 602	35,2	54,0	19,0	73,0
1981	93 984	33 294	35,4	55,2	19,6	74,8
1980	96 890	34 887	36,0	57,6	20,7	78,3
1979	96 255	34 709	36,1	57,5	20,7	78,2
1978	93 248	31 918	34,2	56,4	19,3	75,8

Källa: Statistiska meddelanden, serie HS; råtabeller från socialstyrelsen

Översikt

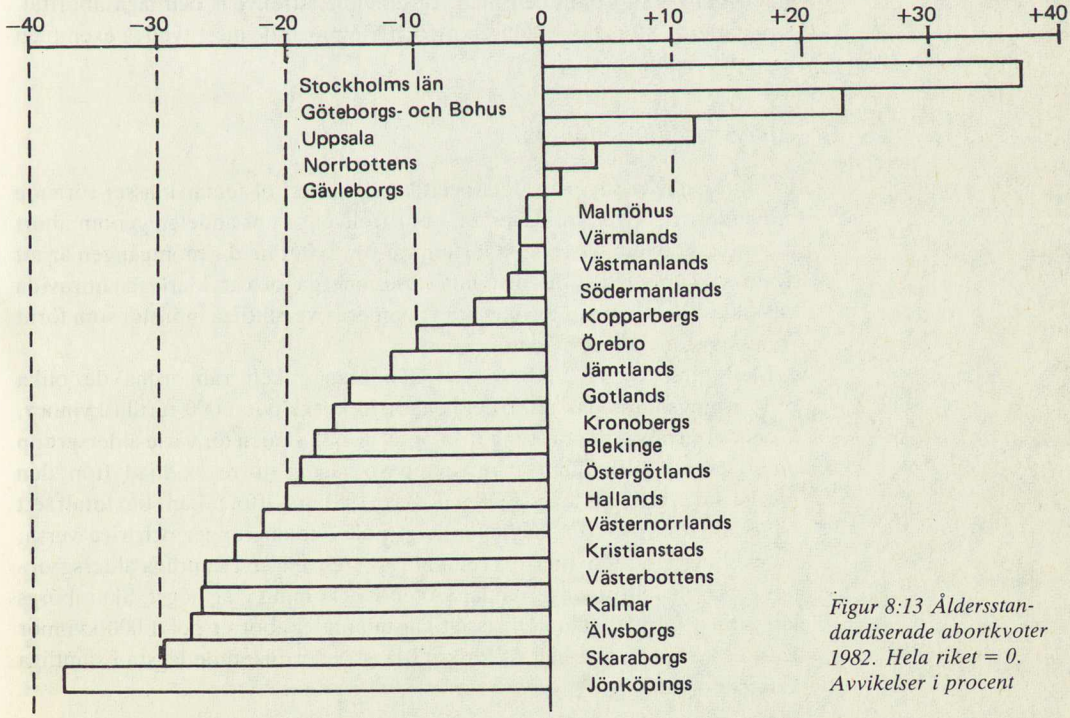
Om vi börjar med att titta på antalet aborter per 1 000 fertila kvinnor i de olika redovisningsområdena under 1982, står det genast klart att endast 6 av dessa hade en högre abortfrekvens än riksmedelvärdet 19,0 (tabell 8:9). Dessa var Göteborgs kommun (26,3 ‰), Stockholms län (26,1 ‰), Malmö kommun (22,6 ‰), Uppsala (22,3 ‰), Norrbottens (19,7 ‰) samt Gävleborgs län (19,2 ‰).

De fem lägsta abortfrekvenserna påträffas för i tur och ordning Skaraborgs (13,4 ‰), Jönköpings (13,4 ‰), Älvsborgs (13,6 ‰), Kalmar (13,8 ‰) och Västerbottens län (14,0 ‰). Dessa, liksom flera av de andra länen, avviker signifikant från riksmedelvärdet.

Emellertid kan abortfrekvensen beräknad på ovanstående sätt påverkas av åldersstrukturen i respektive redovisningsområde. För att kontrollera åldersvariabeln har därför även gjorts en beräkning av de åldersstandardiserade abortkvoterna. Som framgår av figur 8:13 är det endast ett fåtal områden som ligger högre än riksmedelvärdet.

Stockholms län har en abortkvot som överstiger rikets med nära 40 %, medan en stor grupp redovisningsområden redovisar underskott med 20–30 %. Detta mönster har varit oförändrat under de senaste åren.

Redan av denna redovisning står det klart att de rikssiffror som ofta anges för abortfrekvensen inte speglar abortmönstret i de olika länen. De allra flesta län uppvisar istället en betydligt gynnsammare bild. Det står vidare klart att de storstadsdominerade länen har en markant avvikande abortnivå från majoriteten av de svenska länen. Eftersom en så stor andel av befolkningen bor just i Stor-stockholm och Göteborgs och Malmö kommu-



Figur 8:13 Åldersstandardiserade abortkvoter 1982. Hela riket = 0. Avvikelser i procent

ner, så skulle en sänkning av abortfrekvensen i dessa områden få mycket stor inverkan på det totala antalet aborter som årligen utförs i riket. En aldrig så stor abortminskning i ett glesbygdslän avspeglas knappast i rikssiffrorna.

För att man ska få ett bredare perspektiv på abort- och indirekt även samlevnadsmönstret, bör man även rikta uppmärksamheten mot graviditetsfrekvensen för att se i vad mån denna varierar mellan olika redovisningsområden. Man måste nämligen t.ex. ställa frågan, om de regionala skillnaderna i abortnivån avspeglar variationer i graviditetsfrekvens, eller om det är benägenheten att göra abort som varierar.

1982 var graviditetsfrekvensen räknat per 1 000 fertila kvinnor högst i Göteborgs kommun med 82,2 ‰, följd av Stockholms län med 78,0 ‰. Därefter följde Gotland och Norrbottens län med 77,5 respektive 75,7 graviditeter per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Variationerna mellan högsta och lägsta tal var inte anmärkningsvärt stora; en graviditetsfrekvens på ca 70 ‰ noterades för ett flertal redovisningsområden. I de flesta redovisningsområden tycks graviditetsfrekvensen vara den beroende variabeln när det gäller abortnivån: en hög frekvens graviditeter ger i regel hög abortfrekvens, samtidigt som en lägre graviditetsnivå ger en lägre abortnivå.

De ovan gjorda iakttagelserna avspeglas förstås även i andelen aborter per 100 levande födda. Denna är betydligt högre i redovisningsområden med hög abortfrekvens såsom Stockholms län, Göteborgs och Malmö kommuner samt Uppsala län, än i områden med låga aborttal. Högst ligger sedan flera år Stockholms län med 50 aborter per 100 levande födda, lägst Skaraborgs län där statistiken för 1982 redovisar 22 aborter per 100 levande födda.

I vissa delar av landet blir kvinnor något oftare gravida än i andra. Ibland kompenseras detta av en högre abortfrekvens, varför fruktsamheten likväl kan bli lägre än i områden med låg graviditetsfrekvens och låga aborttal. Storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö är de mest tydliga exemplen på detta fenomen.

Åldersspecifik redovisning

I det följande redovisas åldersspecifika uppgifter för femårsklasser rörande graviditetsfrekvens, fruktsamhet, abortfrekvens samt andelen genom abort avbrutna graviditeter (eng. abortion ratio). Syftet med genomgången är att ge en tydligare bild av de regionala variationerna, och att klarlägga huruvida enskilda åldersgrupper avviker från det mera översiktliga mönster som förut framkom för de olika länen.

Med hjälp av tabell 8:9 ovan kan man enkelt rangordna de olika redovisningsområdena efter deras abortfrekvens per 1 000 fertila kvinnor. Gör man en motsvarande rangordning av de olika länen för varje åldersgrupp enligt tabell 8:10 finner man knappast någon större skillnad från den föregående (OBS att tabell 8:10 redovisar 1981 års siffor). Län som totalt sett hade hög abortfrekvens låg även högt i alla åldersgrupper och vice versa. Stockholms län redovisar t.ex. den högsta frekvensen i samtliga åldersgrupper utom bland tonåringarna där Göteborgs kommun låg högst. Skaraborgs län, som 1981 hade det särklassigt lägsta antalet aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år, låg sålunda helt följdriktigt lägst, eller bland de lägsta i samtliga åldersintervall.

Tabell 8:10 Fruksamhets-, abort- och graviditetstal samt den procentuella andelen avbrutna graviditeter i länen samt Göteborgs och Malmö kommuner 1981. Femårsgrupper

Län	15–19 år				20–24 år				25–29 år			
	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna grav. %	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna grav. %	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna grav. %
Stockholms	14,5	28,6	43,1	66,4	72,7	39,7	112,4	35,3	106,6	30,6	137,2	26,7
Uppsala	12,5	21,8	34,3	63,6	82,9	36,0	118,9	30,3	115,1	24,1	139,3	17,3
Södermanlands	17,4	22,4	39,8	56,3	101,2	24,3	125,5	19,4	124,7	22,4	147,1	15,2
Östergötlands	17,1	19,7	36,8	53,5	95,8	22,4	118,2	19,0	120,1	17,6	137,7	12,8
Jönköpings	13,7	15,2	28,9	52,6	97,8	17,0	114,8	14,8	134,2	15,2	149,9	10,2
Kronobergs	16,3	13,3	29,6	44,9	98,1	21,0	119,1	17,6	136,8	17,3	154,1	11,2
Kalmar	13,8	16,2	30,0	54,0	104,5	17,5	122,0	14,3	139,1	14,1	153,2	9,2
Gotlands	19,6	17,1	36,7	46,6	106,4	18,7	124,7	15,0	128,7	11,7	140,4	8,3
Blekinge	17,4	18,0	35,4	50,8	117,4	17,4	134,8	12,9	129,4	15,0	144,4	10,4
Kristianstads	13,7	16,5	30,2	54,6	111,0	18,8	129,8	14,5	137,5	15,3	152,8	10,0
Malmö kommun	15,4	27,9	43,3	64,4	78,7	31,8	110,5	28,8	104,4	23,9	128,3	18,6
Malmöhus	12,8	16,2	29,0	55,9	84,5	24,1	108,6	22,2	125,9	18,3	144,2	12,7
Hallands	11,3	15,7	27,0	58,1	90,7	19,3	110,0	17,5	141,1	17,3	158,4	10,9
Göteborgs kommun	16,0	30,0	46,0	65,2	69,0	34,8	103,8	33,5	99,6	27,0	126,6	21,3
Göteborgs och Bohus	10,7	15,9	26,6	59,8	93,4	18,2	111,6	16,3	134,4	13,9	148,3	9,4
Älvsborgs	13,6	18,4	32,0	57,5	97,7	18,2	115,9	15,7	129,9	15,1	145,0	10,4
Skaraborgs	12,6	14,0	26,6	52,6	112,7	18,2	130,9	13,9	140,9	11,4	152,3	7,5
Värmlands	15,2	20,6	35,8	57,5	100,5	25,8	126,3	20,4	115,2	21,9	137,1	16,0
Örebro	15,2	19,4	34,6	56,1	95,8	25,7	121,5	21,2	121,1	20,4	141,5	14,4
Västmanlands	15,8	22,0	37,8	58,2	101,3	25,5	126,8	20,1	120,0	20,0	140,0	14,3
Kopparbergs	17,4	23,1	40,5	57,0	106,4	28,3	134,7	21,0	125,0	20,5	145,5	14,1
Gävleborgs	14,4	22,1	36,5	60,5	93,4	24,0	117,4	20,4	111,4	24,0	135,4	17,7
Västernorrlands	14,3	17,5	31,8	55,0	100,4	24,2	124,6	19,4	123,5	19,5	143,0	13,6
Jämtlands	14,1	16,7	30,8	54,2	82,1	23,1	105,2	22,0	126,5	18,9	145,4	13,0
Västerbottens	10,4	14,3	24,7	57,9	94,5	18,3	112,8	16,2	136,2	16,8	153,0	11,0
Norrbottens	16,8	22,6	39,4	57,4	108,9	29,8	137,9	21,6	121,2	21,7	142,9	15,2
Riket	14,5	21,0	35,5	59,2	90,3	27,4	117,7	23,3	120,6	21,7	142,3	15,2

Län	30–34 år				35–39 år				40–44 år			
	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna grav. %	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna grav. %	frukts. ‰	ab. ‰	grav. ‰	avbrutna-grav. %
Stockholms	76,0	24,3	100,3	24,2	29,4	21,9	51,3	42,7	5,1	10,9	16,0	68,1
Uppsala	77,8	20,0	97,8	20,4	25,4	19,9	45,3	43,9	5,4	11,0	16,4	67,0
Södermanlands	67,4	16,7	84,1	19,9	20,3	17,8	38,1	46,7	3,4	9,2	12,6	73,0
Östergötlands	71,3	13,9	85,2	16,3	21,0	11,0	33,0	33,3	3,9	8,1	12,0	67,5
Jönköpings	67,1	16,4	83,5	19,6	24,3	12,3	36,6	33,6	4,3	7,3	11,6	62,9
Kronobergs	72,4	17,9	90,3	19,8	27,0	15,3	42,3	36,2	5,5	6,1	11,6	52,6
Kalmar	72,0	15,4	87,4	17,6	21,0	13,9	34,9	39,8	3,0	7,0	10,0	70,0
Gotlands	80,3	14,5	94,8	15,3	23,4	13,5	36,9	36,6	11,2	5,9	17,1	34,5
Blekinge	65,4	17,3	82,7	20,9	18,8	13,2	32,0	41,3	3,1	7,4	10,5	70,5
Kristianstads	66,4	15,4	81,8	18,8	22,3	14,4	36,7	39,2	2,9	8,4	11,3	74,3
Malmö kommun	65,8	22,9	88,7	25,8	21,0	17,2	38,2	45,0	4,2	8,9	13,1	67,9
Malmöhus	72,5	18,4	90,0	20,2	21,9	14,9	36,8	40,5	3,7	8,3	12,0	69,2
Hallands	74,3	16,7	91,0	18,4	23,1	16,4	39,5	41,5	4,3	8,6	12,9	66,7
Göteborgs kommun	73,6	23,2	96,8	24,0	29,7	19,5	49,2	39,6	4,8	9,5	14,3	66,4
Göteborgs och Bohus	68,7	14,8	83,5	17,7	29,9	16,2	46,1	35,1	4,6	7,6	12,2	62,3
Älvsborgs	71,5	15,2	86,7	17,5	21,2	12,7	33,9	37,5	4,4	9,2	13,6	67,6
Skaraborgs	73,8	12,5	86,3	14,5	24,3	11,9	36,2	32,9	4,6	7,6	12,2	62,3
Värmlands	69,7	20,6	90,3	22,8	22,1	18,1	40,2	45,0	3,9	10,1	14,0	72,1
Örebro	61,4	17,2	78,6	21,9	21,2	15,0	36,2	41,4	4,8	8,4	13,2	63,6
Västmanlands	63,3	21,5	84,8	25,4	21,9	18,6	40,5	45,9	3,0	8,1	11,1	73,0
Kopparbergs	69,6	20,8	90,4	23,0	24,2	16,6	40,8	40,7	4,8	8,9	13,7	65,0
Gävleborgs	68,2	18,2	86,4	21,1	22,6	16,3	38,9	41,9	4,9	9,6	14,5	66,2
Västernorrland	68,4	15,1	83,5	18,1	21,7	14,7	36,4	40,4	4,2	7,7	11,9	64,7
Jämtlands	80,6	19,2	99,8	19,2	29,3	16,2	45,5	35,6	4,0	5,9	9,9	59,6
Västerbottens	83,4	16,7	101,1	16,5	27,9	13,6	41,5	32,8	5,6	6,7	12,3	54,5
Norrbottens	65,4	20,0	85,4	23,4	26,5	16,9	43,4	38,9	3,9	8,5	12,4	68,5
Riket	71,7	19,4	91,1	21,3	24,8	16,9	41,7	40,5	4,4	8,8	13,2	66,7

Källa: Primärmaterial från socialstyrelsen.

Det kan emellertid även vara av intresse att studera variationerna i graviditetsfrekvens mellan olika län och i vilken utsträckning graviditeter fullföljs. Samspelet mellan inträffade graviditeter, faktisk fruktsamhet och andelen avbrutna graviditeter kan uttrycka mer än enbart uppgifter om abortfrekvensen. Man kan nämligen utgå ifrån att beredskapen att fullfölja ett havandeskap är olika i länen: det återstår dock att se i vad mån en sådan trend återfinns i de enskilda åldersgrupperna.

Den högsta *graviditetsfrekvensen* i åldersgruppen 15–19 återfanns 1981 i Göteborgs kommun (46 ‰). Ytterligare tre områden redovisade en frekvens över 40 ‰; lägst av samtliga låg Västerbotten med 24,7 ‰. Gotland hade den högsta *fruktsamheten* bland rikets tonåringar med 19,6 ‰. Västerbottens län, som hade den lägsta graviditetsfrekvensen, låg tämligen följdriktigt även lägst i frågan om fruktsamhet.

Andelen avbrutna graviditeter var högst i storstadsområdena, varför deras höga graviditetsfrekvens ej medförde någon hög fruktsamhet. Karaktäristiskt för tonårsgruppen är att i samtliga län – Gotland och Kristianstad undantagna – avbryts mer än hälften av alla alla inträffade graviditeter med abort.

I tonårsgruppen leder en hög graviditetsfrekvens i regel till en hög abortfrekvens och en stor andel avbrutna graviditeter – inte till någon anmärkningsvärt hög fruktsamhet. Man tycker sig finna samma enkla samband i de län som har en låg frekvens tonårsborter – där blir tonåringarna mera sällan gravida.

I åldersgruppen 20–24 år är naturligtvis *graviditetsfrekvensen* och fruktsamheten avsevärt högre än i föregående åldersintervall. Samtidigt avbryts relativt sett betydligt färre havandeskap av abort. Graviditetsnivån var allra högst i Norrbottens och Blekinge län: 137,9 resp 134,8 ‰. Göteborgs kommun och Jämtlands län låg lägst med 103,8 resp 105,2 ‰. Variationerna mellan de 24 länen är således ganska stora. Mest iögonfallande är skillnaden mellan de båda länen längst i norr.

I denna åldersgrupp har aborterna betydligt mindre inverkan på *fruktsamheten*. Det är därför helt följdriktigt att påträffa det högsta värdet för Blekinge: 117,4 ‰. Därpå följer Skaraborgs (112,7) och Kristianstads län (111,0). Storstadsområdena har inte oväntat den lägsta fruktsamheten i detta åldersband. I dessa var även *andelen avbrutna graviditeter* som högst. Det är belysande att denna för Stockholms län uppgick till drygt 35 %, medan motsvarande andel för Blekinge län blott nådde 12,9 %. Iakttagelserna för det sistnämnda länet är även giltiga för de övriga län i Götaland som hade låg abortfrekvens.

I dagens Sverige kulminerar barnafödandet i åldersgruppen 25–29 år, eller för att vara mera exakt, vid 27,8 års ålder (1980). Som tydligt framgår av tabell 8:10 når samtliga län sina högsta graviditets- och fruktsamhetstal i denna åldersgrupp. Abortfrekvensen är genomgående lägre än i åldern 20–24 år, vilket indirekt illustrerar att det tycks finnas en norm enligt vilken det är lämpligast att skaffa barn i de sena 20-åren. Hallands län låg 1981 högst av samtliga 26 redovisningsområden såväl ifråga om frekvensen inträffade graviditeter som fruktsamhet (158,4 resp. 141,1 ‰). Ett likartat mönster fanns i flera andra län. Lägst var graviditets- och fruktsamhetsnivån i storstadsområdena. Där var även, liksom i tidigare åldersgrupper, andelen

avbrutna graviditeter högre än i andra delar av landet.

I början av 30-årsåldern avtar frekvensen graviditeter, fruktsamhet och aborter och mönstret är genomgående för hela riket. Anmärkningsvärt är dock att Stockholms och Uppsala län nu endast överträffas av Västerbottens län ifråga om graviditetsnivån; de båda förra har dessutom jämfört med övriga områden ganska hög fruktsamhet. Här ser vi spåren av att särskilt storstadsmänniskor i många fall väntar med att skaffa barn.

1981 var graviditets- och fruktsamhetsnivån i åldern 30–34 år lägst i Örebro län.

Även i åldersgruppen 35–39 spelar storstadsområdena en framträdande roll med höga siffror i alla tabellkolumner. Liksom tidigare återfinns den lägsta graviditets- och abortnivån i Götaland, men generellt sett börjar nu skillnaderna mellan de olika redovisningsområdena att avta.

I den äldsta åldersgruppen förekommer mycket små variationer ifråga om fruktsamhet (för Gotlands del torde det vara fråga om en tillfällig variation som "förstoras" i statistiken p.g.a. länets låga invånarantal). Stockholms och Uppsala läns höga graviditets- och aborttal är dock statistiskt säkra och karaktäristiska inslag i bilden. En mycket stor andel av graviditeterna avbryts i samtliga län: i regel 60–70 %. Detta speglar tydligt dagens fruktsamhetsnorm – man vill i allmänhet ej skaffa barn när man kommit upp i 40-årsåldern.

8.8.4 Abortstatistik på kommunnivå

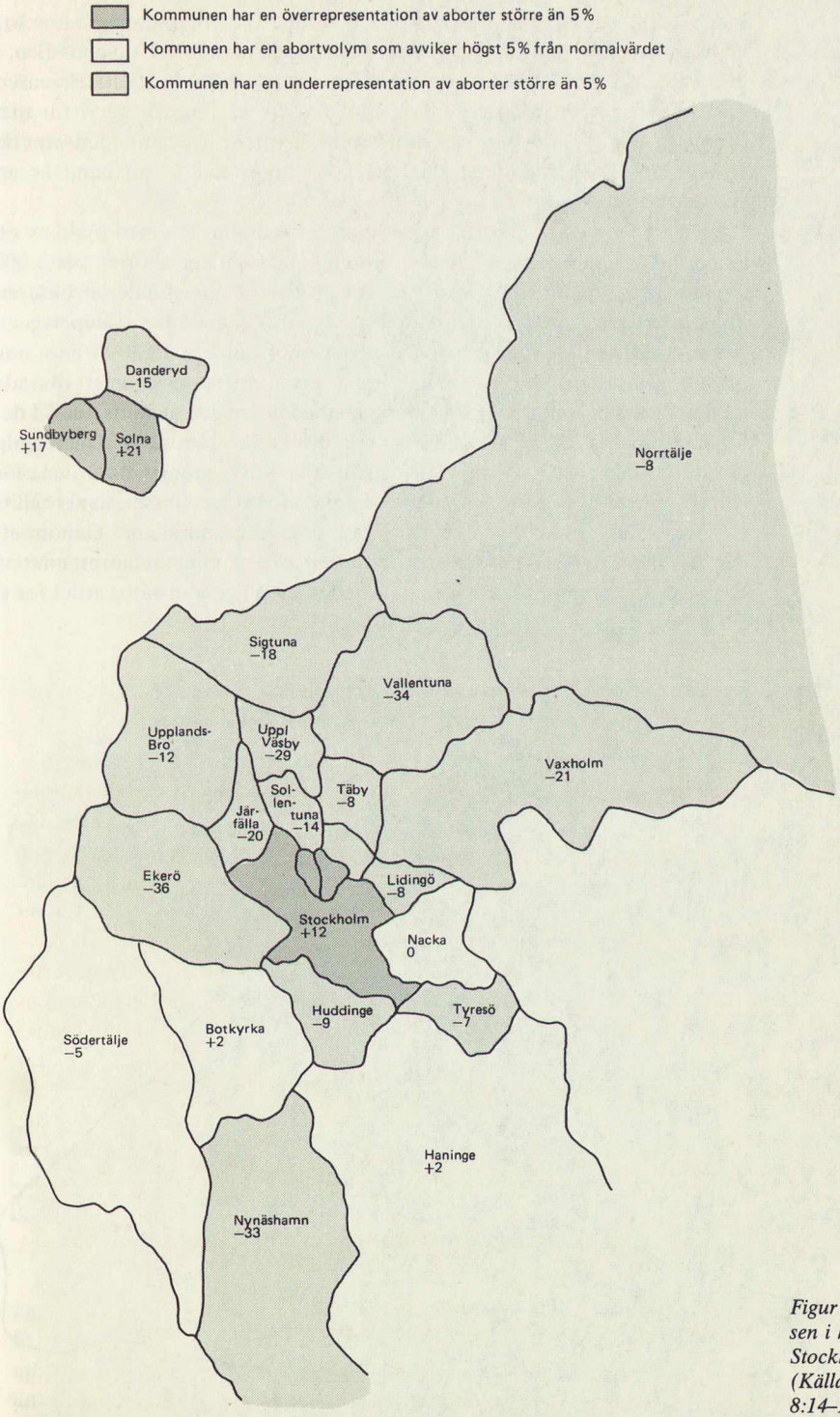
Inledning

I föregående avsnitt kunde vi observera ganska stora skillnader i abortfrekvens mellan de olika redovisningsområden som förekommer i socialstyrelsens abortstatistik. Att variationerna även kunde vara stora inom ett län illustrerades av abortfrekvensen i Malmö och Göteborgs kommuner, som tydligt avvek från siffrorna för Malmöhus resp. Göteborgs och Bohus län. Lokala skillnader av denna typ är dessutom sedan länge kända från studier avseende t.ex. fruktsamheten.

Som tidigare nämnts innehåller emellertid inte nuvarande abortrapportering, bortsett från Malmö och Göteborgs kommuner, uppgift om patientens hemkommun, något som skulle möjliggöra en mera geografiskt differentierad abortstatistik. Med en sådan skulle sjukvårdshuvudmännen få ett bättre planeringsunderlag t.ex. beträffande behovet av preventivmedelsrådgivning och utåtriktat abortförebyggande arbete. För att illustrera detta ska vi i det följande ge några exempel på vad som kan visas av en detaljerad abortstatistik för kommuner. Urvalet omfattar Stockholms, Jämtlands, Kopparbergs och Örebro län. Det hade givetvis varit av intresse att även redovisa kommunvisa abortdata från ett sydsvenskt län med mycket låg abortfrekvens, men sådana uppgifter har ej stått att få.

Stockholms län

Stockholms län har sedan länge den högsta abortfrekvensen per 1 000 fertila kvinnor i riket. Bakom den siffra som redovisas för 1981 (26,9 ‰) döljer sig stora skillnader mellan de i länet ingående kommunerna. Där finns

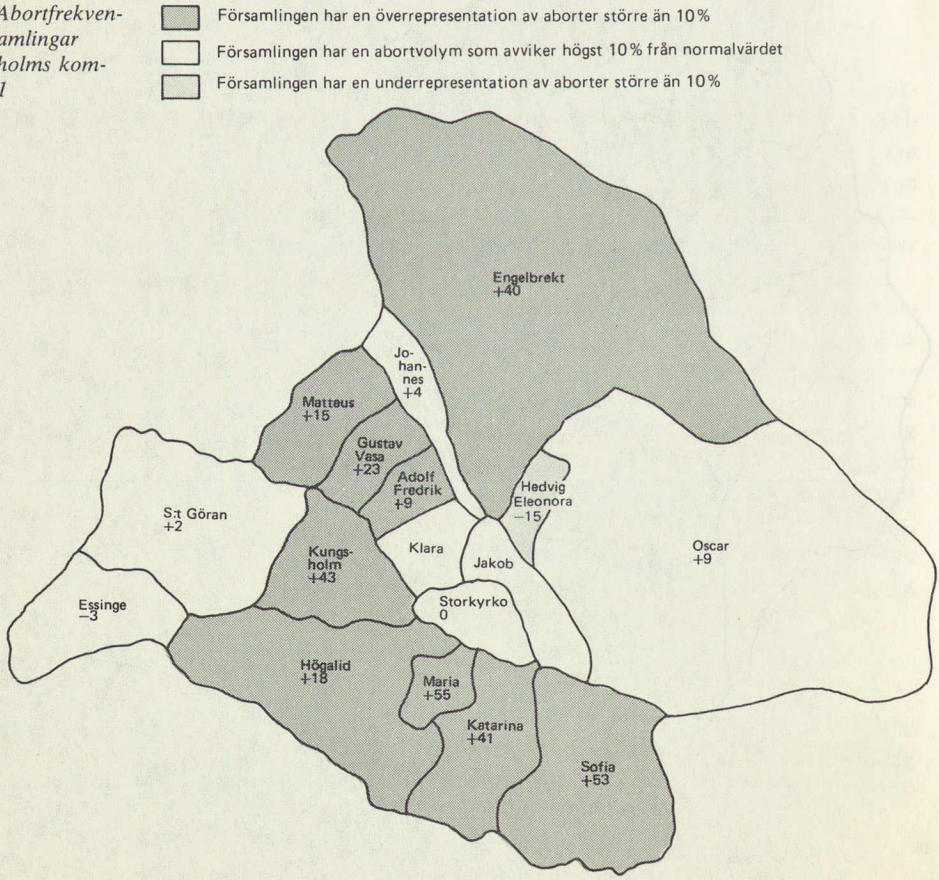


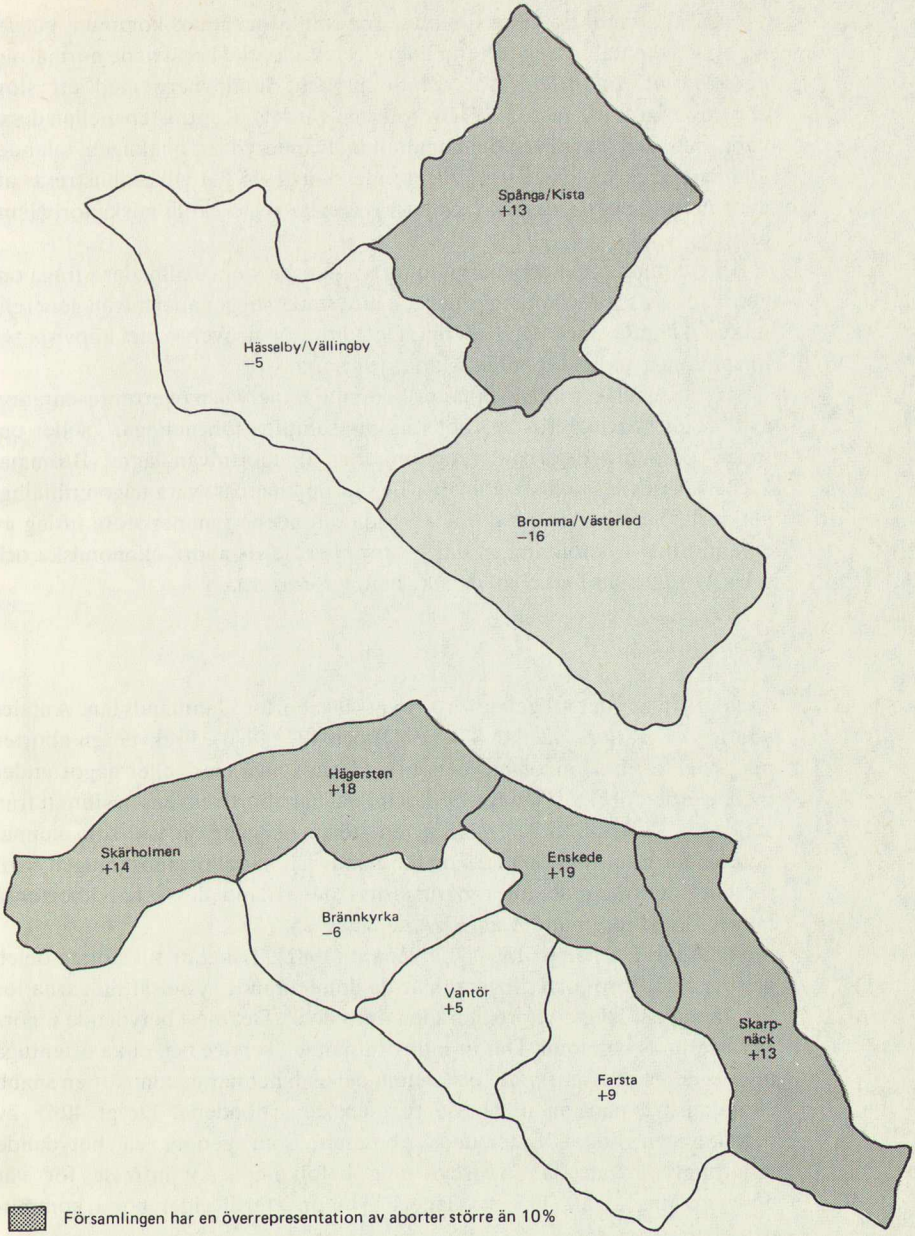
Figur 8:14 Abortfrekvensen i kommunerna i Stockholms län 1981 (Källa till figurerna 8:14–16: Stockholms läns landsting)

kommuner med en abortfrekvens under riksmedelsvärdet: Ekerö, Nynäshamn, Järfälla, Upplands Väsby och Vallentuna. Vidare finns några som har en frekvens nära rikets: Danderyd, Sigtuna, Sollentuna och Upplands-Bro. I de återstående bor större delen av länets invånare och där är abortfrekvensen i några fall betydligt högre än rikssiffrorna. Allra högst ligger i tur och ordning Solna, Sundbyberg och Stockholms kommun. Så har bilden varit de senaste åren, vlket understryker att höga aborttal i första hand är en storstadsföreteelse.

Vi ska även belysa abortmönstret inom Stockholms län med hjälp av en annan beräkningsmetod. När man arbetar med antalet aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder som gjordes här ovan, kan nämligen åldersstrukturen inom intervallet 15–44 år inverka på resultaten. Sålunda får exempelvis en kommun/församling med en stor andel kvinnor i åldern 15-30 år nära nog undantagslöst fler aborter, och därmed högre abortfrekvens, än ett område med lika många kvinnor i fertil ålder men med högre genomsnittsålder. I det följande används därför s.k. åldersstandardiserande aborttal, dvs. med hjälp av normalfrekvensen aborter i varje åldersintervall (genomsnittsvärdena för länet) applicerad på resp. områdes kvinnor i olika åldersklasser, har erhållits ett "förväntat" antal aborter i de olika redovisningsområdena. Genom att därefter jämföra *förväntat* och *verkligt antal aborter* får man sedan ett mått på hur t.ex. en kommuns abortsiffror förhåller sig till genomsnittsvärdet för (i detta fall) det egna länet.

Figur 8:15 Abortfrekvensen för församlingar inom Stockholms kommun år 1981





Figur 8:16 Abortfrekvensen för församlingar inom Stockholms kommun år 1981

Beräkningar av denna typ görs varje år vid Stockholms läns landsting. Av figurerna 8:14–16 är det uppenbart att den höga abortfrekvens som redovisas för länet som helhet, i första hand hänför sig till Storstockholms-området. De mera glesbefolkade kommunerna med en annan socio-ekonomisk struktur än själva storstadsområdet, redovisar i flera fall betydande abortunderskott i förhållande till normalvärdet för länet. Till denna grupp hör bl.a, Ekerö, Nynäshamn, Vallentuna och Upplands Väsby.

Går vi däremot till kranskommunerna runt Stockholms kommun, påträffas ett abortantal som motsvarar eller överskrider det beräknade normalvärdet. Därvid framträder särskilt Solna och Sundbyberg med ett stort abortöverskott (21 resp. 17 % över normalvärdet). Kontrasten mellan dessa båda och den angränsande kommunen Danderyd är onekligen talande; Danderyd redovisar ett stort abortunderskott (–15 %) vilket illustrerar att abortutvecklingen i viss utsträckning avspeglar socio-ekonomiska förhållanden.

Även inom Stockholms kommun finns ganska stora skillnader i fråga om abortfrekvens. I församlingarna i den inre staden ligger abortnivån generellt sett högt jämfört med länet i övrigt. Det allra största överskottet uppvisar två församlingar på Södermalm: Maria och Sofia.

I de yttre delarna av Stockholms kommun finner vi en överrepresentation av aborter i Spånga/Kista, samt i nästan samtliga församlingar "söder om söder". I andra delar av förortsområdet är abortnivån lägre: Bromma/Västerled och Hässelby/Vällingby. Det torde knappast vara någon tillfällighet att boendeformerna i de sistnämnda områdena rymmer stora inslag av enfamiljshus – befolkningen där lever under delvis andra ekonomiska och sociala villkor än i vissa av de s.k. betongförorterna.

Jämtlands län

Sedan 1975 har det årligen utförts drygt 400 aborter i Jämtlands län. Antalet aborter har varierat mellan 427 (1982) och 497 (1980). Frekvensen aborter per 1 000 fertila kvinnor har hela tiden legat i nivå med, eller något under medelvärdet för riket. Under 1981 och 1982 har abortfrekvensen sjunkit från 19,7 % (1980) till 16,7 % (1982), en större nedgång än vad som kunnat noteras för riket som helhet. För Jämtlands län har abortminskningen varit särskilt framträdande för tonåringarnas del. Bland dessa har aborterna minskat med inte mindre än 37 % sedan 1975.

Jämtlands län har ca 135 000 invånare (1981). Länet är till största delen glesbygd där jord- och skogsbruk är de dominerande sysselsättningarna för befolkningen. Några tätortsområden finns dock. Det mest betydande utgörs av Östesunds kommun. Där är industri, handel, service och olika offentliga myndigheter koncentrerade och denna del av länet har genomgått en snabb ekonomisk expansion under de två senaste årtiondena. Drygt 40 % av befolkningen bor i Östersunds kommun, som genom en betydande inflyttning fått en jämförelsevis ung befolkning. Av intresse för vår undersökning är att 49 % av länets kvinnor i fertil ålder bor i kommunen.

Länet består sammanlagt av 8 kommuner, varav flera är mycket stora till ytan. Störst är Härjedalens kommun, som omfattar ett helt landskap.

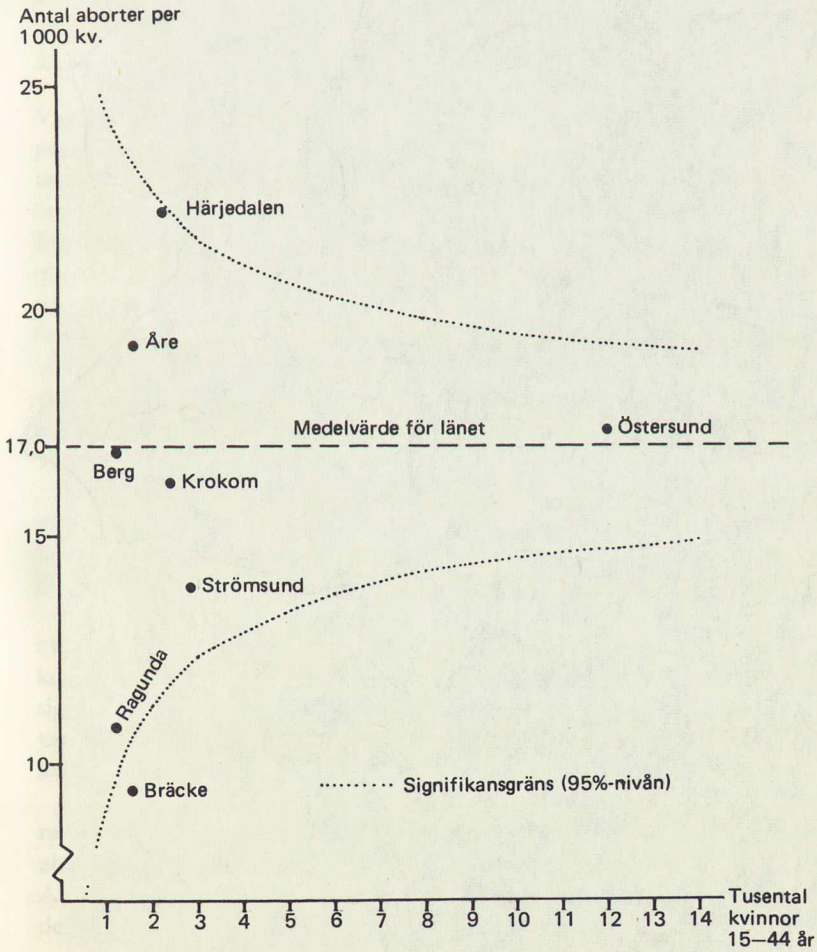
Inte förrän under 1981 tycks man på allvar har blivit uppmärksam på de ganska stora regionala variatoner i abortmönstret som förekommer i länet. Då presenterade överläkare Göran Swedin, aktiv inom landstingets samlevnadsprojekt, statistik över p-rådgivningsbesök och aborter för länets kommuner.

Kännetecknande för de senaste årens abortutveckling i länet har varit den jämförelsevis höga abortnivån i Härjedalens och Åre kommuner. Det bör

visserligen påpekas att man i båda fallen rör sig med små populationer, men denna tendens har rått under flera år och för Härjedalens del avviker siffrorna signifikant (95 %-nivån) från länets abortfrekvens (figur 8:17). Antalet aborter per 1 000 fertila kvinnor är sålunda inte störst i den mest urbaniserade och industrialiserade delen av länet, Östersunds kommun.

Österunds kommun hade 1981 en abortfrekvens nära länsmedelvärdet medan fruksamheten var bland de lägre i länet (50 ‰). Här syns ånyo det typiska mönstret för ett urbant område med en differentierad arbetsmarknad och med en hög kvinnlig förvärvsfrekvens. Bergs och Krokoms kommuner hade liksom under de närmast föregående åren en abortutveckling liknande länets.

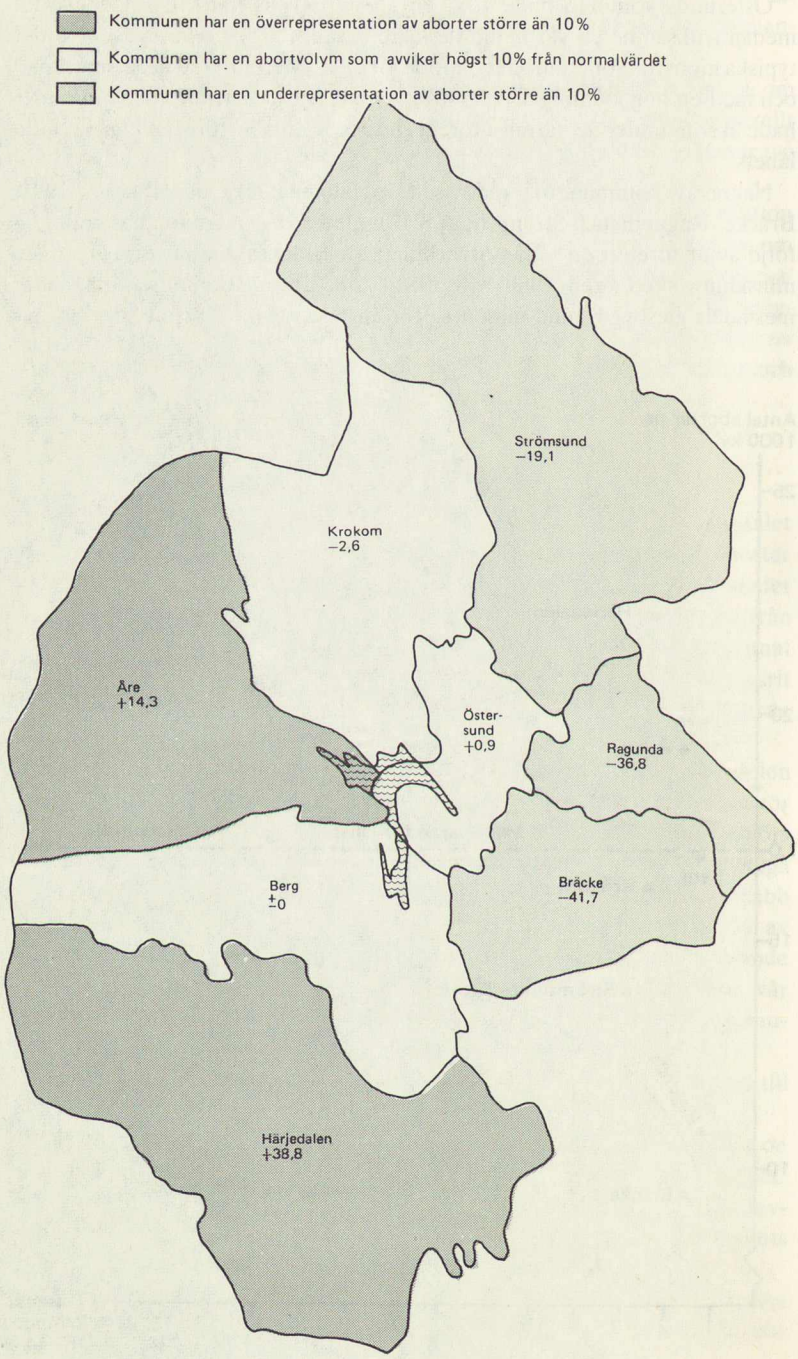
Några av kommunerna redovisade påfallande låga aborttal för 1981: Bräcke, Ragunda och Ström (figur 8:17). De båda sistnämnda har under en följd av år företett en sådan utveckling; för Bräckes del har en betydande minskning skett åren 1980 och 1981. Alla dessa kommuner innehåller mestadels glesbygd, med undantag för enstaka större tätorter som Ström-



Figur 8:17 Antal aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år i kommunerna i Jämtlands län 1981

sund, Hammarstrand (i Ragunda) och Bräcke. Bräcke och Ström har en väl utbyggd p-rådgivning till skillnad från Ragunda.

Vi har även beräknat åldersstandardiserade aborttal för länet, vilka har bekräftat de ovangjorda iakttagelserna (figur 8:18). Bräcke uppvisar det



Figur 8:18 Abortfrekvensen inom kommuner i Jämtlands län

största abortunderskottet (–41,7 %) medan Härjedalen svarar för det största överskottet gentemot normalvärdet (+38,8 %).

Den högsta abortfrekvensen i Jämtlands län återfanns sålunda i två glesbygdskommuner, som eljest är mest bekanta för sina många turistorter. Enligt uppgift från G. Swedin är det emellertid inte kvinnor från turistorterna som svarar för de flesta aborterna i de aktuella kommunerna, vilket bl.a. påstods i massmedia när den kommunvisa abortstatistiken offentliggjordes.

Den kommunvisa abortstatistiken gav de ansvariga inom landstingets förebyggande hälsovård viktig information om var det behövdes särskilda satsningar. Samtidigt ställdes man inför motsägelsefulla fakta som att Härjedalen kunde uppvisa en väl utbyggd preventivmedelsrådgivning (mer än 500 rådgivningsbesök/1 000 kvinnor) medan motsvarande siffror för Åre endast var hälften så höga. Vidare befanns att fruktsamheten under de senaste åren varit betydligt högre i Åre än i Härjedalens kommun. En enkel summering ger därför vid handen att graviditetsfrekvensen är hög i Åre – högst i Jämtlands län 1981. Däremot är frekvensen graviditeter jämförelsevis låg i Härjedalen. Likheterna i de båda kommunernas aborttal avspeglar därför ej samma bakomliggande faktorer.

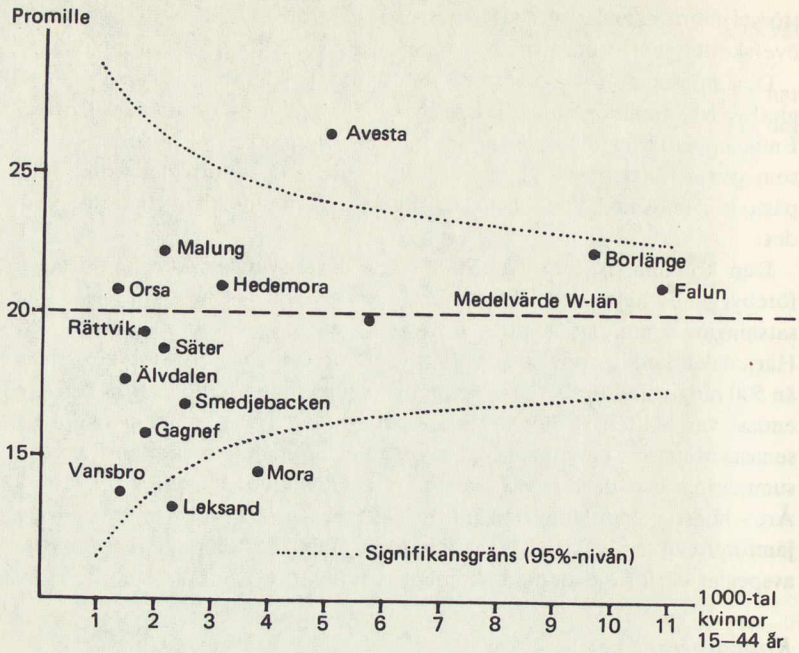
Kopparbergs län

Vid årskiftet 1981/82 uppgick folkmängden i Kopparbergs län till 286 482 personer. Länet består av 15 kommuner, varav Falun med sina drygt 50 000 invånare är den befolkningsmässigt största. Huvudparten av befolkningen bor eljest i länets södra del i gruv-, järn- och stålkommunerna Avesta, Borlänge, Hedemora, Ludvika och Smedjebacken. I andra delar av länet spelar jord- och skogsbruk, tillverkningsindustri samt turism en viktig roll i näringslivet. Enligt länsstyrelsens länsrapport 1982 har arbetsmarknaden försämrats inom de flesta näringsgrenar beroende på struktur- och konjunkturproblem i länets industri i kombination med de besparingsåtgärder som vidtagits inom den offentliga sektorn. Härtill kan bara fogas att det förekommer brist på arbetstillfällen för kvinnor särskilt i länets industrikommuner.

1981 återfanns Kopparbergs län på sjätte plats bland länen i fråga om antalet aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Siffran 20,1 var något över medelvärdet för riket, vilket även var fallet 1980. Även fruksamheten var högre än riksgenomsnittet (57,8 ‰).

Flertalet industrikommuner redovisade 1981 en abortfrekvens i närheten av, eller högre än medelvärdet för Kopparbergs län. Allra högst låg Avesta kommun med 26,4 aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år, vilket innebar en signifikant skillnad i förhållande till medelvärdet för länet. Abortfrekvensen var lägst i Leksand, Vansbro och Mora med 13–14 aborter per 1 000 fertila kvinnor (figur 8:19).

Liksom beträffande de föregående länen, har vi gjort åldersstandardiserade beräkningar av de olika kommunernas avvikelser från den "normala" abortfrekvensen för länet. Som framgår av figur 8:20 uppvisade 1981 endast Avesta, Borlänge och Malung något mera betydande abortöverskott. I stora delar av centrala och norra Kopparbergs län förekom istället ett avsevärt



Figur 8:19 Antal aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år i kommunerna i Kopparbergs län år 1981

abortunderskott: Vansbro, Gagnef, Leksand, Mora och Älvdalen. Med undantag för Mora har dessa komuner ett lågt invånarantal, varför den låga abortnivån inte i någon högre grad återverkar på länssiffrorna.

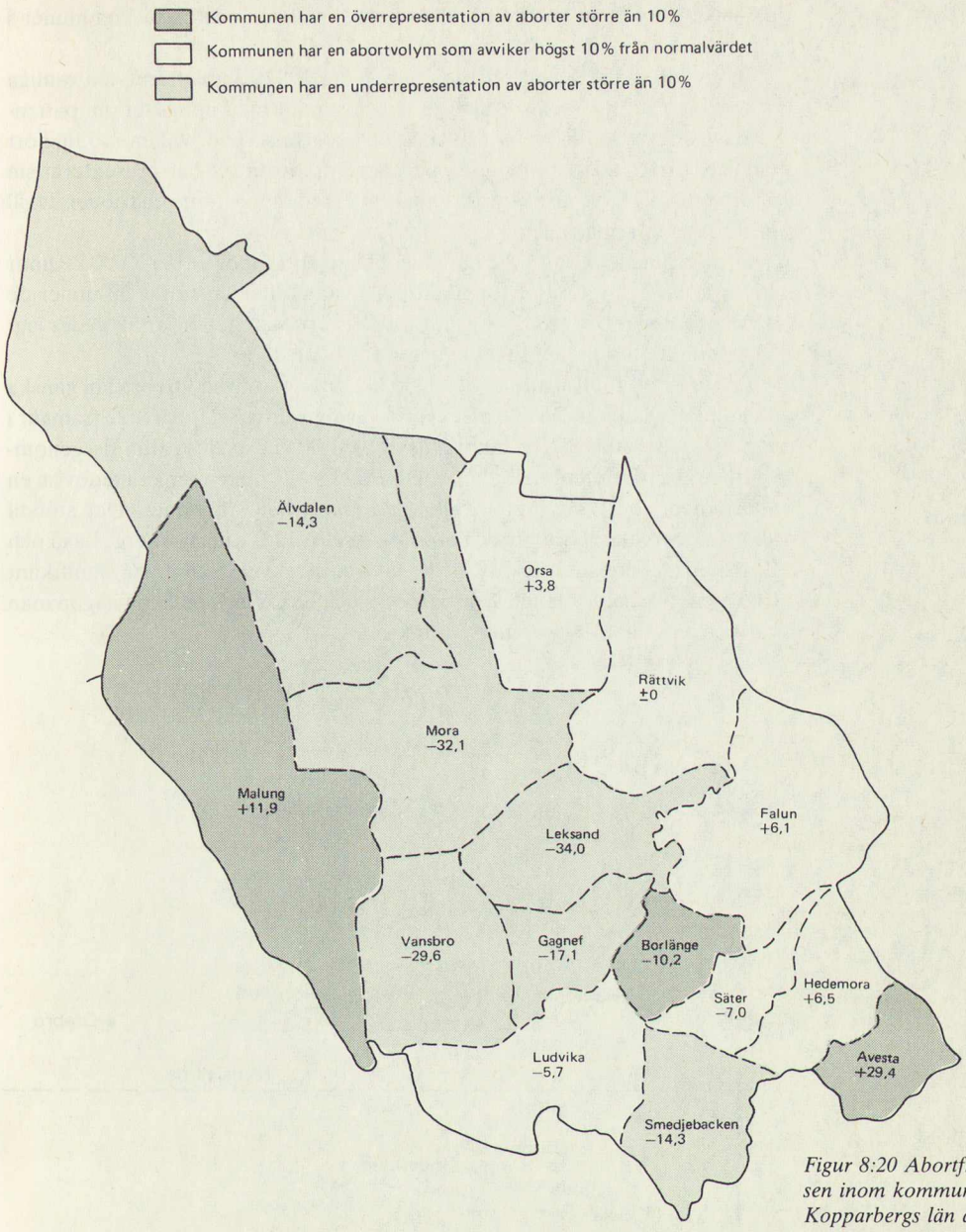
Tittar vi litet närmare på abortmönstret i Avesta kan man konstatera att de höga talen återfinns i samtliga åldersband. Mest markant är den höga frekvensen aborter bland tonårsflickorna (35,1 ‰ och bland kvinnor 35–39 år (24,0 ‰). Frekvensen inträffade graviditeter var i Avesta 83 per 1 000 fertila kvinnor. Detta är i stort sett i nivå med Säter, Smedjebacken, Älvdalen, Borlänge, Ludvika och Hedemora. Benägenheten att göra abort var emellertid större bland kvinnorna i Avesta. Den högsta graviditetsfrekvensen redovisade Orsa kommun, som till följd av den medelhöga abortnivån därför även toppade fruktsamhetsstatistiken för länets kommuner.

Leksands kommun avviker rätt markant från de övriga kommunerna i Kopparbergs län genom att uppvisa såväl den lägsta abort- som fruktsamhetsnivån.

Den mycket låga graviditetsfrekvens som detta statistiskt sett bottnar i gäller samtliga åldersgrupper. Mest framträdande är dock den låga frekvensen tonårsgraviditeter/aborter och i detta avseende är det stor skillnad mellan Leksands och t.ex. Avesta och Borlänge kommuner.

Örebro län

Vid årsskiftet 1981/82 bodde 273 712 personer i Örebro län. Antalet kvinnor i åldern 15-44 år uppgick till 54 684. Länet är uppdelat i 11 kommuner, varav Örebro kommun har det särklassigt största invånarantalet och det mest



Figur 8:20 Abortfrekvensen inom kommuner i Kopparbergs län år 1981

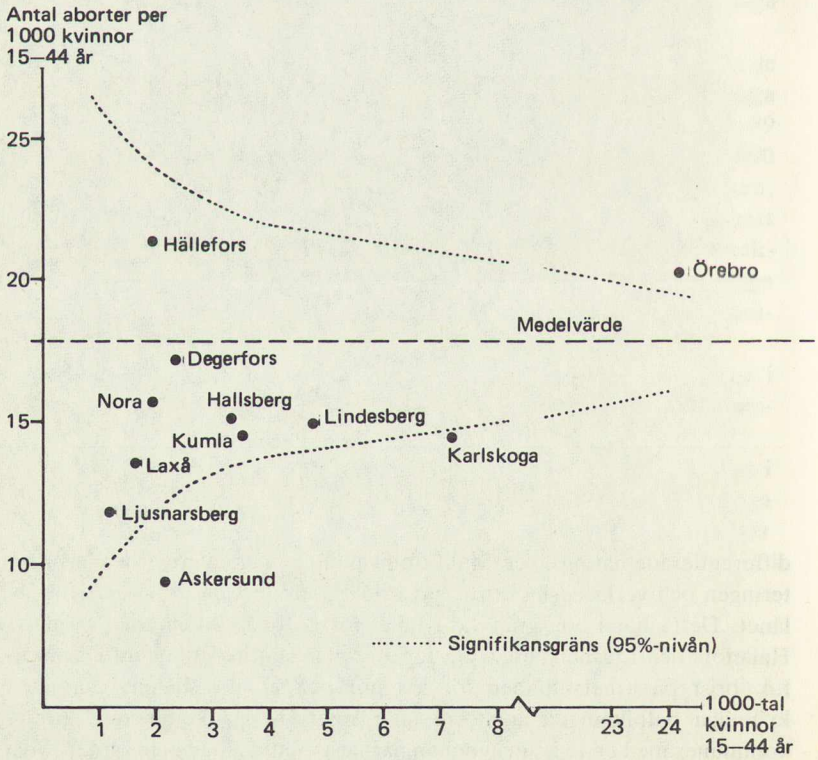
differentierade näringslivet. Stukturomvandlingen inom gruv- och järnhanteringen och verkstadsindustrin har i hög grad återverkat i stora delar av länet. Detta har i hög grad varit fallet för de båda kommunerna i norr, Hällefors och Ljusnarsberg, som förlorat många arbetstillfällen. Där finns f.ö. brist på arbetstillfällen för kvinnor och arbetslösheten bland den kvinnliga befolkningen är större än i länets övriga kommuner. Andra kommuner med en i viss mån annan näringsstruktur, men med samma brist

på särskilt kvinnliga arbetstillfällen är Askersunds och Laxå kommuner i länets södra del (*Länsplanering* 1982).

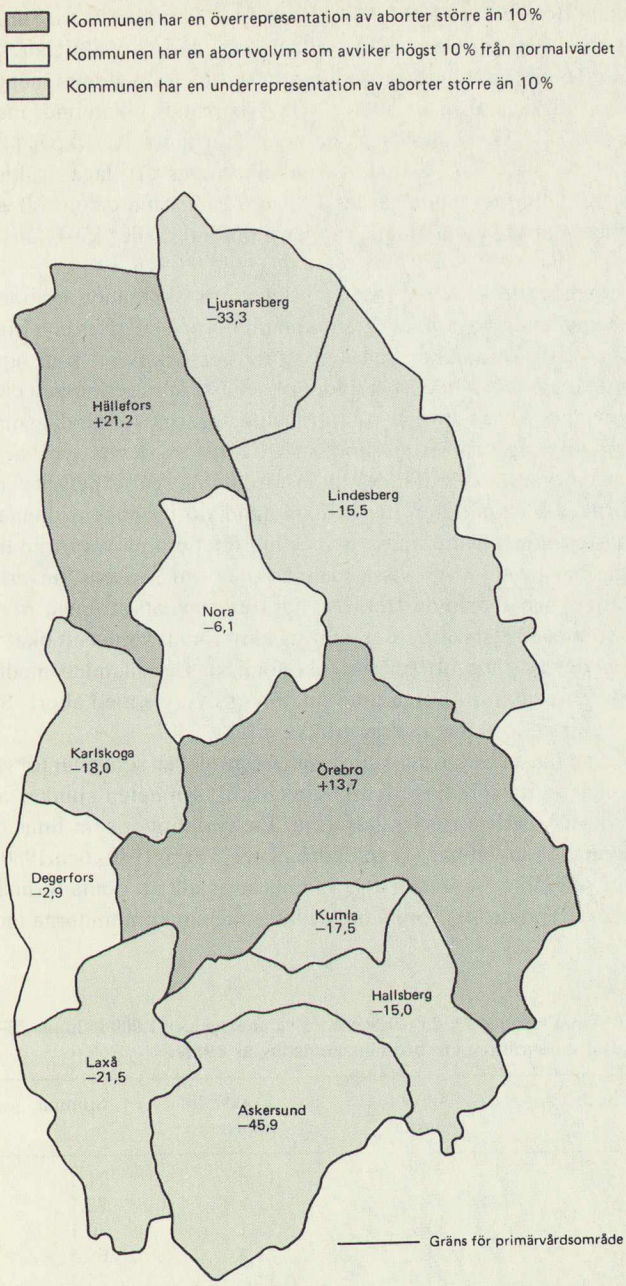
Inom Örebro läns landsting har man under 1981 kompletterat den vanliga abortrapporteringen på socialstyrelsens formulär med uppgifter om patienternas hemort. Detta har gjorts med en geografisk kod, vilken möjliggjort datamaskinell bearbetning av uppgifterna. Landstinget har presenterat sin abortstatistik i form av en kortfattad stencilerad rapport som distribuerats till berörda befattningshavare.

Örebro län har sedan 1976 haft något färre antal aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år än genomsnittet för riket. 1981 var skillnaden större än under de närmast föregående åren: 17,9 mot 19,6 ‰. Fruksamheten var likaledes låg: 53,1 levande födda per 1 000 kvinnor 15–44 år.

Liksom våra tre tidigare undersökta län, uppvisar även Örebro län ganska stora lokala skillnader i abortfrekvens. Av figurerna 8:21 och 8:22 framgår i vad mån de enskilda kommunernas abortfrekvens avviker från de genomsnittliga abortfrekvensen för länet. De allra flesta kommuner kan redovisa en abortvolym som klart understiger "normalvärdet" för länet. Det största abortunderskottet har i tur och ordning Askersund, Ljusnarsberg, Laxå och Karlskoga. Askersunds och Karlskogas abortfrekvens skiljer sig signifikant från medelvärdet för länet; Ljusnarbergs och Laxås låga tal kan i någon mån vara påverkade av slumpmässiga faktorer.



Figur 8:21 Antal aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år i kommunerna i Örebro län år 1981



Figur 8:22 Abortfrekvensen inom kommuner/primärvårdsområden i Örebro län år 1981

Endast Örebro och Hällefors kommuner redovisade överskott av aborter. Örebros signifikant högre abortfrekvens än länsmedelvärdet är inte förvånande, utan ligger helt i linje med vad vi funnit beträffande industrialiserade och urbaniserade områden i Sverige. Däremot synes mönstret vara mera komplicerat för Hällefors del. Kommunen, som uppvisade det största

abortöverskottet i länet (+21,2 %), avvek dock inte signifikant från länets abortfrekvens, varför vi bör nalkas siffrorna med viss försiktighet.

Fruktsamheten var högre än länsgenomsnittet i sju kommuner (tabell 8:11). Allra högst låg Ljusnarsbergs och Askersunds kommuner med 63,9 respektive 60,2 ‰. Den lägsta fruktsamheten återfanns i Karlskoga (43,0 ‰) och Hällefors (47,1 ‰). Karlskogas anmärkningsvärt låga fruktsamhet avviker signifikant från medelvärdet för länet. En närmare kontroll visar att fruktsamheten är låg i alla åldersgrupper inom intervallet 15–44 år i denna kommun.

I det föregående kunde vi se ganska stora skillnader i abort- och fruktsamhetsmönstret för de två grannkommunerna Hällefors och Ljusnarsberg. Dessa båda kommuner kan i ett större perspektiv ses som representanter för de regioner i landet som under de senaste åren genomgått en snabb strukturomvandling i anslutning till rationaliseringarna och nedläggningarna inom gruvhantering och järn/stålindustri. I orter av denna typ har man i allmänhet en ganska traditionell könsfördelning på arbetsmarknaden: gruvan, bruket eller fabriken har i första hand varit männens domäner.

De senaste årens ogynnsamma utveckling för flera av våra traditionella basnäringar har även lett till vissa spekulationer om "krisens" inverkan på barnafödandet och abortmönstret. Det har t.ex. hävdats att unga arbetslösa kvinnor i brist på förvärvsarbete skaffat sig barn för att känna ett ökat värde. Vidare har det påståtts att otrygga ekonomiska förhållanden medför att oplanerade graviditeter i högre grad än annars avbryts med abort. Samma "orsak" skall således kunna ge helt olika effekt.

På riks- eller länsnivå kan man inte finna några tecken som talar för vare sig den ena eller andra tolkningens riktighet. Fruktsamheten sjunker alltfort bland de yngsta, liksom tonårsaborterna. De variationer som finns mellan länen i dessa avseenden har i regel äldre rötter, varav 1970- och 1980-talets utveckling bara låter oss ana en del. Samma är av allt att döma förhållandet beträffande de variationer som kan påträffas mellan kommunerna inom ett

Tabell 8:11 Antal levande födda och verkställda aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år i primärvårdsområden inom Örebro läns landsting år 1981

Primärvårdsområde	Levande födda	Verkställda aborter	Summa
Laxå	57,5	13,6	71,1
Hallsberg	57,0	15,1	72,1
Degerfors	53,1	17,1	70,1
Hällefors	47,1	21,4	68,5
Ljusnarsberg	63,9	11,8	75,7
Örebro	53,9	20,3	74,2
Kumla	52,3	14,6	66,9
Askersund	60,2	9,4	69,6
Karlskoga	43,0	14,5	57,5
Nora	59,4	15,7	75,1
Lindesberg	53,6	15,0	68,6
Örebro	53,1	17,9	71,0

Källa: Statistik från Örebro läns landsting

län. Dagens mönster är resultat av en långsiktig utveckling, som bör ses mot bakgrunden av socio-ekonomiska och kulturella förhållanden.

Hur stora variationerna kan vara mellan två grannkommuner med till synes likartade strukturella problem, belyses av våra två typkommuner Hällefors och Ljusnarsberg. Varför "reagerar" inte människorna lika ifråga om barnafödande och fullföljande av graviditeter när de ekonomiska framtidsutsikterna är dystra? Sålunda visar det sig att fruktsamheten är betydligt högre i Ljusnarsberg än i Hällefors i samtliga åldersband utom 40–44 år. Särskilt framträdande är skillnaden i åldern 20–34 år. Tonåringarnas abortfrekvens är däremot likartad i de båda kommunerna. I åldern däröver är emellertid aborterna betydligt mera frekventa i Hällefors. Skillnaderna i abort- och fruktsamhetsnivå visar sig till stor del bero på en högre graviditetsfrekvens i Ljusnarsberg; anledningen är således inte *enbart* den att kvinnorna i Hällefors oftare väljer abort när de blir gravida.

Utan tvivel är det av vetenskapligt intresse att närmare studera det reproduktiva mönstret i orter som de ovan nämnda och t.ex. använda sig av intervjuteknik. Hur ser män och kvinnor på familjebildning och barnfödande i en "krisort"? För vår del får vi nöja oss med att än en gång framhålla värdet av kommunvis information om fruktsamhet och aborter. Landstinget i Örebro län får genom sin statistik en indikation på att det kan behövas ökade abortförebyggande insatser i Hällefors.

9 Internationell översikt

9.1 Abortlagstiftningen i de nordiska länderna

Under de senaste 15 åren har ett stort antal länder reformerat sin abortlagstiftning, men fortfarande föreligger stora skillnader mellan olika länder på detta område (se del I, kapitel 2.2). De nordiska länderna har varit bland de första att liberalisera sina abortlagar.

År 1966 väcktes förslag i Nordiska rådet från danska, svenska och finska delegater om att söka få till stånd en enhetlig abortlagstiftning i Norden. Förslaget hade aktualiserats av de direktiv som givits 1965 års svenska abortkommitté, som pekade fram mot en radikal reformering av den svenska abortlagen. En ensidig svensk reform på detta område befarades kunna leda till abortresor av samma typ som de vid denna tid så omdiskuterade Polen-resorna. Nordiska rådets juridiska utskott tillstyrkte hösten 1966 förslaget och uttalade att en inbjudan till samarbete borde utgå från svensk sida till de övriga nordiska länderna, vilket sedermera även skedde. Inom ramen för detta samarbete tillsatte 1967 Danmark och Finland kommittéer med uppdrag att överväga frågan om deras respektive abortlagar borde ändras. Norge valde att som observatör följa arbetet, emedan man hyste tveksamhet mot att inleda en ny abortdebatt så snart efter det att man hade infört en ny abortlagstiftning (1964).

Som ett resultat av det nordiska samarbetet framlade de finska och danska kommittérna sina betänkanden rörande en liberaliserad abortlagstiftning i december 1968 respektive januari 1969. Kommittéernas förslag låg sedan till grund för de nya abortlagar som antogs och trädde i kraft under 1970. Den svenska abortkommittén avgav sitt betänkande Rätten till abort året därpå *(SOU 1971:58)*.

9.1.1 Danmark

1970 års danska abortlag innebar bl.a. att kvinnorna inte längre riskerade straff om de fick abort utförd i annan ordning än den som lagen föreskrev. Vidare behövdes ej längre i vissa fall tillstånd för abort. Så var fallet för kvinnor som fyllt eller skulle fylla 38 år innan de varit gravida mer än tolv veckor. Samma sak gällde kvinnor som hade fött minst fyra barn, vilka ännu var under 18 år och bodde hemma. Om abort var befogad av medicinska skäl, behövdes ej heller tillstånd inhämtas.

Tillstånd till abort kunde ges på medicinska, juridiska, humanitära,

eugeniska, socialmedicinska och sociala grunder. Lagen stadgade en tidsgräns för abort vid tolfte veckan. Därefter krävdes särskilt tillstånd. Den myndighet som handhade tillståndsgivningen var mødrehjaelpens samråd. I detta ingick en kurator och två läkare. Avslagsbeslut kunde sedan överklagas till central nämnd *(SOU 1971:58)*.

Redan 1973 fick Danmark en ny och mera liberaliserad abortlagstiftning. Enligt lagen som trädde i kraft 1 oktober 1973 kan en kvinna utan särskilt tillstånd få abort före utgången av den tolfte havandeskapsveckan. I sådana fall kan kvinnan vända sig direkt till en läkare eller mödrahjälpsinrättning. Efter tolfte veckan krävs i princip tillstånd för abort och sådant ges om de indikationer som lagen upptar är uppfyllda. Dessa är i princip de samma som dem som ingick i 1970 års danska abortlag, och tillstånd till abort efter tolfte veckan ges av mødrahjaelpens samråd. 97 % av abortingreppen sker före utgången av tolfte veckan, varför det i de allra flesta fall är kvinnorna själva som beslutar om abort.

Sedan 1972 erhålles i Danmark kostnadsfri preventivmedelsrådgivning, detta vare sig man besöker privatpraktiker, vilket är vanligast, eller en offentlig klinik. Patienterna får dock själva svara för kostnaderna för preventivmedel. Undantag från denna regel är livmoderinlägg (spiral), som sätts in kostnadsfritt. Användningen av spiral har ökat under senare år och 1978 såldes 67 000 i Danmark. Samma år använde var femte kvinna i fertil ålder p-piller (237 000). Vidare såldes 1978 14 100 pessarer och 16,9 miljoner kondomer i landet *(Nordisk Medicin* vol 95, 5/1980; *Tietze* 1981).

9.1.2 Finland

1970 års finska abortlag innebar inte någon egentlig förändring i fråga om den förutvarande abortlagstiftningens grundprinciper; abort var alltjämt förbjuden i strafflagen och de kvinnor som fick abort utförd i annan ordning än den som föreskrevs i de särskilda undantagsklausulerna, riskerade därför straff. En viktig nyhet var emellertid att de kvinnor som inte fyllt 17 år, eller som fyllt 40 år när de blivit havande, fick möjlighet att få abort utan särskilt tillstånd. Denna nya bestämmelse gällde även för de kvinnor som fött mer än fyra barn. I dessa fall räcker det med ett beslut av sjukhusläkaren.

I övrigt erfordrades särskilt tillstånd för att få abort, vilket kunde ges antingen av två läkare eller medicinalstyrelsen, om lagens indikationer var uppfyllda. Dessa var i princip likartade med dem som ingick i den dåvarande svenska och danska abortlagstiftningen. Den övre tidsgränsen för abortingrepp sattes t.o.m. 16:e havandeskapsveckan, men i vissa fall kunde tillstånd för abort ges upp till 20:e veckan. I en viktig passus i 1970 års finska abortlag föreskrevs att operation skulle ske i ett så tidigt graviditetsstadium som möjligt *(SOU 1971:58)*.

Genom ett riksdagsbeslut 1978 skärptes vissa tidsfrister i samband med abortingrepp. Förändringarna som trädde i kraft den 1 juli 1979 innebar bl.a. att den tidigare 16-veckorsgränsen sänktes till tolv veckor, både för aborter beslutade av en sjukhusläkare och sådana som utförs efter tillstånd av två läkare. Om havandeskap pågått över tolv men ej 20 graviditetsveckor, krävs medicinalstyrelsens tillstånd. Denna kan även ge tillstånd till abort om ett negativt läkarbeslut överklagats av kvinnan, liksom i det fall det finns skäl

förmoda att barnet skulle komma att vara psykiskt efterblivet eller riskera svår sjukdom eller kroppslyte.

Syftet med lagändringen var att man ville åstadkomma en ökning av andelen aborter verkställda före tolfte havandeskapsveckan. Utvecklingen har även gått i den riktning lagstiftaren eftersträvade: 1978 verkställdes knappt 83 % av aborterna före vecka tolv. Andra halvåret 1979 hade denna andel ökat till nära 91 %. Tendensen mot allt tidigare aborter återfanns i samtliga åldersgrupper. De finska siffrorna har sålunda i detta avseende närmat sig de svenska och danska. I Sverige och Danmark verkställs 95 % av aborterna senast i vecka tolv.

Genom den ökade andelen tidiga aborter blev ej antalet till medicinalstyrelsen inkomna abortansökningar så stort som abortmönstret före lagändringen indikerat. Under 1977 utfördes exempelvis 2 500 aborter i graviditetsvecka 13–16, varav de flesta alltså skulle ha krävt medicinalstyrelsebeslut efter 1 juli 1979. Antalet inkomna ansökningar stannade emellertid vid ca 1 000. 1980 beviljades 94,5 % av dessa *(Finlands officiella statistik XI:76 Hälsovård 1980; Information vid besök på medicinalstyrelsen, Helsingfors)*.

Sedan 1972 finns möjlighet att få kostnadsfri preventivmedelsrådgivning vid hälsovårdscentralerna. Preventivmedel bekostas av patienten själv, utom under en viss försöksperiod. Kondom är ännu den vanligaste antikonceptionsmetoden i Finland, men spiral uppges användas i ökad utsträckning. P-piller används av omkring 15 % av kvinnor i fertil ålder *(Nordisk Medicin* vol 95, 5/1980).

9.1.3 Norge

Den norska abortlagstiftningen som trädde i kraft 1964 överensstämde i stort med den dåvarande svenska. Abort var alltså i princip förbjuden, men kunde få utföras efter ett utredningsförfarande och efter beslut av två läkare på vissa i abortlagen angivna grunder. De norska läkarna var betydligt mer restriktiva än de svenska och ännu i början av 1970-talet avslogs varje år ca 20 % av abortansökningarna. En viss liberalisering av lagstiftningen trädde i kraft 1 januari 1976 när social indikation uttryckligen accepterades som skäl för abort.

1978 antog sedan Stortinget en ny abortlag som ger en kvinna rätt att själv besluta om abort intill utgången av tolfte graviditetsveckan. Denna lag trädde i kraft 1 januari 1979. För att få abort efter tolfte veckan erfordras tillstånd från en s.k. primärnämnd, vilken finns vid alla sjukhus där aborter utförs. Avslagna ansökningar kan överklagas hos en – likaledes lokal – klagenämnd. 1982 genomförde regeringen en utredning king erfarenheterna av den gällande abortlagen och det abortförebyggande arbetet. Utredningen utmynnade bl.a. i förslag till Stortinget om vissa smärre ändringar i abortlagen vad gäller abortrådgivningens form och innehåll *(Stortingsmaelling* 1982/83:17).

År 1980 gjordes 13 531 aborter i Norge. 13 109 (96,9 %) av dessa var "selvbestemt" medan 422 (3,1 %) utfördes efter särskilt beslut *(Statistisk ukehefte* 11, 1981).

Preventivmedelsrådgivning i Helsetjenstens regi är kostnadsfri. Däremot

får patienterna själva betala sina preventivmedel. Vid rådgivningsbesök hos privatpraktiserande läkare betalar patienten som vid vanlig konsultation. Liksom i de övriga nordiska länderna har det skett stora förändringar i bruket av preventivmedel/-metoder under senare år. Enligt den s.k. fruktbarhetsundersøkelsen från 1977 använde 84 % av de norska kvinnorna någon typ av prevention. (I det representativa urvalet ingick 2 800 icke gravida kvinnor i åldern 18–44 år som hade haft samlag under de senaste fyra veckorna.) Den dominerande preventivmetoden var spiral, som användes av inte mindre än 34 %. 20 % använde p-piller, och lika stor andel kondom. Coitus interruptus (avbrutet samlag) och rytmmetoden ("säkra perioder") begagnades av tio respektive nio procent (*Østby,* 1980).

9.1.4 Island

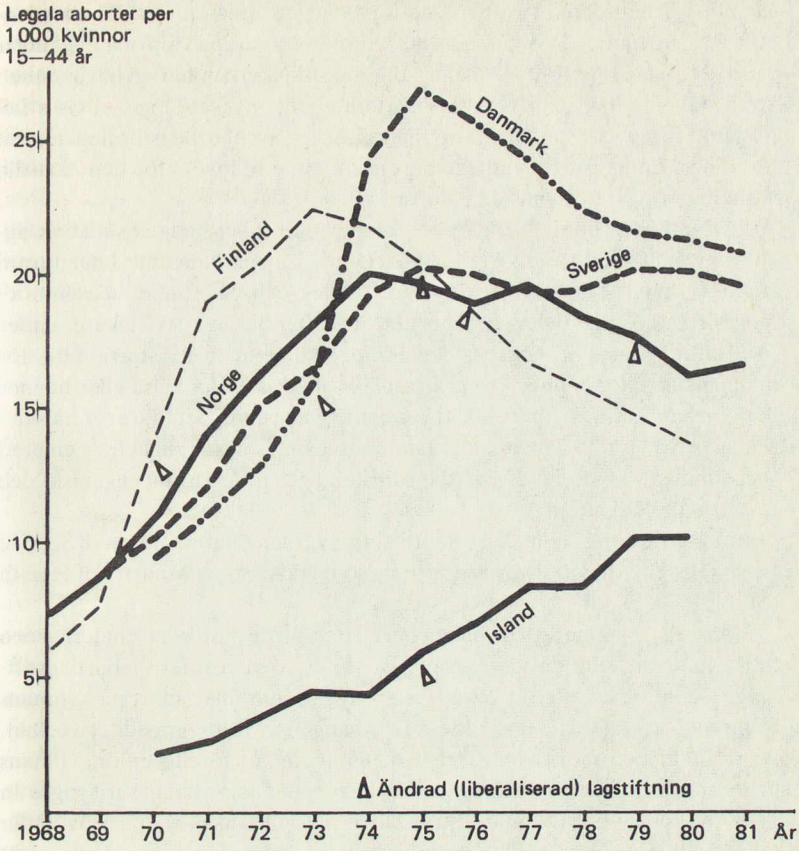
Island antog 1975 en ny abortlag, som tillåter abort på medicinska, sociala och humanitära indikationer. Tvåläkarbeslut krävs, eller om abort begärs av social skäl, beslut av en läkare och en socialkurator. Kvinnan måste även ha samtycke från den läkare som skall utföra ingreppet. Nekar denne, kan kvinnan överklaga beslutet hos en särskild nämnd. På Island sätts den översta tidsgränsen för abort något lägre än i de övriga nordiska länderna, nämligen vid 16 graviditetsveckor. 1978 utfördes 72 % av aborterna på sociala indikationer. 95 % av alla abortingrepp skedde före utgången av tolfte veckan.

Preventivmedelsrådgivningen bekostas av allmänna medel. Någon aktuell vetenskaplig undersökning med uppgifter om preventivmedelsanvändningen på Island föreligger ej.

9.1.5 Abortutvecklingen i de nordiska länderna

Under första delen av 1970-talet skedde en markant ökning av antalet *legala aborter* i de nordiska länderna. Räknat per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år steg aborttalet från en nivå på 6–8 vid slutet av 1960-talet till omkring 20 vid 1970-talets mitt (figur 9:1). Som framgår av figur 9:1 var inte minst den finska utvecklingen anmärkningsvärd. Av allt att döma spelade här den nya abortlagen (1970) en roll, och en kraftig ökning av de legala aborterna pågick fram till och med 1973. Samtidigt kan man notera en kraftig minskning av de sjukhusbesök som bedöms vara resultat av illegala aborter (*Fos Hälsovård* 1980). 1973 noterades den hittills högsta abortfrekvensen i Finland: 22,4 per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Sedan dess har emellertid aborterna blivit successivt färre, och från att 1973 ha haft den högsta abortfrekvensen i Norden, har landet numera näst Island den lägsta.

Sedan slutet av 1960-talet har den norska abortutvecklingen varit likartad med den svenska, trots att de norska läkarna varit mer restriktiva med tillståndsgivningen till abort. Likheten är även anmärkningsvärd mot bakgrund av att den norska lagstiftningen under flera år varit strängare, och f.ö. ännu är något strängare än den svenska. Fram t.o.m. 1974 var abortfrekvensen något högre i Norge än i Sverige; i Norge har den därefter i stort sett varit sjunkande. 1981 skilde det 3,0 enheter i abortfrekvens mellan Sverige och Norge (19,6 respektive 16,6 aborter årligen per 1 000 kvinnor 15–44 år).



Figur 9:1 Abortutvecklingen i Norden 1968–1981 (1980). Antal legala aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år

Även den danska abortutvecklingen har i stort sett följt mönstret i de övriga nordiska länderna. Omedelbart efter den nya liberaliserade abortlagens ikraftträdande (1 oktober 1973) skedde en kraftig ökning av abortfrekvensen. Efter en topp 1975 (27 ‰) har nivån sjunkit successivt. 1981 verkställdes 22 779 aborter, vilket är det lägsta antalet och den lägsta abortfrekvens (20,8/1 000 kvinnor 15–44 år) som noterats sedan den nya lagen infördes.

På Island har man de lägsta aborttalen i Norden. Även där har dock skett en flerdubbling av förekomsten av legal abort under 1970-talet. 1980 verkställdes 10 aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år. Naturligtvis är det en intressant fråga, varför de isländska kvinnorna mera sällan än i övriga Norden väljer abort och även har en högre nativitet. Antagligen ligger svaret i Islands socio-ekonomiska struktur, landets kulturella mönster, normer och värderingar om barnafödande osv.

9.2 Abortlagstiftningen i övriga Europa

I dag har majoriteten av Europas stater abortlagar som tillåter abort på kvinnans begäran, eller på breda sociala eller socialmedicinska indikationer.

De nordiska länderna var bland de första att utforma en särskild abortlagstiftning, medan de kommunistiska staterna i östeuropa var först med lagar om självbestämd abort. I de länder där katolska kyrkan har en hävdvunnen stark ställning har man från statsmakternas sida mycket länge – i vissa fall alltjämt – motsatt sig såväl en liberalisering av abortlagstiftningen som abortlagstiftning överhuvudtaget. I det följande redogörs för den aktuella situationen på detta område i Europa.

Storbritannien liberaliserade som första västeuropeiska land sin abortlagstiftning år 1967, när The Abortion Act antogs av parlamentet. Lagen, som trädde i kraft 1968, avser England, Wales och Skottland, däremot ej Nord-Irland. Enligt denna får abort utföras efter beslut av två läkare, under förutsättning att "fortsatt havandeskap skulle innebära större fara för kvinnans liv eller hennes kroppsliga hälsa eller psykiska hälsa eller hennes övriga barns hälsa än abort". Vid bedömning av begreppet "fara för hälsan" skall hänsyn tas till kvinnans eller familjens levnadsomständigheter – en bred social indikation således. Vidare får tillstånd ges för abort på eugenisk- och fosterskade-indikation.

Abort får utföras inom den offentliga sjukvården (National Health Service Hospitals) eller hos sjukvårdsinrättning som godkänts av Ministry of Health (*SOU 1971:58*).

Fram till 1 januari 1975 hade, bortsett från de nordiska länderna och Storbritannien, alla de västeuropeiska staterna en restriktiv abortlagstiftning. Då antog emellertid *Österrike* en ny lag som tillät abort på kvinnans begäran, förutsatt att det skedde före utgången av tolfte graviditetsveckan. Abort under den andra trimestern kan tillåtas om fara föreligger för kvinnans liv, om allvarlig risk för fosterskada föreligger eller om kvinnan varit yngre än 14 år vid konceptionstillfället. Strax därpå antog Frankrike – på prov under fem års tid – en abortlag vilken innebar rätt till abort på begäran, dock längst t.o.m. tolfte havandeskapsveckan. I den franska abortlagen stadgas bl.a. obligatoriskt rådgivningsbesök för den abortsökande kvinnan. Efter detta måste det minst gå sju dagar innan aborten får utföras. Den franska lagstiftningen gjordes permanent fr.o.m. 1 januari 1980.

Västtyskland hade fram till 1976 en mycket restriktiv abortlagstiftning. En konsekvens härav var att många västtyska kvinnor reste till Storbritannien och Holland för att få abort utförd (*Potts m.fl.* 1977). 1976 års lag, som förhalades i två år via en domstolsprocess, innebar en modifiering av ett ursprungligen ganska radikalt lagförslag. Enligt den nya lagen kan beslut om abort fattas av en läkare om medicinska, eugeniska, juridiska, socialmedicinska eller sociala skäl föreligger. Lagen anger två tidsgränser: tolv respektive 22 veckor efter konceptionen. Upp till den högre gränsen får bara göras aborter på medicinsk och eugenisk indikation (*Tietze* 1981).

Italien antog 1978 en omstridd abortlag enligt vilken kvinnor över 18 år fick rätt till abort före tolfte graviditetsveckan. Liksom i Frankrike stadgas obligatorisk rådgivning, varpå måste följa en veckas väntetid, innan aborten får utföras. När tolvveckorsgränsen passerats tillåter lagen abort på medicinska och eugeniska grunder.

Den italienska abortlagen har spelat en viktig roll i den allmänna samhällsdebatten i landet, och skarpa motsättningar mellan den progressiva kvinnorörelsen och de kyrkligt-konservativa kretsarna har kommit i dagen.

Frågan om Italien skulle behålla denna sin liberala abortlag prövades slutligen i en folkomröstning våren 1981, varvid en klar majoritet röstade för att lagen skulle behållas.

Abortmotståndet har ävenledes varit starkt i Österrike, Västtyskland och Frankrike efter de lagreformer som genomförts. *Katolska kyrkan* har här intagit en ledande roll och inte kunnat acceptera abort annat än på mycket stränga medicinska grunder. Även inom läkarkåren i de ovan nämnda länderna har motståndet varit stort. Därför är möjligheterna att verkligen få abort "på begäran" inte alltid så stora som lagstiftningen antyder. Variationerna är stora mellan t.ex. Västtysklands delstater, liksom mellan olika delar av Italien. Samma förhållande råder i *Schweiz,* vars abortlag endast medger abort på medicinska grunder, men som tolkas högst olika i de olika kantonerna, mest liberalt i Genève (*Tietze* 1981).

I *Grekland* kan tillstånd till abort ges på medicinsk, juridisk, humanitär och fosterskadeindikation. Nu gällande abortlag trädde i kraft i september 1978. Grekland anses ha en mycket hög andel illegala aborter, vilka vanligen utförs av privata läkare. Siffror i storleksordningen 100 000–300 000 illegala aborter årligen har nämnts, vilket bör sättas i relation till landets folkmängd på ca 9 miljoner och det årliga antalet födda, ca 140 000. Preventivmedel och familjeplanering är ännu i hög grad tabubelagda och särskilt bland kvinnorna relativt okända eller förbjudna områden, varför metoden att "köpa abortingrepp" har fått stor utbredning. Därför har aborterna blivit en viktig metod för födelsekontroll och ett medel att förverkliga fåbarnsfamiljen (*Invandrare och minoriteter,* 5–6, 1979).

Av de västeuropeiska staterna har ännu *Spanien, Portugal* och *Malta* restriktiva abortlagar, som överhuvudtaget inte tillåter abort på några grunder. För Portugals del har i november 1982 ett förslag om legalisering av abort förkastats av landets parlament. Den spanska regeringen har nyligen (vintern 1983) presenterat ett förslag om en mera liberal abortlag. Något beslut har ännu ej (mars 1983) fattats om lagförslaget. Från Spanien och Portugal är det ännu vanligt med "abortresor" till grannländer med mindre restriktiv lagstiftning, inte minst Frankrike. Även republiken *Irland* har en mycket sträng abortlagstiftning. I ett nyligen publicerat arbete konstateras: "Alone among the nations of the world it is consumed with a debate concerning the legislations of contraceptives" (*Potts m.fl.* 1977, s. 403). Aborter är därför, enligt författarna, närmast någonting onämnbart i republiken. Årligen får emellertid flera tusen irländska kvinnor legal abort i Storbritannien.

Belgien hör egentligen hemma i den nyss nämnda grupp stater som har en restriktiv lagstiftning. I Belgien har dock frågan flera gånger varit uppe i den offentliga debatten, och den har även blivit föremål för utredningar. Parlamentet har dock ännu ej tillstyrkt införandet av en mer liberal lagstiftning varför den ursprungliga lagstiftningen ännu är gällande. I landets franskspråkiga del har det numera startats privata abortkliniker, liknande dem som under 1970-talet byggdes upp i Holland (se nedan). Tidigare var det mycket vanligt att belgiska kvinnor reste till Storbritannien, Frankrike (efter 1975) och Holland för att få abort utförd. Numera får ca 60 % av de abortsökande belgiska kvinnorna sina aborter utförda vid fristående abortkliniker *i Belgien,* medan återstoden beger sig till Holland och någon av

de kliniker som finns där (*Ketting & Schnabel* 1980, *Muntlig information från E. Ketting.)*

9.2.1 Exemplet Holland

Ännu 1964 var nativiteten i Holland jämförelsevis hög: 20,7 per 1 000 invånare. Under 1960-talet genomgick emellertid landet en genomgripande förändring i fråga om inställning till familjeplanering, preventivmedel, sexualitet och abort. Alla dessa områden var ännu i början av 1960-talet i stort sett tabu för många grupper i det holländska samhället. Preventivmedel var inte särskilt lättillgängliga, och fick faktiskt inte marknadsföras i reklam förrän 1969. Dessutom ansågs de kunna leda till promiskuitet och även till ökade – illegala – aborter. Denna inställning omfattades även av stora delar av läkarkåren (*Ketting & Schnabel* 1980).

Med introduktionen av p-pillret (1964) inträdde emellertid en snabb förändring. Snart började preventivmedel mer och mer ses som medel att *förebygga* aborter – tidigare hade man närmast haft en motsatt ståndpunkt. Under senare delen av årtiondet kom därför familjeplanering att mer och mer accepteras såsom en del av den allmänna hälso- och sjukvården. 1967 skrev sålunda de flesta husläkare ut p-piller. 1971 började den holländska sjukförsäkringen täcka patientkostnaderna för p-piller, spiral och pessar. Denna revolution på preventivmedelssidan, som mycket snabbt tycks ha slagit igenom i alla samhällsklasser och delar av landet, är enligt en aktuell rapport en viktig förklaring till att födelsetalet gått ned från 20,7 per 1 000 inv. (1964) till endast 12,4 år 1979. Värdet för 1979 är bland de lägsta i världen. Att dessa förändringar kom så pass sent och med en sådan hastighet, skall ses mot bakgrunden att Holland relativt sent omvandlats till en industrialiserad, urbaniserad och inte minst sekulariserad välfärdsstat (*Ketting & Schnabel* 1980).

Aborterna har naturligtvis spelat en viss roll i den ovan beskrivna demografiska förändringen, men knappast i någon större utsträckning. Frågan har dock likväl ett stort intresse, bl.a. därför att Holland i praktiken haft "abort på begäran" under hela 1970-talet, utan någon formell liberalisering av den gällande restriktiva abortlagstiftningen. Den 28 april 1981 antog det holländska parlamentet en ny abortlag av liberal typ, som dock ännu ej (hösten 1982) trätt i kraft.

Frågan om ändrad abortlagstiftning och abortpraxis fördes på allvar in i den holländska samhällsdebatten – liksom i många andra länder – under senare delen av 1960-talet. Särskilt påfallande blev denna fråga sedan Storbritannien ändrat sin abortlag (1967). Därefter blev abortresor till England mycket vanliga. I detta skede startade man särskilda "abort-team" vid universitetsklinikerna och några av de större allmänna sjukhusen. Dessa bestod av läkare, psykiater, socialarbetare samt kvinnans husläkare, och fungerade som en slags "abortnämnd". Systemet upphörde emellertid redan efter några år, bl.a. därför att kapaciteten var för liten, proceduren för omständlig och resurskrävande – oenighet kunde uppstå inom ett "abort-team" – och därför att de kvinnor som fått avslag ofta reste till England eller Jugoslavien för att få legal abort. Det förekom även att man fick illegal abort i Holland.

I detta läge växte det fram förutsättningar för en ny abortpraxis inom ramen för den svårtolkade och oreformerade lagstiftningen. Dessa nyckelord var "medicinskt grundade skäl för abort" – något som man alltmera kom fram till borde avgöras av kvinnan själv. Läkaren borde bara klargöra om beslutet var hennes eget, om det var genomtänkt samt kontrollera så att ej abortoperationen i sig innebar någon fara för kvinnan.

Abortingrepp förblev dock fåtaliga på sjukhusen och många gynekologer ställde sig negativa till abortarbete. 1971 utfördes exempelvis endast 6 000 aborter vid sjukhus, att ställas mot de omkring 30 000 abortansökningar som riktades till husläkarna.

1971 tog emellertid en grupp husläkare ett nytt initiativ för att råda bot på den i deras tycke ohållbara situationen. Dessa startade en fristående abortklinik med hjälp från *Stimezo* ("Hollands nationella abortfederation"). Detta initiativ följdes snart av flera ytterligare; redan vid slutet av år 1971 fanns sex fristående abortkliniker. 1974 hade antalet vuxit till 14. Vid dessa kliniker utfördes i första hand polikliniska aborter intill tolfte veckan. Kostnaden var (1977) ca 55 engelska pund (*Potts m.fl.* 1977). Två kliniker har specialiserat sig på aborter under den andra trimestern (upp till 22–24:e veckan).

Fram till 1975 ökade hela tiden det antal kvinnor som fick abort vid de holländska abortklinikerna, huvudsakligen beroende på de många utländska kvinnor som p.g.a. rådande abortlag/-praxis i sina respektive hemländer reste till Holland och fick sina aborter utförda där. Sålunda fick år 1975 omkring 84 000 utländska kvinnor abort i Holland; 10 000 infödda kvinnor fick abort utförd vid någon av abortklinikerna och 6 000 vid sjukhus.

Det var således *allmänläkarna* som startade abortklinikerna. Enligt Ketting & Schnabel var egentligen inte detta så anmärkningsvärt som det i förstone kan synas, eftersom familjeplanering, antenatal och postnatal vård normalt ingår i den holländske husläkarens arbetsuppgifter. Exempelvis äger hälften av alla förlossningar rum i kvinnans hem. Att rent tekniskt utföra aborter såsom den moderna vakuumaspirationen, låg också väl inom allmänläkarnas kompetens.

De fristående abortklinikerna blev under 1970-talet allt mera integrerade i den holländska hälso- och sjukvården, och sommaren 1982 fanns 20 sådana i arbete. Så länge Holland inte ändrade sin abortlag, kunde de emellertid inte erkännas officiellt. Frågan kom dock i ett annat läge när Holland våren 1981 antog en ny abortlag. Vilken ställning de fristående abortklinikerna får när lagen träder i kraft var ännu sommaren 1982 oklart. Inför parlamentets omröstning om en lagreform bedrev många holländska kvinnor en intensiv kampanj *mot* lagförslaget, som enligt deras uppfattning innebar en skärpning av en väl fungerande praxis. Bl.a. stadgar den nya holländska abortlagen obligatorisk rådgivning, följd av en väntevecka av samma modell som i t.ex. Frankrike och Italien.

I ögonenfallande med det holländska exemplet är emellertid inte bara utbyggnaden av medicinskt högtstående abortkliniker, och tillkomsten av en liberal abortpraxis (*Potts m.fl.* 1977), utan dess internationellt sett anmärkningsvärt låga aborttal. Som visas i figur 9:3 inträffade en viss uppgång i början av 1970-talet i anslutning till de fristående abortklinikernas tillkomst, något som det finns paralleller till i flera andra länder vid denna tid. Därpå

sjönk aborttalet i Holland för att sedan stabilisera sig på omkring 6 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Som närmare kommer att visas nedan, är detta en mycket låg andel, om man jämför med abortutvecklingen i länder med likartade möjligheter till självbestämd abort. I Sverige är exempelvis aborttalet drygt tre gånger så högt.

I en nyligen utkommen artikel diskuterar de holländska forskarna Ketting och Schnabel några sannolika förklaringar till Hollands låga aborttal. Viktigast är enligt dem en mycket strikt tillämpad födelsekontroll, som kännetecknas av en utomordentligt hög p-pilleranvändning. 1977 beräknades sålunda 41 % av Hollands fertila kvinnor använda denna preventivmetod, vilket är den högsta andelen i världen. Att födelsekontrollen verkligen är effektiv visas av Hollands låga nativitet. Andelen kända graviditeter (aborter + förlossningar) är följaktligen lägre där än i jämförbara länder.

Man har ifrågasatt om Hollands låga aborttal helt enkelt beror på brister i statistiken. Någon officiell abortrapportering finns nämligen förklarligt nog ej. Genom Stimezo insamlas årligen abortuppgifter från alla fristående kliniker och från sjukhusen rapporteras de aborter som utförs där till landets centrala sjukvårdsmyndigheter. Forskningsledaren vid Stimezo, dr. E. Ketting uppskattar själv underrapporteringen till ca 4 %. Statistiken är således numera tämligen heltäckande, vilket även lett till att Stimezos siffror redovisas i Population Councils s.k. Factbook, Induced Abortion.

Ett ytterligare särdrag i holländsk familjeplanering är de talrika steriliseringsoperationerna. Mellan åren 1974 och 1978 ökade dessa (män och kvinnor sammantagna) från 55 000 till 108 000, vilket kan relateras till en totalbefolkning på 14 miljoner. I Sverige är inte denna typ av ingrepp på långt när lika vanligt förekommande. År 1980 utfördes knappt 10 000 steriliseringsoperationer av antikonceptionella skäl i vårt land. En så hög steriliseringsfrekvens som den holländska, återverkar rimligen markant på antalet inträffade graviditeter och därmed även på abortnivån. De som väljer denna familjeplaneringsmetod utgör en "riskgrupp", eftersom de vanligen redan varit gravida en eller flera gånger, och således dels bevisligen varit fertila, dels utövar ett aktivt sexualliv (*Ketting & Schnabel* 1980; *Statistiska meddelanden, HS 1981:5.2)*.

9.2.2 Östeuropa

I Sovjetunionen och dess satellitstater Polen, Ungern, Tjeckoslovakien, Rumänien och Bulgarien infördes åren 1956–1960 lagar om rätt till abort, eller abort på breda sociala indikationer t.o.m. tolfte graviditetsveckan. Även Jugoslavien slog in på denna väg. Reformerna motiverades bl.a. med att kvinnorna själva skulle beredas tillfälle att bestämma om de ville ha barn eller ej. Vidare framhölls från officiellt håll att man ville söka komma till rätta med de vanligt förekommande illegala aborterna, som orsakade kvinnorna mycket skada och lidande (*SOU 1971:58; Potts m.fl.* 1977).

Sovjetunionen och Jugoslavien har ännu en lagstiftning som ger kvinnan rätten att besluta om abort. I *Polen* har man behållit en abortlag med olika angivna indikationer. En av dessa, *svåra levnadsförhållanden för den gravida kvinnan,* innebär emellertid enligt en kungörelse från 1959, rätt till abort för

den kvinna som inför en läkare förklarar att hennes levnadsförhållanden är besvärliga (*Potts m.fl.* 1977).

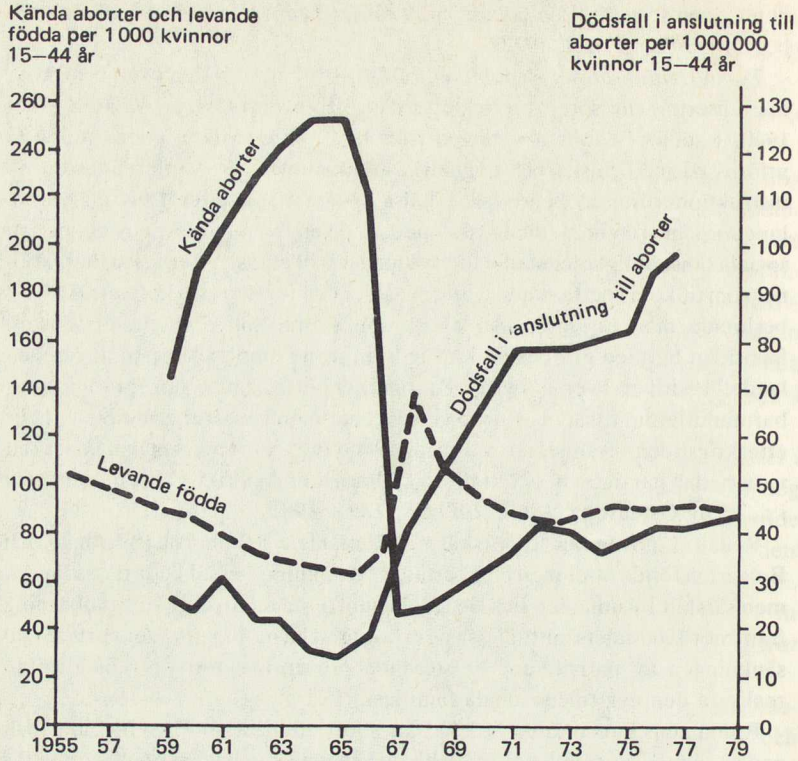
Tyska Demokratiska Republiken (DDR) stod utanför den ovan beskrivna liberaliseringsvåg som övergick abortlagstiftningen i Östeuropa åren 1956-1960. I stället behölls abortlagen från 1950, enligt vilken abort kunde få utföras på medicinska och eugeniska indikationer. 1965 utfärdades en ny instruktion rörande begreppet "hälsa", som hädanefter gavs en vidare innebörd än en rent medicinskt-somatisk. Även kvinnans levnadsvillkor och sociala omständigheter skulle fortsättningsvis beaktas. Ytterligare indikationer som tillkom i detta skede, var t.ex. ålder och för täta graviditeter. År 1972 beslutade man att införa fri abort upp t.o.m. tolfte graviditetsveckan. Samtidigt härmed gjordes en kraftig höjning av moderskapspenningen och landet bedriver även i övrigt en familjepolitik som i hög grad gynnar barnfamiljerna. Liksom i Europa i övrigt har nämligen fruktsamheten under efterkrigstiden – främst från mitten av 1960-talet – varit mycket låg. Som skall visas nedan har detta bl.a. lett till en ändrad, mera restriktiv abortlagstiftning i delar av Östeuropa. (*SOU 1971:58; Tietze* 1981).

Redan 1 november 1966 skärpte Rumänien sin abortlagstiftning, och Bulgarien följde efter med en likartad inskränkning 1968. I båda dessa länder men särskilt i Rumänien fick de legala aborterna en mycket stor omfattning fram mot 1960-talets mitt. Dessa bör i hög grad ha möjliggjort den fortgående sänkningen av nativiteten. Existerande preventivmetoder förmådde inte realisera den nya tidens ideala familjestorlek.

Rumäniens kursändring innebar att abort efter nio år ånyo förbjöds och endast tilläts i vissa undantagsfall, bl.a på eugenisk, medicinsk och humanitär indikation. Härutöver blev det möjligt att få legal abort om man fyllt 40 år (1972) eller redan fött fyra barn. Den sociala indikationen blev således ytterligt begränsad. Samtidigt med ändringarna i abortreglerna infördes en rad åtgärder som syftade till att höja nativiteten; högre skatt för gifta familjer *utan* barn, större barnbidrag, högre moderskapsersättning osv. Samtidigt förbjöds import av p-piller och spiraler.

Rumäniens inskränkning av tillgången till legal abort fick omedelbart stora demografiska konsekvenser. Vad den nya ordningen innebar för landets kvinnor kan man indirekt se i statistiken. Månaderna närmast efter lagändringen fick man en chockartad höjning av fruktsamheten och en dramatisk nedgång i frekvensen legala aborter (figur 9:2). Det föddes med andra ord ett stort antal oplanerade barn 1967 och 1968. Förändringen av abortmönstret illustreras av att det före lagskärpningen gjordes omkring 400 aborter på 100 födslar; numera görs något under 100 aborter per 100 födslar. (I Sverige görs idag 36 aborter per 100 födslar.) Det bör särskilt framhållas att statistiken endast visat antalet *legala aborter*. Figur 9:2 visar indirekt att de illegala aborterna ökat genom den ökade mortaliteten i samband med sviter av aborter.

Exemplet Rumänien är även intressant ur den aspekten att en dramatisk förändring av abortlagstiftningen inte automatiskt leder till en bestående hög nativitet. Människorna anpassar sig ganska snart, om än ej särskilt lätt, till en ny situation och söker med gamla och nya metoder att begränsa sin fruktsamhet. Tvåbarnsnormen tycks vara på väg att bli lika etablerad i Östsom Västeuropa (*SOU 1971:58; Potts m.fl.* 1977; *Tietze* 1981).



Figur 9:2 Kända aborter[a] och levande födda per 1 000 kvinnor 15–44 år och dödsfall i anslutning till aborter per 1 000 000 kvinnor 15–44 år: Rumänien 1955–1979

Källa: Tietze 1981

[a] Legala aborter plus spontana eller illegala aborter som krävt sjukhusvård

Tjeckoslovakien tillhör de länder som skärpt sin abortlagstiftning sedan den förut omtalade liberaliseringen. Ända sedan 1962 ingick dock ett speciellt prövningsförfarande i varje abortärende och beslut erfordrades av en abortnämnd som finns vid varje sjukhus som har abortklinik. Genom en lagändring 1973 skulle gifta kvinnor utan barn eller med endast ett barn, endast i undantagsfall kunna få abort av sociala skäl. Även i Tjecksloavakien har myndigheterna via ekonomiska satsningar på det familjepolitiska området försökt höja födelsetalet (*SOU 1971:58; Tietze* 1981).

En del av de ovan beskrivna tendenserna återfinns även i *Ungern* som från 1 januari 1974 införde vissa inskränkningar i den tidigare helt fria aborten. Sålunda skulle gifta kvinnor med färre än två barn ej längre få abort på begäran, och även för gifta kvinnor som redan hade två barn infördes vissa villkor. I övriga fall behölls dock rätten till abort. Enligt uppgift har endast en liten andel (4 %) av abortansökningarna avslagits, och det har uppgetts att myndigheterna i första hand varit ute efter att försöka få till stånd en ändrad syn på abortens roll i födelsekontrollen. 1974 var även startpunkt för omfattande reformer på det familjepolitiska området, såsom progressiva barnbidrag, snabbare utbyggnad av bostäder, skolor, daghem, förlängd ledighet vid barnsbörd m.m. (*Barn – behov eller börda* 1979).

9.3 USA och Kanada

Abortlagstiftningen i USA har traditionellt varit en fråga för varje delstat att själv besluta om. Åren 1967–1973 genomförde ett 20-tal stater relativt likartade reformer av sin abortlagstiftning. Colorado antog 1967 som första delstat en ny abortlag som med utgångspunkt från den s.k. Model Penal Code avsevärt breddade de tidigare rent medicinska indikationerna för abort. Colorados exempel följdes snart av flera andra delstater. Med början 1970 följde sedan en ännu mera radikal abortlagstiftning i staterna Alaska, Hawaii och New York. Dessa införde i princip fri abort, i och med att man stadgade att abortbeslutet var en fråga för den enskilda kvinnan och hennes läkare. Särskilt inflytelserik blev kursändringen i den viktiga staten New York, som kom att bli något av en symbol för den fortsatta utvecklingen.

Genom ett utslag i US Supreme Court den 22 januari 1973, infördes i varje fall rent principiellt "fri abort" t.o.m. tolfte graviditetsveckan i hela USA. Genom domstolens ställningstagande i ett par abortmål som förts ända upp i högsta instans, förklarades de ännu i många delstater existerande restriktiva abortlagarna stå i strid med Förenta Staternas konstitution (*Potts m.fl.* 1977; *Tietze* 1975, 1981).

Den amerikanska abortdebatten tog emellertid ingalunda slut i och med Högsta domstolens utslag 1973. Motståndet mot "fri abort" och aborter överhuvudtaget har varit, och är ännu, starkt. I såväl vissa delstatsregeringar som kongressen har försök gjorts att förhindra eller fördröja de lagändringar som fordrades med anledning av Högsta domstolens utslag. Enskilda kongressledamöter har försökt vinna stöd för tillägg till konstitutionen vilka skulle ogiltigförklara 1973 års beslut. På några punkter har abortmotståndarna även lyckats. 1977 beslöt t.ex. Högsta domstolen att delstaterna inte behövde ersätta kostnaderna för abort inom ramen för Medicaid (den federala sjukförsäkringen för fattiga), annat än när aborterna var "medically necessary". Samma år medförde en tilläggsklausul (The Hyde Amendment) i den federala hälso- och sjukvårdsbudgeten att Medicaid inte längre kom att utgå vid aborter i majoriteten av USA:s delstater, genom att de federala fonder som fanns för Medicaid i fortsättningen bara fick utnyttjas för aborter när kvinnans liv var i fara samt när abort föranletts av graviditet orsakad av våldtäkt och incest. Kring denna fråga har man sedan processat ytterligare i den amerikanska rättsapparaten. Enligt Tietze var dock situationen per 1 januari 1981 den, att Medicaid utgick för abort i 15 delstater samt District of Columbia. Då skedde detta av delstaternas egna medel (*Tietze* 1981).

I USA är regeln den att man själv betalar kostnaden för ett abortingrepp, vare sig detta sker vid något offentligt eller privat sjukhus eller vid de särskilda abortkliniker som finns på en del platser. Varje sjukvårdsinrättning avgör om man i sin verksamhet befattar sig med aborter, och inte ens de offentliga sjukhusen (public hospitals) är skyldiga – enligt utslag i US Supreme Court 1977 – att utföra abortingrepp. Detta kan illustreras av att 1978 endast 29 % av samtliga icke-katolska sjukhus överhuvudtaget utförde aborter. Andelen för de offentliga sjukhusen låg på 18 % (*Tietze* 1981).

I *Kanada* antogs 1969 en ny abortlag enligt vilken abort får utföras på sjukhus efter beslut av en särskild kommitté, bestående av tre läkare. Lagen stipulerar att kommitténs majoritet skall vara övertygad om att graviditeten

"would or would be likely to" att hota kvinnans liv eller hälsa. I Kanada är variationerna mycket stora ifråga om abortpraxis och tillgång till abortoperation. I de delstater där den katolska kyrkan har sitt största inflytande förekommer "abortresor" till USA. 1978 utfördes aborter vid 15 % av de kanadensiska sjukhusen (*Potts m.fl.* 1977; *Tietze* 1981).

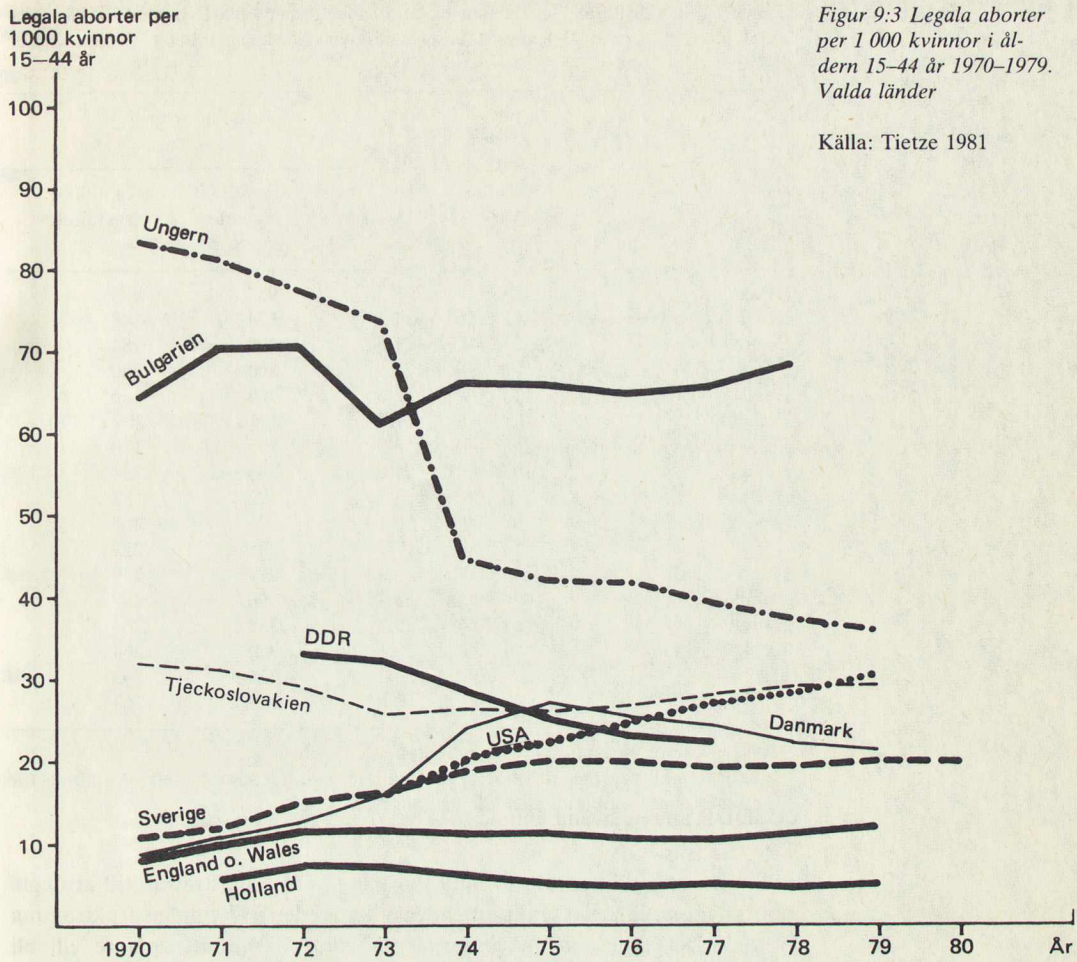
9.4 Abortutvecklingen under 1970-talet i Europa och Nordamerika

I detta avsnitt presenteras i jämförande syfte en del statistiska uppgifter rörande abortutvecklingen i Sverige, övriga Europa samt USA och Kanada. I första hand behandlas de länder som har en med Sverige likartad abortlagstiftning. Pålitlig abortstatistik saknas dock för flera av de länder som har en liberal abortlagstiftning, t.ex. Sovjetunionen, Österrike och Frankrike.

I början av 1970-talet var aborttalen avsevärt högre i de östeuropeiska staterna än i de västeuropeiska. Den höga abortfrekvensen i Bulgarien och Ungern, som även torde ha haft paralleller i Rumänien och Sovjetunionen, tyder på att legal abort ofta ersatte preventivmetoder i födelsekontrollen (se figur 9:3). Ungern redovisar emellertid en tydlig nedgång i abortfrekvensen 1974, samtidigt som olika reformer gjordes på familjepolitikens, familjeplaneringens och abortlagstiftningens område. Nedgången i aborttalet ledde ej annat än marginellt till högre fruktsamhet, utan förklaras istället av bättre preventivmedelsanvändning (*Barn – behov eller börda* 1979).

Under 1970-talet var abortfrekvensen betydligt lägre i Tjeckoslovakien och DDR än i de ovan nämnda staterna. I Polen var aborttalet i sin tur ännu något lägre och låg i början av 1970-talet på ca 18 per 1 000 fertila kvinnor och år. Eftersom fruktsamheten samtidigt var låg i dessa länder, betyder detta att preventivmetoder och moderna preventivmedel måste ha använts i relativt stor omfattning. Likheterna med norra och västra Europa belyser sannolikt staternas historiska, kulturella och socio-ekonomiska samhörighet med det industrialiserade nordvästeuropa. Som framgår av figur 9:3 sjönk abortfrekvensen i Tjeckoslovakien betydligt 1972–1973, varefter en stabilisering inträdde. Mot slutet av 1970-talet ökade den ånyo och låg 1979 på 29,4 %. För DDR saknas heltäckande abortsiffror före 1972, när fri abort infördes. Därefter visar emellertid statistiken att abortfrekvensen successivt sjunkit från 33 till 22,5 aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år (1977).

Abortutvecklingen i Sverige och de övriga skandinaviska länderna återfinns under 1970-talet i ett mellanskikt bland länderna i figur 9:3. I Skandinavien har abortfrekvensen varit lägre än i Östeuropa, men högre än i England/Wales och Holland. De länder som helt nyligen infört "fri abort" (Italien och Frankrike) har ej någon helt tillförlitlig abortstatistik, men de siffror som finns att tillgå pekar på att aborttalet kan ligga i närheten av det svenska. Generellt sett förefaller abortutvecklingen i norra och västra Europa ha stabiliserats under senare delen av 1970-talet. I USA däremot, har frekvensen legala aborter varit i stigande sedan 1973, när den nationella statistiken börjar. Aborttalet är betydligt högre i USA än i de skandinaviska länderna och Västeuropa (*Tietze* 1981).



Figur 9:3 Legala aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år 1970–1979. Valda länder

Källa: Tietze 1981

Tabell 9:1 ger ytterligare fakta om abortsituationen i några av de länder vilka har självbestämd abort, eller tillåter abort på vissa indikationer.

I Skandinavien, England/Wales, USA och Kanada är *den åldersspecifika abortfrekvensen* högst i 18–19 års åldern. I Östeuropa däremot uppnås de högsta värdena först i 25–30 årsåldern. Detta illustrerar skillnader mellan Öst- och Västeuropa dels i fråga om tonårssexualitet, dels beträffande preventivmedelsanvändningen bland vuxna kvinnor.

I de länder där kvinnorna kan få abort på begäran, eller abortlagen tillåter abort på vissa indikationer, förefaller legal abort vara vanligast bland *mycket unga* samt *medelålders kvinnor*. Statistiken över hur stor andel av de inträffade graviditeterna i respektive åldersgrupp som avbryts med abort utgör underlag för detta påstående. I tabell 9:1 redovisas sådana data (s.k. *abortion ratios*) för kvinnor 15–44 år i några länder. Figur 9:4 ger en tydligare bild av situationen, eftersom åldersspecifika tal använts. Data för ettårsklasser finns dock bara tillgängliga för Sverige.

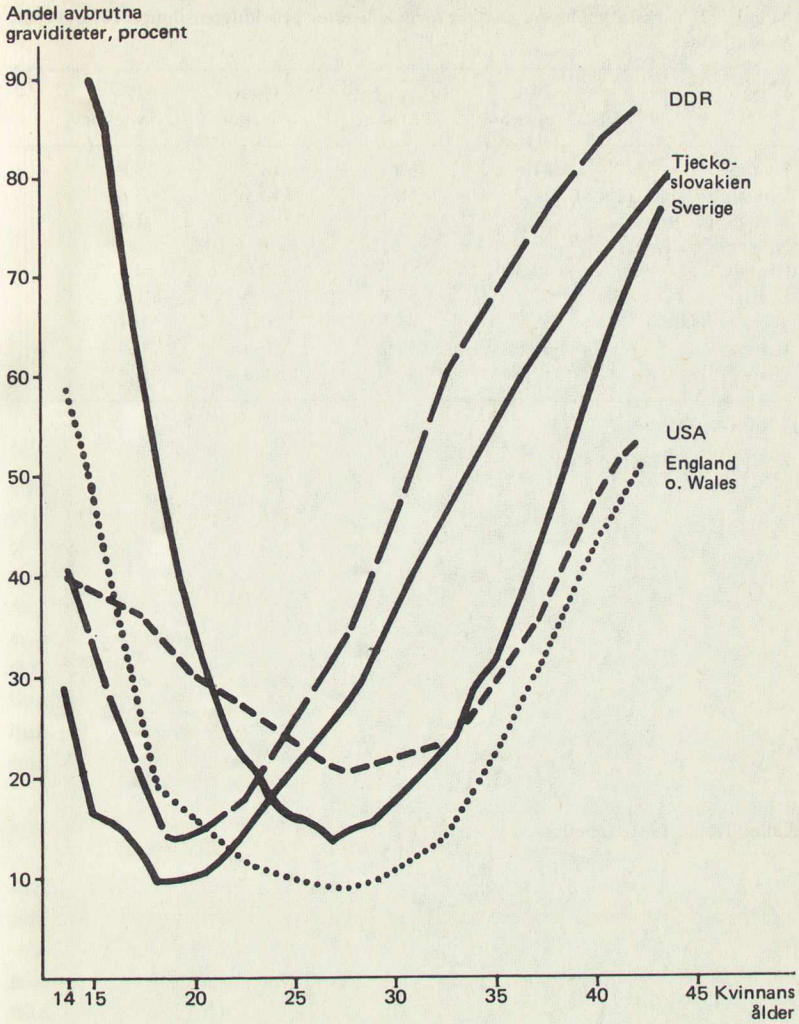
Tabell 9:1 Totala antalet legala aborter, antal aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år samt antal aborter per 1 000 levande födda samt per 1 000 graviditeter. Valda länder 1979

Land	Antal aborter	Antal aborter		
		per 1 000 kv 15–44 år	per 1 000 levande födda	per 1 000 graviditeter
Bulgarien	127 800	68,3	937	484
Kanada (1978)	62 300	11,3	174	148
Danmark	23 200	21,6	398	284
DDR (1977)	80 100	22,5	350	260
England/Wales	119 000	12,0	184	156
Finland	15 900	14,7	265 (1978)	209 (1978)
Frankrike	155 300	13,9	205	170
Italien	187 600	15,8	288	224
Holland	16 200	5,3	92	85
New York City[a]	92 300	56,1	870	465
Norge	14 500	17,7	285	222
Polen (1978)	145 600	18,3	219	179
Rumänien[b]	404 000	88,1	990	498
Sverige	34 709	20,2	358	264
Tjeckoslovakien	94 300	29,4	359	264
USA	1 540 000	30,2	435	303
Västtyskland	115 600	8,8	195	163

[a] Avser kvinnor skrivna i New York City
[b] Siffrorna inkluderar legala aborter samt antalet kvinnor som vårdats på sjukhus för komplikationer, spontana eller illegala aborter.
Källa: Tietze 1981, tabell 2

De U-formade kurvorna i figur 9:4 kan ses som illustration till att legal abort har en olikartad funktion under olika skeden av kvinnans fruktsamma period. De riktigt unga kvinnorna gör abort därför att de inte vill bli tonårsmödrar, de medelålders därför att deras familjebildning är avslutad. Det tycks emellertid finnas vissa skillnader mellan Öst- och Västeuropa/USA i detta avseende. I Östeuropa, här representerat av DDR och Tjeckoslovakien, är det snarare regel än undantag att en tonårsgraviditet avslutas med barnsbörd. I Västeuropa, mest utpräglat i Sverige (och Skandinavien), är förhållandet snarast det motsatta. I och för sig behöver detta knappast betyda att man påträffar fler (relativt sett) tonårsmödrar i t.ex. Tjeckoslovakien än i Sverige; graviditetsfrekvensen bland yngre tonåringar är nämligen mycket högre i Sverige.

Som indirekt framgår av figur 9:4 leder de flesta graviditeterna till barnafödande när kvinnorna befinner sig i 20–29 årsåldern. Redan i åldersgruppen 30–34 år ökar emellertid andelen avbrutna graviditeter märkbart i samtliga här aktuella länder, dock allra mest i Östeuropa. I exempelvis Tjeckoslovakien avbryts mer än varannan graviditet av abort, när kvinnorna nått upp i åldern 30–34 år. I Sverige inträffar detta först för kvinnor som är 39 år eller äldre; i England/Wales och USA först i åldern 40–44 år.



Figur 9:4 Andel aborter i procent av samtliga kända graviditeter (levande födda + legala aborter 1/2 år tidigare) i Sverige (1981), DDR (1975), Tjeckoslovakien (1978), USA (1978) och England/Wales (1978).

Källa: Tietze 1981

Det bör framhållas att graviditetsfrekvensen bland kvinnor i medelåldern är betydligt högre i Östeuropa än i Västeuropa, av allt att döma beroende på skillnader i preventivmedelsanvändningen.

Under senare år har en allt ökande andel av aborterna kommit att utföras *före tolfte graviditetsveckan.* Som förut omtalats har detta i hög grad varit fallet i Sverige, men mönstret påträffas även på det internationella planet. I Östeuropa utförs sedan länge nära nog samtliga legala aborter under första trimestern. Samma utveckling är på väg i de övriga länderna som redovisar legala aborter. Aborter i andra trimestern är sålunda ovanliga, men förekommer i något större omfattning i England/Wales och Kanada (*Tietze* 1981).

Tabell 9:2 Verkställda legala aborter fördelade efter graviditetens längd 1979 (1978). Valda länder

Land	–8 veckor	9–12 veckor	13–16 veckor	17– veckor
Kanada	24,6	61,3	10,3	3,8
England/Wales* (1978)	24,7	58,4	13,1	3,8
Finland (1978)	33,4	57,0	8,5	1,1
New York City*	– 89,8	–	– 10,2	–
Norge	40,3	56,5	2,6	0,6
Sverige	37,1	57,4	4,0	1,5
Tjeckoslovakien	55,7	43,9	0,3	0,1
Ungern	66,6	32,2	0,8	0,4
USA (1978)	50,2	40,9	5,8	3,1

* Infödda kvinnor

Källa: Tietze 1981, tabell 15

10 En undersökning bland kvinnor som genomgick abort 1981

10.1 Inledning

Under 1981 genomförde abortkommittén en intervjuundersökning som omfattande nära 3 800 kvinnor i abortsituation. Studien planerades och genomfördes av kommitténs sekreterare fil.dr Mats Rolén, och syftet var att ge ett bredare perspektiv på abortmönstret än vad den officiella abortstatistikens relativt summariska uppgifter medger. I denna saknas information om de abortsökandes sysselsättning, utbildning, civilstånd/samboende och uppgifter som gör det möjligt att kronologiskt sammanställa en kvinnas tidigare graviditeter och deras utfall. Man kan således ej se legal abort i ett livscykelperspektiv; när görs abort i förhållande till födslar i en kvinnas liv; hur ofta följer en upprepad abort tätt efter en föregående; hur ofta leder en oplanerad graviditet strax efter barnsbörd till abort?

Vidare ville vi ha en bild av preventivmedelsanvändningen bland en grupp kvinnor som genomgick abort och deras preventivmedelshistoria.

Slutligen ville vi ta upp en fråga som särskilt uppmärksammas i våra direktiv, liksom i många andra sammanhang: föreligger skillnader i abortfrekvens mellan olika etniska befolkningsgrupper i dagens Sverige?

För att insamla dessa uppgifter utarbetades ett kort strukturerat frågeformulär (se bilaga). Eftersom intervjuerna av de abortsökande kvinnorna med nödvändighet måste läggas in i den vanliga undersökningsrutinen inför en abort, krävde detta ett begränsat antal frågor och förenklade svarsalternativ. Detta har medfört att informationen på vissa punkter kommit att bli ganska ytlig, men ett helhetsomdöme blir ändå att intervjumaterialet blivit mycket användbart. Det frågeformulär som användes, utformades av sekreteraren Rolén i samråd med de berörda sjukhusen samt med DAFA och SCB, vilka svarat för stansning respektive programmering och databehandling.

Undersökningen omfattade abortpatienter vid följande sjukhus: Lunds lasarett, Allmänna sjukhuset Malmö (MAS), Västerås lasarett, Regionsjukhuset i Örebro och Östersunds lasarett. I Lund, Malmö och Örebro sköttes intervjuerna huvudsakligen av den undersökande gynekologen. I Västerås och Östersund var det i stället mestadels kuratorerna som utförde detta arbete. Generellt sett har frågeformulären blivit ifyllda på ett ur bearbetningssynpunkt tillfredsställande sätt.

10.2 Några metodfrågor

10.2.1 Urvalet

De sjukhus som ingår i undersökningen valdes ej slumpmässigt. Vi ville nämligen gärna koncentrera studien till ett fåtal relativt stora kliniker belägna i områden med olikartad socio-ekonomisk och etnisk struktur. Med hänsyn till vårt uppdrag gällde det vidare att snabbt finna några lämpliga sådana där man var beredd att medverka utan ersättningskrav och under en period av ett kalenderår (1981).

De sjukhus med upptagningsområden som efter olika kontakter under oktober/november 1980 kom att ingå i studien utgör därför ej något i statistisk mening representativt urval varken av landets sjukhus eller av landets abortsökande kvinnor. Lund, liksom i någon mån Örebro, bär prägel av skol- och utbildningsstäder och har en stor andel kvinnor i studie- eller yrkeskarriär. Allmänna sjukhuset i Malmö har ett rent urbant upptagningsområde – Malmö kommun. Västerås och det övriga länet kännetecknas bl.a. av en mycket hög andel industrisysselsatta. Östersunds lasarett tar emot samtliga abortsökande från ett helt län, och är specifikt i detta avseende i studien.

De kvinnor som intervjuats för denna undersökning kommer således från orter och miljöer av ganska skiftande karaktär. En översiktlig jämförelse beträffande deras och rikets abortmönster visar emellertid ej några mera påtagliga skillnader. Som kommer att visas nedan återfinns den undersökta gruppen på en med riksgenomsnittet identisk nivå i fråga om t.ex. antalet föregående aborter och graviditeter. I detta så grundläggande avseende är m.a.o. materialet ej snedvridet.

Att vi endast undersökt kvinnor som gjort abort under ett visst år innebär vissa tolkningsproblem och risker för felaktiga slutsatser. Vi får en "överrepresentation" av kvinnor som gör/gjort/kommer att göra många aborter, jämfört med om vi gjort ett urval bland alla kvinnor oavsett om, och vilket år de gjort abort. Vi får därmed en något överdriven bild av hur vanligt det är med återkommande aborter. I princip kan vi på grundval av intervjumaterialet endast dra slutsatser om kvinnor som gjort abort under 1981 i de aktuella sjukhusområdena.

10.2.2 Intervjusituationen

De intervjuer som ligger till grund för undersökningen företogs i samband med de abortsökande kvinnornas besök hos gynekolog eller kurator, alltså i samband med en pre-operativ bedömning eller ett kuratorssamtal. Före intervjuerna informerades kvinnorna om kommitténs undersökning och de tillfrågades om de kunde tänka sig att medverka. Ett fåtal kvinnor avstod därvid från att besvara frågorna (ca 2 %).

En viktig fråga i sammanhanget gäller förstås svarens tillförlitlighet. Har intervjuaren ställt frågorna och fyllt i svaren på ett korrekt sätt och har kvinnorna velat lämna riktiga uppgifter? Båda dessa faktorer är naturligtvis svåra att bedöma för oss. Det är t.ex. omöjligt att veta i varje enskilt fall om intervjuaren haft intresse och tid att genomföra intervjun på avsett sätt. Av de insända svaren att döma tycks de flesta dock ha gjort detta: slarvigt ifyllda

svar och överhoppade frågor förekommer sällan. En iakttagelse har emellertid gjorts: ju bättre kontinuitet på personalsidan, desto fullständigare enkäter.

De flesta frågor som ställdes till kvinnorna behandlade områden som rimligen ej torde ha uppfattats som intrikata eller kontroversiella: ålder, födelseland, boende, civilstånd, yrke, utbildning, antal födda barn, antal hemmavarande barn m.m. Andra frågor kan måhända för en del ha upplevts som mera privata och känsliga, dock knappast den om antalet tidigare aborter som annars i intervjuundersökningar – frikopplade från sjukhussituationen – brukar ge en tydlig underrapportering (*Østby* 1981, *Kvinnor och barn* 1982). I en undersökning av den här typen där intervjuaren i många fall har haft tillgång till journal, torde en underrapportering på abortområdet huvudsakligen avse illegala aborter.

Däremot är kanske frågan om vem som kvinnan blivit gravid tillsammans med mera känslig. Samma kan gälla frågan om preventivmedelsanvändningen. Det kan ej uteslutas att en eller annan kvinna i en situation som denna, känt en "förväntan" från intervjuarens sida att säga att hon eller hennes partner använt p-medel vid det aktuella samlaget.

Vi har inte funnit något som tyder på att svaren innehåller omfattande systematiska fel i den riktning som ovan diskuterats. Vad som stöder denna tolkning är t.ex. att svaren har en likartad karaktär, oavsett vilket sjukhus de kommer ifrån. Vidare skulle enligt våra instruktioner varje intervjuad kvinna informeras om att intervjuformulären saknade såväl uppgift om namn som personnummer. Ingen ska således ha behövt känna något intrång i sin personliga integritet, vilket bör ha lett till att man vågat svara på ett sanningsenligt sätt.

Vid varje intervju skulle *intervjuaren* med ett par nyckelord försöka fånga vad han eller hon bedömde som motivet bakom aborten i fråga. Ingen behöver enligt abortlagen uppge något abortmotiv, varför några av de läkare som deltog i intervjuarbetet sade sig hysa betänkligheter mot att ställa denna fråga direkt. Ur vår synpunkt blev detta en nödlösning för att åtminstone i någon mån få en bild av en mycket komplex problematik, som egentligen kräver att man gör mera djupgående intervjuer. Den här använda modellen har inte heller fungerat särskilt väl och många av intervjuarna (16 %) har ej fyllt i något svar på denna fråga.

10.2.3 Endast kvinnor intervjuades

Frågorna i enkäten avsåg främst uppgifter om den abortsökande kvinnan själv. Vi avstod från att ställa frågor om hennes partner beroende på den begränsade tid som stod till förfogande för varje intervju. Ett ytterligare skäl var att man som regel inte kunde räkna med att få intervjua de män det gällde. Dessa följer endast i undantagsfall med kvinnorna in till doktorn eller kuratorn inför en abort. Även i de fall man direkt försökt fånga upp en grupp abortsökande kvinnors män för intervjuundersökningar har dessa varit relativt obenägna att medverka (*Jacobsson m.fl.* 1980, 1982).

Att inte några frågor om männen tagits med i enkäten beror sålunda ej på att vi tycker att de har ett mindre ansvar än kvinnorna för prevention och förebyggande av oönskade graviditeter.

10.2.4 Antalet genomförda intervjuer

Intervjuarbetet inleddes på nyåret 1981 och pågick sedan året ut. I Lund kom dock ej arbetet i gång förrän under senare delen av januari. För Östersunds del pågick undersökningen fr.o.m. maj 1981 t.o.m. april 1982, därför att en liknande studie redan pågick där när kommittén kom med sin förfrågan om medverkan.

Under arbetets gång skickades ifyllda enkäter en gång per månad till abortkommittén där varje blankett granskades och kodades. Därefter skedde stansning och inläsning på magnetband.

Sammanlagt omfattar vårt material 3 789 intervjuer. Antalet intervjuade kvinnor är något färre: 3746. Detta beror på att sammanlagt 43 kvinnor hann genomgå två abortoperationer under den period undersökningen genomfördes. Alla beräkningar utgår dock från det totala antalet intervjuer, dvs. ifyllda frågeformulär.

För Örebro och MAS är rapporteringen till kommittén i det närmaste helt komplett. För Östersund, Lund och Västerås fick vi ett bortfall på ca 10 % jämfört med den officiella abortstatistiken. Detta beror dels på att enstaka intervjuer missats därför att vikarierande eller nyanställd personal inte informerats om undersökningen, dels på att något 10-tal blanketter varit alltför ofullständigt ifyllda för att kunna bearbetas.

Under kalenderåret 1981 verkställdes de flesta aborterna i Malmö (1 053). Därefter följde i tur och ordning Lund (1 034), Västerås (833), Örebro (669) och Östersund (434). Hur många enkäter som inkommit från respektive sjukhus framgår av tabell 10:1.

Totalt sett utgjorde de svenskfödda kvinnorna 82 % av de intervjuade. Bland de utrikes födda dominerade kvinnor från Finland och Jugoslavien med en andel på 4 resp. 3 % av samtliga. Den största andelen utrikes födda redovisas för Malmö (27 %) och den minsta för Östersund (4 %).

Åldersfördelningen bland de intervjuade visade stora likheter med den för rikets samtliga abortpatienter (tabell 1, bilagan). På denna punkt påträffas emellertid en viktig skillnad mellan de sverigefödda och de utrikesfödda kvinnorna i enkäten. Av de förra återfanns 41 % i åldersgrupperna 15-19 och 20–24 år mot endast 31 % bland de senare. Å andra sidan var andelen utrikesfödda kvinnor påfallande stor i åldern 25–34 år (45 %). Förklaringen härtill ligger främst i en olikartad relativ åldersfördelning bland sverigefödda respektive utrikesfödda kvinnor i fertil ålder i de här aktuella sjukhusens upptagningsområden: den sverigefödda "riskgruppen" är genomsnittligt sett yngre än den utrikesfödda (figur 1, bilaga).

10.3 Levnadsförhållanden

10.3.1 Civilstånd och samboende

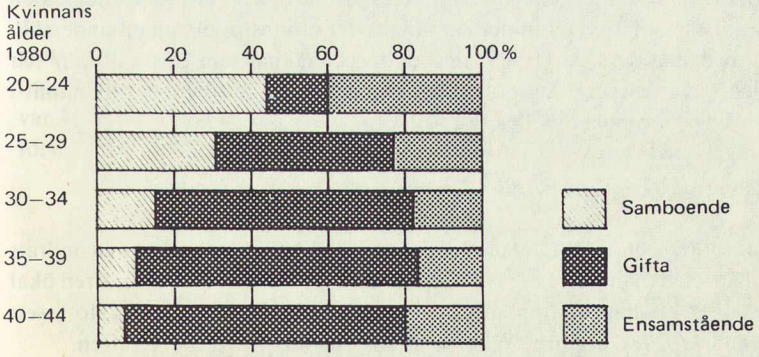
Under senare delen av 1960-talet sjönk frekvensen ingångna äktenskap markant, samtidigt som det s.k. samboendet utan giftermål ökade. Denna utveckling har sedan fortgått dithän att samboende numera (1982) är den dominerande samlevnadsformen för kvinnor under 25 år. I åldern 40–44 år är

Tabell 10:1 Intervjuade kvinnor efter sjukhus och födelseland. Absoluta tal och procent

Land/sjukhus	1		2		3		4		5		6	Totalt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N	%
Sverige	726	80	766	73	604	81	604	90	384	96	16 (7)	3 100	82
Finland	14	2	21	2	80	4	28	4	6	2	1 (5)	150	4
Danmark	10	1	18	2	3	0	1	0	1	0		33	1
Norge	2	0	2	0	7	1	6	1	6	2		23	1
Island	3	0	3	0	2	0	1	0				9	0
Västtyskland	8	1	5	1	5	1	1	0	1	0		20	1
Jugoslavien	26	3	79	8	7	1	7	1			2 (10)	121	3
Grekland	8	1	8	1			1	0	1	0	1 (5)	19	1
Polen	15	2	52	5	5	1	8	1				80	2
Tjeckoslovaken	3	0	7	1								10	0
Ungern	4	0	12	1	1	0						17	0
Övriga Europa	11	1	22	2	7	1	1	0	1	0	1 (5)	43	1
USA	5	1	1	0	3	0						9	0
Afrika	4	0	6	1	5	1	2	0				17	0
Chile	1	0	14	2	4	0						19	1
Bolivia			4	0	8	1						12	0
Övr. latin-amerika			7	1	2	0	1	0				10	0
Asien	6	1	9	1	2	0	3	0				20	1
Uppgift saknas	58	6	7	1	5	1	5	1	2	0		77	2
Summa	904	100	1 043	100	750	100	669	100	402	100	21	3 789	100

1 = Lund
2 = Malmö
3 = Västerås
4 = Örebro
5 = Östersund
6 = Avser 21 provintervjuer gjorda vid Vetlanda sjukhus

emellertid endast 7 % samboende – de allra flesta är i stället gifta. Totalt sett är ca 80 % av kvinnor i åldern 20–44 år gifta eller samboende. Fördelningen av gifta, samboende och ensamstående (= ej gifta kvinnor som ej sambor med någon man under äktenskapsliknande former) framgår av figur 10:1.



Figur 10:1 Andelen kvinnor i åldern 20–44 år som var gifta, samboende respektive ensamstående (= ensamboende) 1980

Källa: Kvinnor och barn (1982)

Tabell 10:2 Ålder och samboende. Procentuell fördelning. Antal intervjuer = 3 789

Ålder	Boende			
	Ensam/ensam + barn	Med make/ sambo	Hos föräldrar m.m.	Uppgift saknas
-19	18	19	62	1
20-24	45	42	12	1
25-29	42	54	4	1
30-34	31	66	1	1
35-39	24	75	1	1
40-44	24	74		2
45-49	12	82		6
Samtliga	32	53	13	1

Det finns emellertid mycket som talar för att detta mönster är något annorlunda i en grupp abortsökande. Flera studier har visat att ensamstående kvinnor är överrepresenterade bland dem som får abort utförd (*Jacobsson* m.fl. 1976, 1982, *Trost* 1982, *Meirik* 1982).

Samma mönster bekräftas även i vårt intervjumaterial. 53 % av alla opererade kvinnor var nämligen gifta/samboende, medan drygt 30 % av dem levde ensamma med eller utan barn. Återstoden utgjordes av yngre kvinnor vilka bodde hos föräldrar eller andra anhöriga. I åldersgruppen 25–44 år var 66 % samboende eller gifta, alltså betydligt under genomsnittet i de aktuella åldrarna (tabell 10:2).

I tidigare studier har det visats att de flesta graviditeter som avbrutits med legal abort, tillkommit i fasta förhållanden (*Jacobsson* m.fl. 1980, 1982; *Trost* 1982). Jacobsson och medarbetare har bl.a. framhållit att en lång och stabil relation inte i sig är någon garanti för att en graviditet ska upplevas som önskad. De har även visat att majoriteten av dem de intervjuat haft ett "harmoniskt och fint" förhållande till sin man.

Även vår enkät visar att de allra flesta aborter görs av kvinnor som lever i en – som det synes – fast relation. Drygt 80 % av de tillfrågade uppgav nämligen att de blivit gravida tillsammans med make, samboende eller fast sällskap. 11 % av de intervjuade uppgav att de blivit oönskat gravida efter en tillfällig sexuell förbindelse. Denna siffra ligger mycket nära dem som redovisats av Trost (7 %) resp. Jacobsson m.fl. (9 %). För de återstående kvinnorna var det fråga om graviditeter i anslutning till brutna förhållanden och skilsmässor. Även om det kan finnas definitionsproblem i en undersökning av denna typ t.ex. i fråga om vad som ska räknas som "fast sällskap", är bilden likväl entydig. De graviditeter som avbryts har i regel tillkommit i äktenskap, samboende eller fast sällskap.

10.3.2 Sysselsättning

Under 1960- och 1970-talet har kvinnornas roll på arbetsmarknaden ändrats radikalt. Sedan mitten av 1960-talet har antalet kvinnor i arbetskraften ökat med över en halv miljon medan antalet män i denna varit i stort sett oförändrat. 1981 utgjorde sålunda kvinnorna 46 % av arbetskraften.

Stora skillnader har även inträffat för barnfamiljernas del under de gångna 10–15 åren. I dag är regeln i de flesta tvåbarnsfamiljer att båda föräldrarna förvärvsarbetar – fadern på heltid och modern på hel- eller deltid. För 10 år sedan var ännu barnfamiljer med endast en försörjare i majoritet. Genom ökningen av kvinnornas förvärvsverksamhet är det i dag ca 70 % av samtliga kvinnor mellan 20 och 44 år som förvärvsarbetar på hel- eller deltid (mer än 16 timmar per vecka). Skötsel av hem och barn samt studier sysselsätter återstående 30 %. Studier är vanligast i åldern 20–24 år (*Kvinnor och barn* 1982).

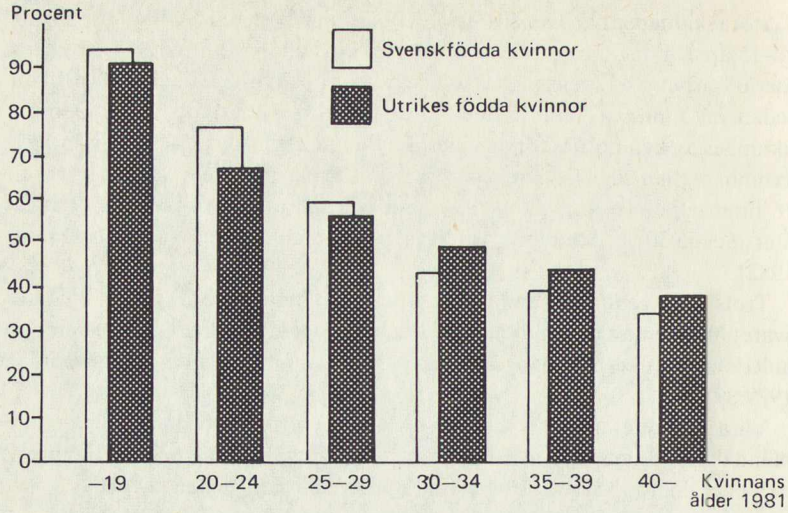
Trots dessa genomgripande förändringar har kvinnorna alltjämt huvudansvaret för hemmet, familjen och barnomsorgen. Detta dubbelarbete är anledningen till att så många kvinnor arbetar deltid (*Kvinnors arbete SOU* 1979:89).

Våra intervjuer understryker den ovan givna bilden av förvärvssituationen bland dagens svenska kvinnor. 63 % av de abortsökande arbetade nämligen hel- eller deltid, 7 % var arbetslösa, 20 % studerade medan endast 7 % var hemarbetande på heltid, dvs. ägnade sin huvudsakliga tid åt skötsel av hem och barn. Att andelen förvärvsarbetande är lägre än i SCB:s material beror på den stora andelen tonåringar (15 %) – de flesta studerande – bland de abortsökande. I SCB:s undersökning ingår ej tonåringar. Dessa iakttagelser stämmer väl med Umeåundersökningen 1982; däremot var andelen hemarbetande på heltid betydligt högre i Trosts material från 1975 (17 %).

Om man jämför förvärvsverksamheten mellan svenskfödda och utrikes födda kvinnor framträder vissa smärre skillnader. Andelen förvärvsarbetande var nämligen 66 % bland de förra mot 59 % bland de senare vilket dock ej gäller i riket som helhet. Generellt sett har nämligen invandrarkvinnor högre förvärvsfrekvens än svenskfödda kvinnor. I vår undersökning var emellertid en något större andel av invandrarkvinnorna hemarbetande eller studerande.

De förvärvsarbetande kvinnorna har en relativt smal yrkesfördelning. Enligt Folk- och bostadsräkningen 1975 var sålunda mer än 50 % av alla kvinnor koncentrerade till 9 yrken. De mest förekommande var sekreterare, kontorist, maskinskrivare, sjukvårdsbiträde och affärsbiträde. Detta mönster kvarstår och 1981 tillhörde 70 % av de förvärvsarbetande kvinnorna de socio-ekonomiska grupperna ej facklärda respektive facklärda arbetare samt lägre tjänstemän. Vidare kan påpekas att varannan kvinna arbetade inom den offentliga sektorn (*Kvinnor och barn* 1982).

Denna typiska fördelning på "kvinnoyrken" framträder föga överraskande även i kommitténs studie. 12 % av de intervjuade arbetade sålunda inom sjukvården som biträden, sköterskor eller skötare. 6 % av kvinnorna hade industriarbete, 4 % var lokalvårdare, 3 % arbetade i affär och lika stor andel var barnsköterskor/dagmammor. Mer än hälften av de kvinnor som hade förvärvsarbete återfanns således i de vanliga kvinnoyrkena.



Figur 10:2 Andel aborter (inklusive den aktuella) av samtliga graviditeter bland kvinnor som gjort abort 1981 inom utvalda sjukhusområden. Procenttal

10.4 Graviditeter, barnafödande och aborter

10.4.1 Antal föregående graviditeter

35 % av samtliga intervjuade hade ej varit gravida tidigare. Denna andel var emellertid högre bland de svenska kvinnorna än de utrikes födda (36 resp. 27 %). Även andelen med en tidigare graviditet är något högre bland de svenskfödda. Andelen som varit gravida två gånger tidigare är däremot lika stor i de båda grupperna. En större andel av de utrikes födda än de svenska kvinnorna har varit med om tre eller flera föregående graviditeter. Detta skulle kunna bero på att de utrikesfödda kvinnorna i undersökningen är äldre och därför hunnit med en längre period i äktenskap eller samboende än de sverigefödda kvinnorna. Om vi gör en åldersfördelning av de intervjuade och i stället tittar på den aktuella graviditetens ordningsnummer finner vi dock att dessa skillnader kvarstår. Från åldersgruppen 20–24 år och däröver hade den aktuella graviditeten ett högre ordningsnummer bland de utrikesfödda kvinnorna (tabell 2, bilaga).

Upp till 30-årsåldern avbröt de svenska kvinnorna relativt sett oftare än de utrikesfödda kvinnorna sina graviditeter med abort, däröver är sedan förhållandet det motsatta (figur 10:2). Det bör dock påpekas att de utrikesfödda kvinnorna genomgående har en högre *graviditetsfrekvens* och därför redovisar ett större antal aborter per 1 000 kvinnor i alla åldersgrupper (se nedan).

10.4.2 Antal födda och hemmavarande barn

En ganska stor andel av de intervjuade kvinorna (44 %) hade ej tidigare fött barn. Denna andel är något högre än medelvärdet för riket 1981 (41 %). I Umeåundersökningen var andelen barnlösa kvinnor något högre (49 procent). På denna punkt pekar emellertid kommitténs undersökning på att det

Tabell 10:3 Antal födda barn per kvinna. Procentuell fördelning.

	Antal födda barn per kvinna						Antal kvinnor
	0	1	2	3	4	5–	
Infödda kv.	47	18	22	10	2	1	3 100
Utrikes födda kv.	35	22	26	10	5	1	689
Samtliga	44	19	23	10	3	1	3 789

föreligger en skillnad mellan infödda och invandrade kvinnor. Andelen som inte tidigare fött barn var nämligen betydligt högre bland de svenska kvinnorna: 47 mot 35 % bland invandrarkvinnorna. Svenska kvinnor avbryter således oftare sin första graviditet, ett mönster som även återfinns vid jämförelse mellan Sverige och en del av invandrarnas hemländer. Omkring 50 % av samtliga intervjuade hade fött 1–3 barn (tabell 10:3). Något högre andelar kan därvid följdriktigt noteras för de utrikes födda, en iakttagelse som sedan ytterligare framträder beträffande dem som fött 4 eller fler barn.

Skillnaderna i fråga om barnafödandet mellan svenska och invandrade kvinnor i denna studie är *delvis beroende på åldersfaktorn:* invandrarkvinnorna var genomsnittligt sett äldre och hade rimligen en längre samlevnadsperiod bakom sig. Vidare är det iakttagna mönstret även en avspegling av att invandrarkvinnor från sydosteuropa har en högre fruktsamhet än den svenska befolkningen och invandrare från nordeuropa (*Olsson* 1982).

En annan följd av detta mönster är att en större andel av de utrikes födda abortsökande hade ett eller flera hemmavarande barn under 16 år. Relationen är i princip densamma som i tabell 10:3.

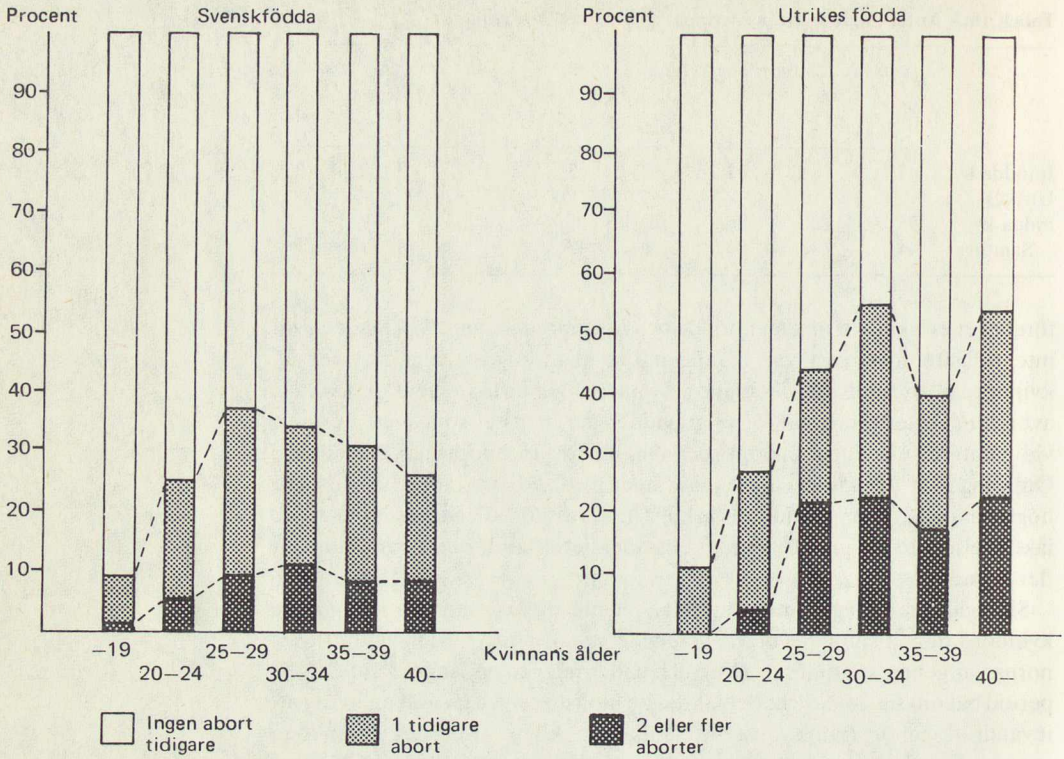
10.4.3 Antal tidigare aborter

I kapitel 8.5.3 berördes den aktuella utvecklingen i riket beträffande upprepad abort m.m. Resultaten från vår intervjuundersökning stämmer väl överens med mönstret för riket: 71 % av de tillfrågade hade ej tidigare genomgått abort. Följaktligen hade 29 % av gruppen varit med om en eller flera aborter före den nu aktuella. Detta är emellertid lägre än i Umeåundersökningen, där andelen med upprepad abort uppgick till 38 % (*Jacobsson* m.fl. 1982).

I vår undersökning påträffas ånyo en skillnad i aborterfarenhet mellan svenskfödda och utrikes födda kvinnor: 27 % av de svenska kvinnorna hade gjort abort minst en gång tidigare. Motsvarande andel uppgick för de utrikes födda till 40 %.

Bland de sverigefödda kvinnorna är det i flesta fall den aktuella aborten deras första. Bland tonåringarna var det 9 % som upplevt en tidigare abort. Denna andel stiger sedan naturligt med kvinnans ålder, men endast upp till 30 år. Detta kan bero på att de äldre kvinnorna genomlevde sin mest fruktsamma period före den nya abortlagen (figur 10:3).

Om vi jämför abortmönstren för de svenska och de utrikes födda kvinnorna ser vi att



Figur 10:3 Fördelning på antal tidigare aborter bland de intervjuade kvinnorna

- de har samma aborterfarenhet till 25 års ålder, dvs. tämligen få har gjort någon abort före den aktuella
- i de högre åldrarna är det vanligare bland de utrikes födda än bland de sverigefödda att den aktuella aborten föregåtts av en eller flera tidigare aborter
- för de utrikesfödda kvinnorna stiger andelen som gjort flera tidigare aborter med åldern, vilket bör bero på att många av dem varit med om aborter före invandringen till Sverige. Vad som kan förklara abortnedgången bland de utrikes födda i åldersgruppen 35–39 år kan vi ej direkt säga. Den kan dock knappast bero på slumpen eftersom procenttalen baseras på 104 observationer.

10.5 De utrikes födda kvinnornas abortmönster

Den stora invandringen till vårt land under de senaste decennierna avspeglas även i befolkningsammansättningen i de områden som betjänas av de sjukhus som är aktuella i denna undersökning. Andelen utrikes födda kvinnor i fertil ålder varierar dock ganska betydligt mellan de olika områdena. Högst är denna i Malmö kommun och Västeråsregionen med 15,8 resp. 15,2 % (tabell 3, bilagan). Jämtlands län, upptagningsområdet för Östersunds lasarett, har den lägsta andelen invandrare.

Tabell 10:4 Antal aborter per 1 000 kvinnor 15–49 år efter sjukhus och nationalitet enligt abortkommitténs intervjuer

Sjukhus	Samtliga kvinnor	Svenska kvinnor	Utrikes födda kvinnor
Lund	15,3	16,2	26,1
Malmö	19,8	17,3	33,3
Västerås	15,4	14,6	19,7
Örebro	17,8	17,2	27,2
Östersund[a]	13,9	13,7	19,7

[a] Avser aborter verkställda 1981-05-01–1982-04-30.

Däremot är skillnaden stor mellan Malmö- och Västeråsområdena i fråga om invandrarbefolkningens etniska struktur. I Malmö, liksom Lund med omnejd, dominerar utomnordiska nationaliteter, framför allt jugoslaver. Västerås och industrikommunerna i Västmanlands län har visserligen även de betydande inslag av sydeuropeiska invandrare, men den dominerande invandrargruppen är finländarna, vilket även gäller för riket som helhet.

Bland de intervjuade kvinnorna var andelen utrikes födda störst vid Allmänna sjukhuset i Malmö (MAS) med 26,6 %. Detta överstiger betydligt gruppens andel av den kvinnliga befolkningen i fertil ålder inom Malmö kommun. Framför allt visar det sig att det är de utomnordiska nationaliteterna som är överrepresenterade. Samma iakttagelse kan även göras för Lund och Örebro. Däremot är inte detta mönster särskilt framträdande för Västerås och Östersunds del.

Dessa iakttagelser tyder på att det är vanligare med abort bland utrikes födda än svenska kvinnor. Detta intryck förstärks om man studerar abortfrekvensen (tabell 10:4).

Som synes var under 1981 abortfrekvensen per 1 000 kvinnor 15–49 år betydligt större bland utrikes födda än infödda svenska kvinnor. I synnerhet gäller detta Malmö kommun och Lunda- och Örebroregionerna. Skillnaderna mellan de båda grupperna var mindre för Västerås del, men är även där statistiskt signifikant (5-procentsnivån). För Östersunds del noteras däremot ej någon statistiskt säker skillnad. Att Malmö skulle ligga högst ifråga om abortfrekvens var föga överraskande, eftersom vi tidigare sett att kommunen har bland de högsta värdena i riket (se kapitel 8).

Om man beräknar abortfrekvensen för femårsklasser visar det sig att skillnaden mellan svenska och invandrade kvinnor kvarstår. De senare har nämligen, med undantag för åldersgruppen 40–44 år, genomgående dubbelt så hög abortfrekvens som de förra. Mot bakgrunden av den dokumenterat höga fruktsamheten hos vissa grupper av de utomnordiska invandrarna, innebär dessa resultat att graviditetsfrekvensen måste vara anmärkningsvärt hög i en del invandrargrupper (tabell 10:5).

Hur kan vi förklara de skillnader som nyss kunde konstateras mellan de undersökta sjukhusen? Varför var t.ex. skillnaden mellan invandrare och svenskfödda så pass liten i Västeråsmaterialet?

Anledningen härtill måste vara det stora finska inslaget i invandrarpopulationen. Det är ett välkänt faktum att de nordiska länderna i dag företer stora likheter i fråga om familjemönster (tvåbarnsfamiljen dominerar) och

Tabell 10:5 Aborter per 1 000 kvinnor i femårsklasser i de utvalda sjukhusens upptagningsområden

Ålder	Svenska kvinnor	Utrikes födda kvinnor	Samtliga	Riket 1981
-19	16,3	41,0	17,6	21,0
20-24	25,7	55,3	28,1	27,4
25-29	17,9	43,8	20,8	21,7
30-34	16,5	36,0	18,9	19,4
35-39	14,2	27,6	15,6	16,9
40-44	8,9	11,8	9,3	8,8
45-49	1,2	2,4	1,3	1,3

preventivmedelsanvändning men även beträffande aborterfarenhet (se kapitel 9). Vidare är det knappast motiverat att tala om några sociala skillnader mellan den invandrade och svenska befolkningen i regioner av typen Västmanlands län – i varje fall inte mellan finländare och svenskar.

Den högre abortfrekvensen bland invandrarna i Lund, Malmö och Örebroregionerna är uppenbarligen till stor del etniskt-kulturellt betingad. I dessa områden är andelen invandrare från sydöstra Europa betydligt högre än i Västerås och Östersund. I flera av de aktuella utvandrarländerna är sedan länge abortfrekvensen högre än i Sverige, och abort (legal och illegal) används regelmässigt i födelsekontrollerande syfte. Skälet härtill är att preventivmedel länge varit svårttillgängliga och därför mindre brukade (*Potts* m.fl. 1977, *Tietze* 1981).

Skillnaden i prevention och abortmönster gentemot vårt land beror dessutom på existensen av andra värdesystem ifråga om familjeorganisation, könsroller och sexualitet. Man kan t.ex. peka på en sådan skillnad som den mellan den officiella svenska ideologin om jämställdhet mellan könen och det patriarkaliskt styrda familje- och släktskapssystem som fortfarande finns i stora delar av sydöstra Europa. Svenska kvinnor rör sig fritt utanför hemmet såväl på arbetsplatsen som i sällskapslivet. Pojkars och flickors världar är i stort sett integrerade, samhället har i väsentliga avseenden inflytande på uppfostran, familjens roll är relativt sett underordnad. Vår sexualmoral tillåter föräktenskapliga förbindelser för båda könen; vi har en slags kontraceptiv sexualkultur; p-medel omtalas, avbildas, marknadsförs och hänvisas till i den offentliga debatten osv.

Detta innebär en skarp kontrast mot ett kulturellt-socialt system där mannen är den högsta auktoriteten, familjeförsörjaren. Kvinnans plats är hemmet och hon har få kontakter därutanför. Barnen uppfostras för att ikläda sig markant skiljaktiga könsroller. Flickorna byter vid vuxen ålder föräldraberoendet mot beroendet av sin man. Även på det sexuella området finns starkt könsrollsbundna mönster. Männen får ha föräktenskapliga kontakter, medan kvinnorna förväntas gå orörda in i äktenskapet. Absolut tystnad om sexuella ting är föreskriven för barn, ungdomar och kvinnor – inställningen till upplysning om samliv och preventivmedel är ofta negativ. P-piller anses i en del samhällen öka riskerna för kvinnans otrohet – aborter är en vanlig metod för födelsekontroll.

Även om kulturkollisionen inte alltid är så stor som i den modell som skisserades – det finns stora skillnader såväl mellan som inom våra invandrares hemländer – måste vi räkna med att många invandrare genom sin flyttning till vårt land tvingas genomgå en radikal förändringsprocess. Att mycket av deras kulturella och sociala arv kan leva kvar under lång tid är självklart.

Det anses dock att de flesta invandrargrupper med tiden anpassar sig till det svenska samhället ifråga om användningen av preventiva metoder och framkallad abort. Vi har även detta intryck från våra intervjuer där vi – låt vara på ett litet statistiskt underlag – sett att invandrarbarn födda i Sverige uppvisat samma mönster som de övriga sverigefödda kvinnorna. En sådan anpassning tar dock i allmänhet flera år och kräver riktade informations- och upplysningsinsatser för att fånga upp invandrarkvinnor, men kanske i ännu högre grad deras män. Man arbetar sedan flera år tillbaka med hithörande frågor inom bl.a. socialstyrelsens h-byrå (*Abortkommittén, hearing* 1982-11-12. Se även kapitel 15).

I betänkandet Lära leva tillsammans (*Ds S 1982:08*) har vi tidigare uppmärksammat de problem som kan uppstå när invandrarbarn kommer i kontakt med den svenska skolans samlevnadsundervisning. Problemen är naturligtvis olika stora för olika invandrargrupper, liksom för första respektive andra generationen invandrare. Vi konstaterade emellertid att skolans krav på att *alla* elever ska delta i samlevnadsundervisning innebär en konflikt med valfrihetsmålet för invandrarpolitiken, eftersom skolan ska förmedla värderingar som många gånger ej delas av elevernas familjer. Vi föreslog därför flera olika åtgärder för att underlätta samlevnadsundervisningens genomförande för såväl berörda lärare som eleverna och deras familjer. Det svenska samhället får t.ex. inte ge avkall på kraven om jämställdhet och accepterandet av lagar och värderingar som är av grundläggande betydelse. Att skolan har en viktig roll att fylla i detta sammanhang är en självklarhet.

Det finns således åtskilligt som talar för att det bakom vissa invandrargruppers höga abortfrekvens finns ett kulturellt och socialt arv från utvandrarmiljön. Dessutom inverkar givetvis deras levnadsförhållanden i det svenska samhället. Det är ett känt förhållande att många invandrare återfinns i låglöne- och lågstatusyrken, ofta med oregelbundna arbetstider. Vidare är invandrarbefolkningen vanligen koncentrerad till vissa bostadsområden, vilket kan fungera som en trygghet för de nyinflyttade, samtidigt som integrationen i det svenska samhället tar längre tid.

Invandrarkvinnornas avvikande abortfrekvens är alltså egentligen inte överraskande. Våra resultat innebär dock att man kan förvänta sig att samma mönster finns i de andra regioner i Sverige, som har en hög andel utomnordiska invandrare. Därför är det angeläget att sjukvårdshuvudmännen följer denna utveckling och uppmärksammar invandrargruppernas preventivmedelssituation. Det är viktigt att man i landstingens upplysningsverksamhet har ett nära samarbete med invandrarorganisationerna för att underlätta större preventivmedelsanvändning och aktivt propagera för det planerade föräldraskapet.

10.6 Användningen av preventiva metoder

10.6.1 SCB:s undersökning

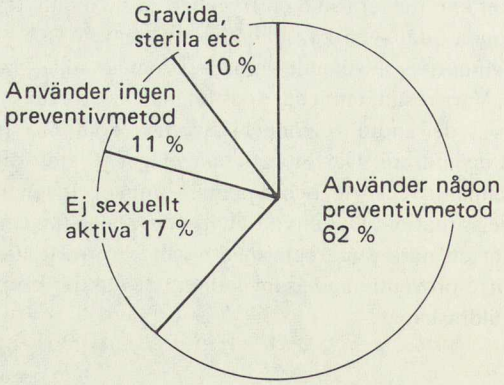
I dagens Sverige är användningen av preventiva metoder utomordentligt stor. Med olika p-metoder kan kvinnor och män bedriva en aktiv familjeplanering och bestämma hur många barn man vill skaffa och när i livscykeln man vill ha dessa. Redan den låga nativiteten och den likaledes låga andelen inträffade graviditeter ger en viss uppfattning om effektiviteten i denna typ av födelsekontroll (se kapitel 8).

Statistiska centralbyrån, som 1978 fick i uppdrag av regeringen att utreda orsakerna bakom det låga barnafödandet, har från detta utredningsarbete nyligen publicerat rapporten *Kvinnor och barn* (1982). I denna redovisas bl.a. aktuella uppgifter om preventivmedelsanvändningen i landet. Resultaten bygger på den omfattande intervjuundersökning som SCB genomförde under perioden mars-maj 1981. Då intervjuades 4 300 svenska kvinnor i åldern 20–44 år rörande sina levnadsförhållanden, samliv, barnafödande, preventivmedel m.m.

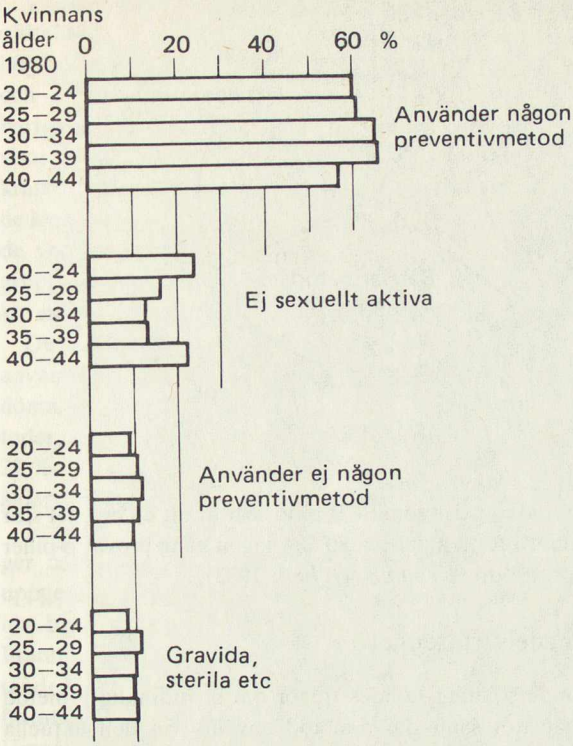
62 % av samtliga kvinnor i åldern 20–44 år uppgav att de under senaste 4-veckorsperioden använt någon preventivmetod. En stor del hade inte haft anledning därtill, t.ex. de som var gravida eller sterila (10 %) eller som inte haft samlag under perioden (17 %). Blott 11 % av samtliga kvinnor använde inte någon preventivmetod; drygt hälften av dem därför att de önskade bli gravida eller förklarade sig inte ha någonting emot detta. Litet annorlunda uttryckt betyder detta att drygt 90 % av samtliga sexuellt aktiva och sannolikt fruktsamma kvinnor som ej uttryckligen önskar bli gravida använder någon preventivmetod (figur 10:4, tabell 10:6).

Användningen av preventiva metoder skiljer sig ganska litet mellan olika åldersgrupper. Även en jämförelse av den andel kvinnor som inte använder preventivmetoder visar på små skillnader mellan åldrarna (figur 10.5).

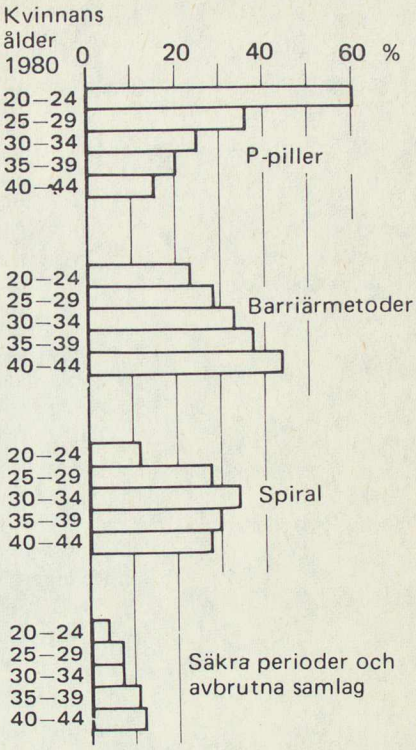
Däremot skiljer sig användningen av de enskilda metoderna mellan olika åldersgrupper. P-piller är vanligast bland yngre kvinnor, medan traditionella barriärmetoder är mest förekommande bland kvinnor över 35 år. Bortsett från den yngsta åldersgruppen i SCB:s undersökning (20–24 år), är användningen av spiral ungefär lika stor i alla åldrar – nära 30 %.



Figur 10:4 Användningen av preventivmetoder bland svenska kvinnor 20–44 år.
(Källa till figurerna 10:4–7: Kvinnor och barn 1982)



Figur 10:5 Preventivmetodsbruket i olika åldersgrupper



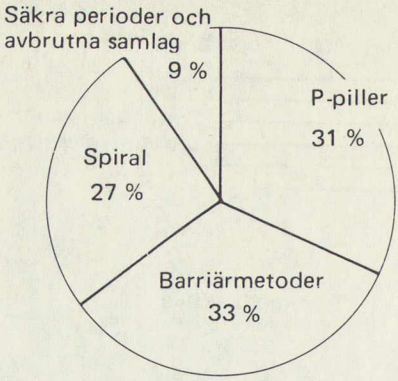
Figur 10:6 Användning av olika preventivmetoder efter ålder

Tabell 10:6 Skäl att ej använda någon preventivmetod

	Procent
Vill gärna bli gravid	39
Gör detsamma om jag blir gravid	17
Tror inte jag kan bli gravid	17
Hade inget p-medel tillgängligt	3
Principskäl	3
Annat skäl, uppgift saknas	21
Summa	100

Källa: Kvinnor och barn (1982)

Naturmetoderna ökar i användning med stigande ålder: från 4 % bland 20–21-åringarna till 12 % bland kvinnorna i åldern 40–44 år (figur 10:6). Totalt sett svarar de högeffektiva metoderna p-piller och spiral för 58 % (27 resp. 31 %) av användningen bland dem som använder någon p-metod. Barriärmetoder begagnas av 33 % och där intar kondom en dominerande ställning (30 %). De s.k. naturmetoderna avbrutet samlag och ”säkra perioder”, ”naturlig födelsekontroll” m.m. tillämpas av knappt 10 % (figur 10:7).



Figur 10:7 Användning av preventivmetoder

En annan intressant iakttagelse som SCB redovisar är att en mycket stor andel av landets kvinnor i fertil ålder (ca 80 %) någon gång provat p-piller under längre eller kortare tid (*Kvinnor och barn* 1982).

10.6.2 Preventivmedelserfarenhet

I abortkommitténs undersökning ställdes frågor om huvudsaklig p-metod under det senaste halvåret samt om p-metod använts vid den aktuella konceptionen. Därvid framkom att en stor del av de abortsökande (75 %) använt p-metod under de närmast föregående 6 månaderna. P-piller och spiral hade använts av 20 resp. 8 % av de intervjuade. Barriärmetoder (vanligen kondom) av 39 % (tabell 10:7). Ett liknande mönster har f.ö. framkommit i flera tidigare studier (se t.ex. *Rätten till abort* 1971, *Wohlert & Møller-Larsen* 1979, *Söderberg* 1981, *Trost* 1982).

Tabell 10:7 Huvudsaklig p-metod under de senaste 6 månaderna bland intervjuade kvinnor som genomgått abort. Femårsklasser. Procent

Ålder	Metod						
	P-piller	Spiral	Barriär	Natur	Ingen	Övrigt	Antal kvinnor
–14	19		44	6	25	6	16
15–19	21	1	39	3	34	3	584
20–24	28	7	35	3	24	1	896
25–29	22	10	34	4	24	5	684
30–34	21	13	38	3	21	4	694
35–39	9	11	45	6	26	4	591
40–44	7	8	45	8	26	6	266
45–49	6		47	3	35	9	34
Samtliga	20	8	39	4	26	4	3 765
Svenska kvinnor	20	8	41	3	24	4	
Utrikes födda	17	7	28	3	36	9	

Vissa skillnader framträder emellertid i fråga om p-medelsanvändningen i olika åldrar. En viktig iakttagelse är t.ex. att barriärmetoder svarar för den högsta andelen i samtliga åldersgrupper. Endast bland kvinnor i åldern 20–24 och 25–29 kan p-piller och spiral sammantagna nå upp i närheten av barriärmetodernas andel. När det gäller användningen av enskilda metoder visar tabell 10:7 att p-piller är vanligast bland de yngre kvinnorna och avtar kraftigt från 35-årsåldern. Spiralanvändarna är genomsnittligt sett äldre än de kvinnor som tar p-piller, medan barriärmetoderna är mest använda bland de yngsta och äldsta kvinnorna. Det är även bland de båda sistnämnda grupperna som andelen utan p-metod är som högst – sannolikt beroende på att en del av dessa kvinnor har ett sporadiskt samliv.

De svenska kvinnorna hade i betydligt högre grad än de utrikes födda använt någon p-metod under det senaste halvåret. Av vår undersökning att döma bestod skillnaden främst i den olikartade användningen av barriärmetoder; dessa hade begagnats av 41 % av de svenska kvinnorna mot endast 28 % av de utrikes födda. Denna skillnad är genomgående i samtliga åldersgrupper.

Frågan om någon p-metod kommit till användning vid konceptionstillfället ger naturligtvis en något annorlunda bild. 48 % av samtliga tillfrågade uppger dock att de eller deras partner använt p-metod. Samma iakttagelse har bl.a. gjorts av Jacobsson och medarbetare (1982) och Trost (1982). Framför allt är det användningen av p-piller i gruppen som minskat, en tendens som syns i alla åldrar (tabell 10:8). Frånvaron av p-metod är mest framträdande hos de tonåriga kvinnorna, vilket f.ö. även var fallet i Umeåundersökningen (*Jacobsson* m.fl. 1982). Skillnaden mellan svenska och utrikes födda kvinnor kvarstår. De senare uppger en lägre användning av p-metod: för 58 % av dem hade något skydd ej kommit till användning när den aktuella graviditeten inträffade. För de svenska kvinnorna låg siffran på 46 %. Om våra siffror är tillförlitliga torde de spegla en del av vårt lands respektive vissa av invandrarnas hemländers traditioner på födelsekontrol-

Tabell 10:8 Uppgiven preventivmetod vid konceptionen. Femårsklasser. Procent

Ålder	Metod						
	P-piller	Spiral	Barriär	Natur	Ingen	Övrigt	Antal kvinnor
–14	6		25	6	63		16
15–19	5	1	32	4	56	3	584
20–24	8	5	30	4	49	4	896
25–29	6	6	31	5	48	5	684
30–34	7	7	33	4	45	4	694
35–39	3	6	35	6	47	3	591
40–44	3	4	36	8	44	5	266
45–49			35	6	50	9	34
Totalt	6	5	32	5	48	4	3 765
Svenska kvinnor	6	5	34	3	46	4	
Utrikes födda	4	3	22	5	58	8	

Anm.: Uppgift saknas för 24 intervjuade kvinnor

lens område. Barriärmetoden har varit vanlig ganska länge i de nordiska länderna, till skillnad från andra delar av Europa.

Vi berörde tidigare att flyttning till ett annat land på många sätt innebär en svår omställningsprocess för många människor, inte minst på områden rörande samlevnad, könsroller, preventivmedel och aborter. Våra uppgifter tyder dock på att den lägre preventivmedelsanvändningen och den högre abortfrekvensen bland vissa invandrargrupper främst gäller första generationen invandrare, dvs. utrikes födda. De kvinnor som finns med i vår undersökning och som är andra generationens invandrare, uppvisar ett i det närmaste identiskt abortmönster med de övriga svenskfödda kvinnorna. Samma iakttagelse kan även göras beträffande val av preventivmetoder och användningen av preventivmetoder.

Hur stämmer dessa siffor med dem som SCB redovisat? I tabell 10:9 görs en direkt jämförelse mellan SCB:s och abortkommitténs intervjupopulationer. SCB-populationen utgörs av icke gravida sexuellt aktiva kvinnor som trodde att de kunde bli gravida.

Många av kvinnorna i kommitténs undersökning hade tydligen bytt från en säker till en osäker p-metod när de blev gravida.

Hälften av gruppen hade inte praktiserat någon metod alls. Ställer man dessa siffror mot SCB:s framträder naturligtvis markanta skillnader i fråga om användningen av "säkra" metoder som p-piller och spiral. Samma gäller för den andel som inte använt något skydd alls. I SCB:s undersökning uppgav hälften av den grupp som saknade p-metod att de önskade bli gravida. I Umeå-undersökningen uppgav 3 % av de kvinnor som gjorde abort att deras graviditet ursprungligen varit planerad (*Jacobsson* m.fl. 1982). I vår undersökning torde 5-6 % av graviditeterna ha varit tänkta att fullföljas. Så stor andel av de intervjuade uppgav nämligen befarad fosterskada eller bruten relation som skälet till att de gjorde abort.

Av tidigare undersökningar som berört frågan om de abortsökande eller deras partner försökt använda någon p-metod när den aktuella graviditeten inträffade framgår, att omkring hälften av de tillfrågade brukar uppge att prevention förekommit (se t.ex. *Jacobsson m.fl.* 1980, 1982, *Söderberg* 1981, *Trost* 1982). Detta betyder således att varannan abortsökande kvinna, eller hennes partner, aktivt sökt förebygga en graviditet. När vi samtidigt noterar

Tabell 10:9 Användningen av p-metoder bland sexuellt aktiva kvinnor i SCB:s intervjuundersökning och bland kvinnor som genomgått abort. Procentuell fördelning.

	Metod					
	P-piller	Spiral	Barriär	Natur	Övrigt	Ingen
SCB	27	23	28	7		15
I	20	8	39	3	4[a]	26
II	6	5	32	5	4	48

[a] inkl. uppgift saknas

Anm.: I avser svaret på kommitténs fråga om huvudsaklig p-metod under de senaste 6 månaderna.

II avser svaret på frågan vilken p-metod som praktiserats när den aktuella graviditeten inträffade.

att hälften inte gjort detta (se tabell 10:10) gäller det att hålla i minnet att det i denna grupp t.ex. finns de som glömt att ta sitt p-piller en enstaka gång och således "egentligen" trott sig vara skyddade. Vidare finns flera exempel på att de intervjuade trott att de inte kunnat bli gravida.

Vår undersökning illustrerar också, vilket i och för sig är välkänt, att inte ens de som tar p-piller eller har spiral är 100-procentigt skyddade mot en oplanerad graviditet. 6 % av de tillfrågade uppgav att de tagit p-piller/mini-piller, medan 5 % hade spiral insatt. I Umeåundersökningen var den uppgivna användningen av dessa metoder bland de abortsökande något större: 12 respektive 9 %. Det bör framhållas att de riskmått man rör sig med för t.ex. spiral (1–4 graviditeter per 100 kvinnoår) inte kullkastas av de här vunna resultaten; i ett abortmaterial möter man nämligen en stor del av de fall där metoden misslyckats.

Fakta som dessa måste man ha klara för sig, om man vill förstå dagens abortmönster. Samtidigt är det helt uppenbart att de allra flesta kvinnor och män som verkligen vill undvika en graviditet framgångsrikt använder preventiva metoder. Det finns emellertid en del kvinnor och män som har svårt att finna en väl fungerande p-metod när p-piller och spiral ej går att använda. Kondom, pessar eller naturmetoder fungerar av allt att döma väl för många, men har den stora nackdelen att vara samlagsberoende. De kräver förberedelser, noggrannhet och självdisciplin, vilket naturligtvis kan vålla problem när vi rör oss med starka känslor. Eftersom sexualdriften är stark och irrationell är naturligtvis risken för p-medelsmissar större med dessa metoder än med dem som ej fordrar planering eller störande avbrott. I Margareta Callerstens rapport *Bilder och röster (Ds S 1981:24)* finns flera exempel på att olösta preventivmedelsproblem resulterat i en oönskad graviditet.

Det finns därför mycket som talar för att många av de kvinnor som väljer abort helt enkelt råkar tillhöra de 50 % av den sexuellt aktiva befolkningen som enligt SCB använder barriär- och naturmetoder eller inte någon p-metod alls. I denna grupp torde det sedan i mångt och mycket vara slumpen, dvs. hur lätt eller svårt man har att bli gravid med sin partner, som avgör om man blir oplanerat/oönskat gravid. I nästa led inverkar sedan många faktorer, inte

Tabell 10:10 Preventivmedelsanvändningen under de närmast föregående sex månaderna fördelad på förstagångs- och upprepade aborter. Procentuell fördelning

	Ingen tidigare abort N=2 675	Minst en tidigare abort N=1 114	Totalt N=3 789
P-piller	18	24	20
Spiral	7	10	8
Barriär	40	33	39
Naturmetod	4	4	4
Ingen	26	26	26
Övrigt	2	2	2
Uppgift saknas	3	1	2
	100	100	100

minst av ekonomisk och social natur, på om dessa graviditeter fullföljs eller leder till abort.

Aborterfarenhet och prevention

I studien från Aarhus i Danmark påträffade forskarna inte någon skillnad mellan preventivmedelsanvändningen hos de kvinnor som gjorde sin första abort och de som hade gjort abort tidigare (*Wohlert & Møller-Larsen* 1979). Jacobsson och medarbetare (1982) fann att *en* tidigare genomgången abort innebär en stimulans till ökad p-medelsanvändning, men tendensen var ganska svag. För de kvinnor som genomgått två eller fler aborter före den aktuella, fann man dock en signifikant ökning i skyddsfrekvensen. Tidigare undersökningar har visat att de flesta kvinnor försöker med flera olika p-medel efter en abort, men att många slutar, t.ex. med p-piller, på grund av biverkningar eller oro för sådana. Jacobsson och medarbetare menar att det faktum att preventivmedelsanvändandet inte ökar kraftigare sedan kvinnan en gång varit med om en abort inte främst ska ses som "slarv" eller bristande motivation, utan som ett tecken på stora faktiska svårigheter att finna en lämplig skyddsmetod (*Jacobsson m.fl.* 1982).

I vår undersökning fanns ingen skillnad beträffande förekomsten av prevention mellan de kvinnor som varit med om abort tidigare respektive saknade aborterfarenhet. Däremot fanns det en tendens till större användning av p-piller och spiral bland dem som genomgått abortoperation någon gång tidigare.

Av dem som gjort minst en tidigare abort använde sålunda 34 % en "säker" metod under de 6 månader som föregick den nu aktuella aborten. Detta kan jämföras med en andel på 25 % för dem som ej gjort abort tidigare, och som i högre grad använt barriärmetoder. Däremot påträffades inte någon skillnad mellan grupperna beträffande den andel som inte haft någon p-metod. Detta gäller även i fråga om p-medelsanvändningen vid konceptionstillfället: i båda grupperna låg andelen som använt resp. ej använt preventivmedel på ca 50 %.

Aborterfarenhet tycks sålunda inte leda till ökad preventivmedelsanvändning och det förefaller tänkbart att detta är ett utslag av att preventionen kan vara ett svårlöst problem för en del män och kvinnor. Det borde dock vara möjligt att förebygga en del upprepade aborter om man följer upp abortingreppet med ett eller flera återbesök där man särskilt ägnar uppmärksamhet åt preventivmedelssituationen (se kapitel 5).

Utbildning och preventivmetod

I vår enkät ingick även en fråga om de abortsökandes utbildning. Syftet med denna var att försöka se om det fanns något samband mellan utbildningsnivå och användningen av preventiva metoder. I Wohlerts och Møller-Larsens studie kunde nämligen konstateras ett samband mellan hög utbildning och hög prevention. Kvinnor med folkskola och realskola använde företrädesvis p-piller, medan kvinnor som avlagt studentexamen oftast uppgav att deras partner använt kondom.

Tabell 10:11 Utbildning och prevention. Procentuell fördelning

	Folkskola		Grundskola		Gymnasium		Postgymnasial examen	
	N=336		N=1 662		N=1 195		N=520	
	I	II	I	II	I	II	I	II
P-piller	12	4	22	7	21	5	16	4
Spiral	8	4	8	4	7	5	10	7
Barriär	38	29	35	29	42	36	43	35
Naturmetod	5	6	3	4	3	4	7	8
Ingen	33	54	28	52	23	46	20	42
Övrigt	4	2	2	1	1	1	3	2
Uppgift saknas		1	1	2	1	3	1	2
	100	100	100	100	100	100	100	100

Anm.: I = de närmast föregående 6 månaderna
II = vid konceptionstillfället
Indelningen avser avslutad utbildning

Som framgår av tabell 10:11 var barriärmetoder de mest använda i samtliga utbildningsgrupper, vilket avviker från den danska studiens resultat. Någon större skillnad i fråga om användningen av p-piller synes ej föreligga, bortsett från den grupp kvinnor som endast genomgått folkskola. Kvinnorna i denna grupp är dock betydligt äldre än de övriga, vilket förklarar deras lägre p-pilleranvändning.

Liksom i den danska studien tycks den uppgivna användningen av preventiva metoder samvariera positivt med utbildningens längd. På frågan om p-metod användes vid konceptionstillfället uppgav sålunda 58 % av de kvinnor som avlagt högskoleexamen att så varit fallet. Motsvarande procenttal för de tre övriga utbildningsnivåerna varierar mellan 46 och 54 %. Vi bör emellertid nalkas dessa siffror med en viss försiktighet då vi inte vet i vad mån en lång eller kort utbildning i sig har inverkat på vad man svarat i intervjusituationen.

10.7 Intervallet mellan föregående graviditet och den nu aktuella

Den officiella abortstatistiken ger ingen upplysning om huruvida det är vanligt eller ej med korta tidsintervall mellan upprepade aborter eller mellan en förlossning och en abort. Därför ville vi studera detta närmare, och i samband med intervjuerna med de abortsökande kvinnorna insamlades uppgifter om deras föregående graviditeter.

När det gällde tidpunkten för närmast föregående graviditet (här avses tiden för graviditetens avslutande med förlossning eller abort) visade det sig att 16 % av de intervjuade hade varit med om förlossning eller abort inom två år före den nu aktuella aborten. En stor del av kvinnorna var förstagångsgravida (35 %), medan de återstående avslutat sin närmast föregående

graviditet för mer än två år sedan. Sammanlagt fyra procent av de tillfrågade uppgav att deras senaste graviditet slutat med spontan abort (missfall).

Redan av dessa siffror kan vi se att det är relativt få kvinnor som nyligen varit gravida när de befinner sig i abortsituation. Bryter vi ner dessa siffror på kortare perioder framkommer följande mönster (tabell 10:12):

Av vår undersökning framgår att 50 (1,4 %) resp. 47 (1,3 %) kvinnor varit med om (sin senaste) abort eller förlossning mindre än sju månader före den nu aktuella aborten. Ytterligare 1,9 % av kvinnorna hade varit med om (sin senaste) abort för 7–12 månader sedan. Under samma period hade 3,9 % av de kvinnor som nu gjorde abort, fött barn.

När det gäller de kvinnor som fött barn för mindre än ett år sedan, är det tydligt att de upplevt att den nya graviditeten kommit för tätt efter deras förra. Denna grupp illustrerar att det finns en speciell graviditetsrisk när samlivet återupptas efter en förlossning. En del kan t.ex. överskatta den period av temporär sterilitet som alltid följer efter barnsbörd. I andra fall tror man – vilket i och för sig inte är helt ogrundat – att man inte kan bli gravid så länge man ammar och menstruationen ej återkommit. I våra intervjuer framskymtar några exempel på att kvinnor och män förlitat sig just på amningens effekter när samlivet återupptogs.

Totalt sett var det emellertid av våra resultat att döma ovanligt med abort tätt efter en förlossning, vilket tyder på att användningen av mera tillförlitliga preventivmetoder är god, även i ett skede när det kan vara svårt att med bestämdhet veta om möjligheten till befruktning återkommit. Vi vill ändå poängtera vikten av att man såväl på BB som vid efterkontroll på mödravårdscentral inte försummar att ta upp de svårigheter som kan uppstå med preventivmedel och samliv under den närmaste perioden efter förlossningen. Dessa frågor får även anses vara angelägna att ta upp inom föräldrautbildningen.

När det sedan gäller de upprepade aborterna, måste vi ge en del kompletterande information utöver den som fanns i tabell 10:12, eftersom det där bara redovisades tidpunkt för *senaste* abortoperation. Frågan gäller därför hur många kvinnor som varit med om abort inom t.ex. ett eller två år före den nu aktuella och om det är vanligt att någon undergått flera abortingrepp under denna period.

Tabell 10:12 Redovisning av de intervjuade kvinnornas närmast föregående graviditet efter tidpunkt och utfall. Procent

	Tid (månader) före nu aktuell abort						
	<7	7–9	10–12	13–18	19–24	Mer än 2 år	Totalt
Abort	1,4	0,8	1,1	1,4	1,3	17,4	23,4
Förlossning	1,3	1,9	2,0	2,4	2,3	27,6	37,5
Ej tidigare gravida							35,1
Missfall							4,1
Totalt	2,7	2,7	3,1	3,8	3,6	45,0	

Tabell 10:13 Antal kvinnor som genomgått abort mindre än 2 år före intervjutillfället

Tid	< 1 år			< 2 år				Andel av samtliga intervjuade (procent)
Antal aborter	1 abort	2 aborter	totalt	1 abort	2 aborter	3 aborter	totalt	
Antal kvinnor	135	6	141	267	26	1	294	8

Anm.: Antal intervjuade = 3 658
Antal kvinnor som någon gång gjort abort = 1 076

Av de 1 076 kvinnor som tidigare gjort abort före den som var aktuell i samband med vår undersökning, var det drygt en fjärdedel som hade varit med om denna abort för mindre än två år sedan. I de allra flesta fall låg deras abort – i regel rörde det sig om *en* tidigare abort – längre tillbaka i tiden. Det är sålunda en påfallande liten grupp kvinnor som gör täta upprepade aborter, men denna grupp är säkert iögonenfallande för den sjukvårdspersonal som arbetar med abortverksamhet.

I tabell 5, bilagan, ges kompletterande information om mönstret i de upprepade aborterna.

10.7.1 Användning av p-metoder bland nyligen gravida

Det förefaller finnas vissa tidsmässiga variationer i fråga om användningen av p-metoder under den närmaste tiden efter en graviditet. Preventionen är inte oväntat lägst bland dem som fick abort mindre än 7 månader efter barnsbörd/abort (48 %). Denna andel understiger dock endast obetydligt vad som tidigare kunde noteras för samtliga abortpatienter i studien. Den uppgivna användningen av p-metoder var däremot högre bland de kvinnor som var i abortsituation något längre tid efter föregående graviditet. Den högsta redovisades för kvinnor i intervallet 10-12 månader (62 %). De kvinnor som gjorde (sin senaste) abort inom 2 år efter en föregående graviditet använde således inte p-metoder i mindre grad än genomsnittet av abortsökande (tabell 10:14).

Av tabell 10:14 framgår ånyo skillnaden mellan sverigefödda och utrikesfödda kvinnor ifråga om det uppgivna bruket av preventivmetoder.

Tabell 10:14 Användning av p-metod vid konceptionen bland de kvinnor som avslutat sin senaste graviditet mindre än 2 år före den nu aktuella aborten. Procent

	Tid				
	< 7 mån.	7–9 mån.	10–12 mån.	13–18 mån.	19–24 mån.
Sverigefödda (474)	53	60	66	58	58
Utrikesfödda (140)	33	48	50	44	43
Samtliga (614)	48	58	62	57	53

I denna del har undersökningen visat att det är ovanligt med upprepad abort kort efter en föregående samt med abort tätt efter förlossning. Ingenting har framkommit som skulle kunna tyda på att abort används i stället för preventiva metoder av de kvinnor vars graviditetshistoria närmare belysts i detta avsnitt. Bland de kvinnor som varit med om en graviditet mindre än 2 år före den nu aktuella aborten var istället det uppgivna bruket av preventivmetoder relativt högt.

När det gäller förebyggande av upprepad abort har vi i kapitel 5 särskilt betonat betydelsen av återbesök och preventivmedelsuppföljning.

10.8 Motiv till abort

I förarbetena till 1974 års abortlag underströks att abortfrågan endast var en del av den större frågan om födelsekontroll. Lagen ger individen rätt att själv bestämma över sin fruktsamhet och ger tillsammans med övriga familjeplaneringsinsatser förutsättningen för det frivilliga föräldraskapet, för barns rätt att födas önskade osv. Denna syn kontrasterar märkbart mot tidigare lagstiftning och praxis där man försökte göra legal abort "terapeutisk" i den bemärkelsen att ingreppet bedömdes nödvändigt för kvinnans framtida kroppsliga och själsliga hälsa. Numera behöver ingen kvinna uppge något särskilt abortmotiv eller undergå något utredningsförfarande, om ingreppet kan göras före 18:e havandeskapsveckan. De olika undersökningar som gjorts av abortmotiven före och efter nya abortlagens tillkomst visar tydligt att vissa abortskäl nästan försvunnit, t.ex. psykiska besvär (*Sundström* 1980, *Jacobsson* 1980, *SOU* 1971:58).

I de aktuella undersökningar som tagit upp skälen till abort redovisas ett ganska komplicerat mönster. Några abortsökande ser ungdom eller "för hög ålder" som hinder. Andra planerar annat som känns viktigare. Vissa tycker att de har tillräckligt många barn och vill räcka till för dem. Några lever i en ofördelaktig ekonomisk eller social situation. Gemensamt för de allra flesta är emellertid att de blivit oplanerat gravida, och att de och deras partner (i de flesta fall) inte vill eller kan ha barn just nu (*Jacobsson* m.fl. 1980, 1982, *Sundström* 1980, *Trost* 1982).

Aborterna hör emellertid intimt samman med frågan om varför vi överhuvudtaget tillämpar så strikt barnbegränsning i dagens samhälle. Med detta synsätt blir inte de abortmotiv som så ofta förs på tal någonting skilt från de motiv och värderingar som driver oss att tillämpa en strikt födelsekontroll med preventivmedel i syfte att – statistiskt sett – skaffa knappt två barn. I SCB-rapporten *Kvinnor och barn* behandlades bl.a. inställningen till barnafödande hos dagens svenska kvinnor och deras uppfattning om skälet till den låga fruktsamheten. Därvid framkom att de flesta kvinnor instämde i uppfattningen att barn är en av meningarna med livet. De flesta ställde sig betydligt mera positiva till tanken på att ha två än tre barn. På en fråga om de tänkte skaffa barn i framtiden ställde sig betydligt fler bland de yngre positiva än de i åldern över 30 år. SCB fann framför allt tre typer av skäl till tveksamhet bland dem som är tveksamma till (fler)barn: brist på tid och ork, viljan att förvärvsarbeta eller göra andra saker man är intresserad av samt ålders- och hälsoskäl. Ekonomiska skäl angavs av några, men inte av fler än

var femte tvåbarnsmamma som kände sig osäker om hon ville ha fler barn.

Enligt vår uppfattning är den nyss beskrivna bilden i allt väsentligt giltig även för de kvinnor som idag genom en oplanerad graviditet råkat i abortsituation. En illustration härtill ger även en schematisk sammanställning av de abortmotiv som framkom vid de intervjuer som gjordes för vår undersökning (tabell 15).

Det vanligaste skälet till abort var i vår undersökning ålder (21 %), dvs. kvinnorna ansåg sig vara för unga eller för gamla att fullfölja den aktuella graviditeten. Därnäst kom *familjeplaneringsskäl* ("har tillräckligt många barn, har ej planerat fler, vill räcka till för de barn jag har osv.") och *socio-ekonomiska* skäl (14 % vardera): "dålig ekonomi, arbetslös, ensamförsörjare etc." Ungefär lika stor andel saknade fast *relation* (13 %), eller hade nyligen skilt sig eller brutit upp ett fast förhållande. 10 % planerade andra saker som de prioriterade framför att skaffa barn (just nu): studier, nytt eller återupptaget yrkesarbete etc. 9 % åberopade somatisk sjukdom eller bristande ork och kraft som skäl till aborten (se även t.ex. *Jacobsson* m.fl. 1980).

Det är svårt att dra någon mer långtgående slutsats av våra resultat på denna punkt, annat än att det är denna typ att abortmotiv som ofta framkommer i samtalet mellan en abortsökande kvinna och kuratorn eller den undersökande gynekologen. Många gånger är motiven inflätade i varandra och svåra att artikulera i en som i detta fall, tidspressad intervju.

Tabell 10:15 Skäl till abort. Femårsklasser. Procent

	Ålder								
Skäl	–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	Totalt	Antal kvinnor
Socio-ekon.	10	19	18	15	9	3		14	528
Familjepl.	3	9	13	24	24	11	6	14	533
Ung	63	13	2					13	502
Relation	6	16	22	16	8	4	3	13	504
Planering	5	17	14	7	5	1		10	370
Hälsoskäl	2	6	11	13	12	8	9	9	325
För gammal				1	18	57	65	8	289
Fosterskada			1	1	2	1		1	31
Övrigt	1	3	2	3	4	1		3	104
Ej svar	11	15	16	19	18	14	18	16	603
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	3 789

Bilaga till kapitel 10

Tabell 1 Åldersfördelning bland de intervjuade kvinnorna

Ålder	Svenska kvinnor		Utrikes födda kvinnor		Samtliga		Riket 1981
	N	%	N	%	N	%	%
–19	526	17,0	74	10,7	600	15,0	18,0
20–24	754	24,3	142	20,6	896	23,6	22,3
25–29	526	17,0	158	22,9	684	18,1	18,4
30–34	538	17,4	156	22,6	694	18,3	18,4
35–39	487	15,7	104	15,1	591	15,6	15,7
40–44	226	7,3	40	5,8	266	7,0	6,3
45–49	26	0,8	8	1,2	34	0,9	0,8
Uppg. sakn.	17	0,5	7	1,1	24	0,6	
Totalt	3 100	100	689	100	3 789	100	100

Anm.: För 26 kvinnor saknas uppgift om nationalitet/ålder

Tabell 2 Ordningsnummer på den graviditet som föranlett den i intervjuundersökningen aktuella aborten. Procenttal

Nationalitet	Den aktuella graviditetens ordningsnummer						Antal graviditeter	
Ålder 1981	1	2	3	4	5–	Totalt	Totalt	Därav abort %
Svenskfödda								
–19	86	12	2	0		100	562	94
20–24	57	25	11	6	1	100	1 203	76
25–29	29	24	25	13	9	100	1 268	59
30–34	11	15	29	24	22	100	1 833	43
35–39	6	12	28	27	26	100	1 805	39
40–	6	10	28	26	30	100	986	35
Samtliga	36	17	20	15	13	100	7 657	
Utrikes födda								
–19	82	15	1	1		100	90	91
20–24	45	29	14	6	6	100	285	67
25–29	18	18	27	20	18	100	494	56
30–34	10	10	28	21	32	100	600	49
35–39	13	5	21	17	44	100	416	44
40–	6	6	15	27	46	100	218	38
Samtliga	27	16	20	16	22	100	2 103	

Tabell 3 Abortsökande efter nationalitet samt i relation till befolkningen i de olika sjukhusens upptagningsområden. Absoluta tal och procent

	Intervjuundersökningen							Uppgifter om upptagningsområdet 31/12 1981		
	Antal kvinnor	Varav utrikes födda		Födda i Norden exkl. Sverige		Födda utom Norden		Antal kvinnor 15–49 år	Därav utrikes födda	
		N	%	N	%	N	%		N	%
Lund	904	120	13,3	29	3,2	91	10,1	59 211	4 597	7,8
Malmö	1 043	277	26,6	44	4,2	233	22,3	52 681	8 326	15,8
Västerås	750	146	19,5	92	12,3	54	7,2	48 775	7 413	15,2
Örebro	669	65	9,7	36	5,4	29	4,3	37 515	2 392	6,4
Östersund	402	18	4,5	13	3,2	5	1,2	28 918	912	3,2
Totalt	3 768	626	16,6	214	5,7	412	10,9	227 100	23 640	10,4

Tabell 4 Utlänningar efter medborgarskap i förhållande till totalbefolkningen 31/12 1980

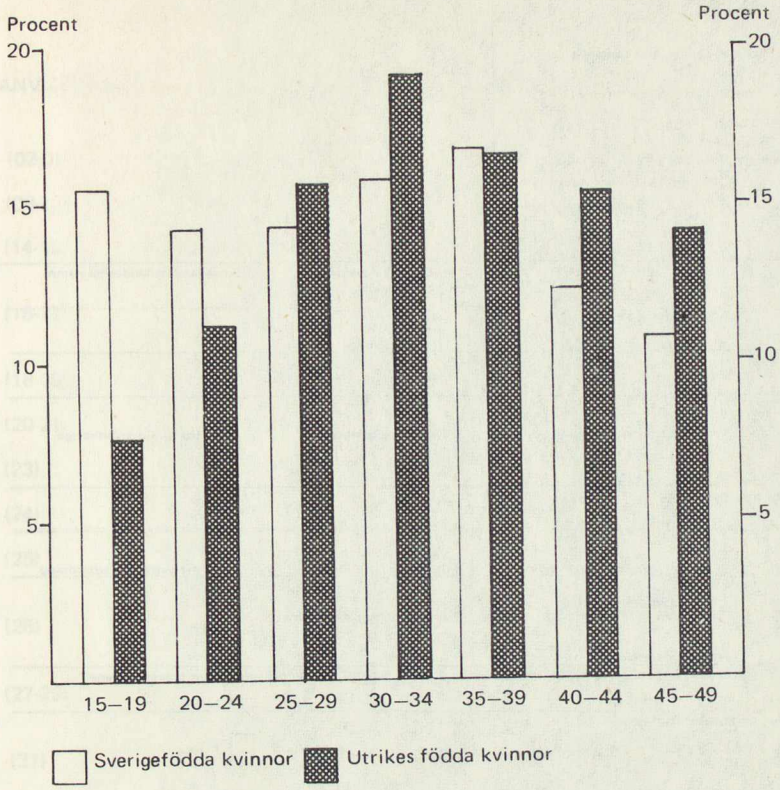
	Hela befolkningen	Varav nordiska (exkl Sverige) medborgare		Varav utomnordiska medborgare		Andel nordiska medborgare (exkl Sverige) av samtliga utländsmedborgare	Andel abortsökande födda i Norden (exkl Sverige) av samtliga utrikes födda abortsökande
		N	%	N	%		
Lund	234 111	3 557	1,5	5 188	2,2	40,7	24,0
Malmö	233 803	5 172	2,2	13 385	5,7	27,9	16,7
Västerås	208 787	11 571	5,5	3 719	1,8	75,7	64,6
Örebro	163 871	2 627	1,6	2 083	1,3	55,8	55,9
Östersund	134 934	1 224	0,9	419	0,3	74,5	84,6

Källa: SOS Folkmängd, SCB: Demopak

Tabell 5 Tidpunkt för föregående abort bland de intervjuade kvinnorna

Tidpunkt för föregående abort/-er	Kvinnor med 1 tidigare abort (757)		Kvinnor med 2 tidigare aborter (232)		Kvinnor med 3 tidigare aborter (52)		Kvinnor med 4 tidigare aborter (26)	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1 < 12 mån	79	10						
1 13–24 mån	97	13						
1 > 2 år	568	75						
okänd tidpunkt	13	2						
2 < 12 mån			4	2				
2 13–24 mån			2	1				
2 > 2 år			161	70				
1 < 12 mån, 1 > 13–24 mån			4	2				
1 < 12 mån, 1 > 2 år			27	12				
1 13–24 mån, 1 > 2 år			31	13				
okänd tidpunkt			3	2				
2 < 12 mån, 1 > 2 år					2	4		
1 < 12 mån, 1 13–24 mån, 1 > 2 år					3	6		
1 < 12 mån, 2 > 2 år					11	21		
2 13–24 mån, 1 > 2 år					4	8		
1 13–24 mån, 2 > 2 år					5	10		
3 2 år					25	48		
okänd tidpunkt					2	4		
1 < 12 mån, 1 13–24 mån, 2 > år							2	8
1 < 12 mån, 3 > 2 år							5	19
2 13–24 mån, 2 > 2 år							2	8
1 13–24 mån, 3 > 2 år							9	35
4 > 2 år							8	31

7 kvinnor hade gjort 5 tidigare aborter, 1 kvinna 6 tidigare aborter och 1 kvinna 8 tidigare aborter



Figur 1 Åldersfördelning inom den Sverigefödda respektive den utrikesfödda kvinnliga befolkningen i åldern 15–49 år i undersökningsområdet 31/12 1981. Procent.

Blanketten fylls i av gynekolog/kurator när den abortsökande kvinnan är närvarande.

Blanketten insändes till Abortkommittén en gång per månad.

Anvisningar på blankettens baksida.

Uppgifter om abortpatienter (Obs! endast ett svar per fråga)

(01) Sjukhus | (02-07) Datum: År Mån Dag | (08-13) Födelsedatum: År Mån Dag

(14-15) Graviditetsvecka | (16-17) Födelseland: ☐ 01 Sverige; Ange landets namn | (18-19) Inflyttningsår | (20-21) Föräldrarnas födelseland: ☐ 01 Sverige; Ange landets/ländernas namn

(22) Civilstånd
☐ 1 Ogift ☐ 2 Gift ☐ 3 Skild ☐ 4 Änka

(23) Boende
☐ 1 Ensam ☐ 2 Ensam med barn ☐ 3 Med make/samboende ☐ 4 Hos föräldrar/anhöriga
☐ 5 Övrigt .....

(24) Relation till det väntade barnets far
☐ 1 Make ☐ 2 Samboende ☐ 3 Fast sällskap ☐ 4 Tillfällig bekantskap ☐ 5 Övrigt .....

(25) Utbildning
☐ 1 Folkskola ☐ 2 Grundskola/motsvarande ☐ 3 Gymnasial utbildning ☐ 4 Post-gymnasial utbildning

(26) Sysselsättning
☐ 1 Heltidsarbete utom hemmet (30 vt eller mer) ☐ 2 Deltidsarbete utom hemmet (mindre än 30 vt) ☐ 3 Arbete förlagt till hemmet
☐ 4 Hemmafru ☐ 5 Studerande ☐ 6 Arbetslös

(27-29) Typ av sysselsättning (försök ange yrkesbeteckn, bransch, tjänsteställning)

(30) Har Du tidigare använt preventivmedel? ☐ 1 Ja ☐ 2 Nej

(31) Huvudsaklig p-metod under det senaste halvåret
☐ 1 P-piller ☐ 2 Spiral ☐ 3 Kondom/pessar ☐ 4 Skum el dyl ☐ 5 Rytm ☐ 6 Coit int ☐ 7 Ingen
☐ 8 Övrigt .....

(32) Vilken p-metod använde Du när Du blev gravid?
☐ 1 Samma som ovan ☐ 2 .....
☐ 3 Ingen alls

(33-34) Varför vill kvinnan göra abort? (Läkares/kurators bedömning)
.....
☐ Forts på bilaga

Samtliga tidigare graviditeter och deras utfall

Nr	År	Mån	Förlossning	Spontan abort	Framkallad abort	Ange i vilket land aborten utfördes
(35-36) 01	(37-38)	(39-40)	(41) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(42) Månad	(43) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(44-45) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(46-47) 02	(48-49)	(50-51)	(52) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(53) Månad	(54) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(55-56) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(57-58) 03	(59-60)	(61-62)	(63) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(64) Månad	(65) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(66-67) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(68-69) 04	(70-71)	(72-73)	(74) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(75) Månad	(76) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(77-78) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(79-80) 05	(81-82)	(83-84)	(85) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(86) Månad	(87) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(88-89) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(90-91) 06	(92-93)	(94-95)	(96) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(97) Månad	(98) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(99-100) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
(101-102) 07	(103-104)	(105-106)	(107) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(108) Månad	(109) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(110-111) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
112-113 08	114-115	116-117	(118) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(119) Månad	(120) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(121-122) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
123-124 09	125-126	127-128	(129) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(130) Månad	(131) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(132-133) ☐ 01 Sverige; Ange land .....
134-135 10	136-137	138-139	(140) ☐ 1 Barnet lever ☐ 2 Dog perinatalt ☐ 3 Har avlidit senare	(141) Månad	(142) ☐ 1 < 12:e ☐ 2 > 12:e	(143-144) ☐ 01 Sverige; Ange land .....

(145-146) Antal hemmavarande barn under 16 år | (147-148) Abort utförd i graviditetsvecka | (149) Abort ej utförd p gr av ☐ 1 Spontan abort ☐ 2 Kvinnan ville fullfölja graviditeten

Ärendet avslutat datum | Namnunderskrift

	Postadress	Handläggare	Telefon
ABORTKOMMITTÉN	Tegeluddsvägen 90, 4 tr 115 28 STOCKHOLM	Sekr Mats Rolén	08 - 61 95 07

ANVISNINGAR

(02-07)	Besöksdatum för kuratorskontakt/pre-operativt besök hos gynekolog
(08-13)	Födelsedatum, inhämtas från patientbrickan
(14-15)	Graviditetsvecka vid det första besöket på KK. OBS anges med två siffror, t ex 08!
(16-17)	Födelseland. Om Sverige sätt kryss i rutan. I övriga fall ange landets namn i klartext.
(18-19)	Inflyttningsår (till Sverige). Ifylles i förekommande fall.
(20-21)	Om Sverige, sätt kryss i rutan. I övriga fall ange landets/ländernas namn.
(23)	Boende. Om alternativ 1 - 4 ej är tillämpliga, använd ruta 5 och klartext
(24)	Se föregående!
(25)	Ange senast avslutade utbildning. Folkskola (upp till 8 år). I grundskola/motsvarande innefattas även enhetsskola, realskola och flickskola.
(26)	Sysselsättning. »Arbete förlagt till hemmet» kan bl a avse sysselsatta i familjejordbruk, fria yrken, dagmammor m fl.
(27-29)	Typ av sysselsättning. Försök med några ord ange yrkesbeteckning, bransch och tjänsteställning.
(31)	Huvudsaklig p-metod under det senaste halvåret. Använd ruta 8 om inget passar in.
(32)	Vilken p-metod använde Du när Du blev gravid? Med »samma som ovan» avses svaret under 31.
(33-34)	Varför vill kvinnan göra abort? Denna fråga utgör ett gränsfall och kan vara känslig att ställa i vissa sammanhang. Det är även förenat med stora svårigheter att tolka och värdera svaren. Kommittén skulle likväl sätta värde på att få gynekologens/kuratorns bedömning av de faktorer som spelat in i kvinnans (eller parets) beslutsprocess.
(35-144)	Samtliga tidigare graviditeter och deras utfall ifylles rad för rad med ledning av kvinnans och journalens uppgift. OBS att det finns tre alternativ beträffande iakttagelserna efter en förlossning. (Vid fler än 10 graviditeter, använd lösblad som häftas fast vid blanketten.)
(147-148)	Abort utförd i graviditetsvecka ..... Ifylles efter operation.

När ärendet är avslutat ifylles datum och uppgiftslämnarens namn.

11 Abort efter artonde havandeskapsveckan

11.1 Inledning

Enligt abortlagen (1974:595) skall den kvinna som begär att hennes havandeskap skall avbrytas få abort, om åtgärden sker intill utgången av adertonde havandeskapsveckan och inte några medicinska kontraindikationer föreligger. Om havandeskapet framskridit längre än 18 veckor krävs särskilt tillstånd från socialstyrelsen för att abort skall få utföras. Bestämmelser härom ingår i 3 § abortlagen:

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.

Enligt abortlagens 6 § kan i vissa situationer undantag medges från detta:

Kan det antagas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får socialstyrelsen lämna tillstånd till abort utan hinder av bestämmelsen i 3 § andra stycket.

Abort på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket får utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket utan hinder av bestämmelserna i 3 och 5 §§, om ej åtgärden kan anstå utan våda för kvinnan.

Som ett led i sin utvärdering av abortlagen har kommittén gjort en kartläggning av i vilken omfattning kvinnor ansöker om socialstyrelsens tillstånd till abort enligt 3 § abortlagen. Vi har även gjort en sammanställning av de huvudtyper av skäl för ingreppet som åberopas i de ingivna ansökningarna. Vidare beskrivs proceduren omkring en abort efter 18:e veckan samt ges en redogörelse för socialstyrelsens handläggning av ansökningarna, dess beslutspraxis och tolkning av uttrycket *synnerliga skäl.*

Vid aborter senare än i vecka 18 aktualiseras även andra medicinska och psykologiska frågor än vid tidiga polikliniska ingrepp, såväl för kvinnan som sjukvårdspersonalen. Vi går närmare in på dessa frågor i olika avsnitt av kapitlen 12 och 13.

Under den tid kommittéarbetet pågått har socialstyrelsens beslutspraxis och tolkning av uttrycket *synnerliga skäl* vid ett par tillfällen varit föremål för debatt i massmedia. Med anledning härav företog justitieombudsmannen

(JO) en granskning av ett antal abortärenden som avgjorts i socialstyrelsen, och den bedömning av uttrycket synnerliga skäl som styrelsen gjort i några utvalda typfall. JO fann bl.a. att han beträffande flera av de särskilt upptagna fallen hade svårt att ansluta sig till ståndpunkten att de skäl som socialstyrelsen bedömt som tillräckliga för aborttillstånd, skulle utgöra sådana synnerliga skäl som åsyftats vid abortlagens tillkomst. I sitt beslut, som översändes till socialdepartementet, konstaterar JO att hans granskning klart visat att frågan om utformningen och tillämpningen av 3 § abortlagen närmare borde utredas, lämpligen av 1980 års abortkommitté. Med anledning härav beslutade regeringen (1982-02-04) att överlämna ärendet till 1980 års abortkommitté. Några särskilda tilläggsdirektiv utfärdades emellertid inte i anslutning till denna åtgärd.

11.2 Abortlagens förarbeten

11.2.1 1965 års abortkommitté

I förslaget från 1965 års abortkommitté till ny abortlagstiftning angavs inte några speciella tidsfrister inom vilka abort måste utföras. Kommittén föreslog i stället att det i den nya abortlagen skulle inskrivas att alla kvinnor skulle ha rätt att bli opererade i ett så tidigt graviditetsstadium som möjligt, och med skonsammast möjliga metod.

Kommittén ville således inte heller ange någon exakt senaste tidpunkt för abortoperation. Man konstaterade nämligen att de tidsfrister som fanns angivna i den då gällande lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap på 20 respektive 24 veckor tillkommit för att ge operatören en betryggande marginal mot att vid ingreppet få fram en livsduglig varelse. 24-veckorsfristen kunde f.ö. få överskridas om s.k. strikt medicinska skäl förelåg. Kommittén ansåg att dessa tidsgränser hade bestämts i ett läge när läkarvetenskapens erfarenheter av abortoperationer var ringa. Numera var situationen en annan, varför man inte ansåg sig behöva hysa något som helst tvivel om att en läkare skulle avböja att inskrida med operation, om han ens hade den ringaste anledning befara att livsdugligheten inträtt, annat än då rent vitala intressen för kvinnan står på spel.

Inte heller när det gällde själva beslutet om abort gjorde 1965 års abortkommitté någon skillnad mellan olika tidpunkter under havandeskapet. Utgångspunkten var den att abort skall utföras när kvinnan efter den belysning av hennes situation som abortrådgivningen givit, står fast vid att hon föredrar att underkasta sig operation framför att ta ansvaret för att föda. I lagförslagets 2 § 3. formulerades detta som att "Kvinna --- har rätt till abortoperation när det av annan anledning är oskäligt betungande för henne att hennes havandeskap fortsätter."

1965 års abortkommitté föreslog att *kvinnans rätt* till abortoperation skulle prövas av särskilda nämnder med lekmannainslag, och att socialstyrelsen inte längre regelmässigt skulle besluta i abortärenden, utan enbart fungera som högsta prövningsinstans (*SOU 1971:58*).

11.2.2 Propositionen

Enligt 1938 års lag fick ej abort utföras efter utgången av 20:e havandeskapsveckan. Om det förelåg synnerliga skäl för ett avbrytande, kunde emellertid socialstyrelsen efter ansökan ge tillstånd till ingrepp intill utgången av 24:e veckan.

Förslaget från 1965 års abortkommitté att det inte längre behövdes någon övre tidsgräns för abortingrepp möttes av stark kritik från remissinstanserna, vilka nästan genomgående uttalade sig för en övre tidsgräns. Departementschefen anslöt sig i abortlagspropositionen (prop. 1974:70) till den opinion som ansåg att det fortfarande fanns anledning att skapa särskilda garantier för att abort inte företas så sent att det finns risk för att ingreppen kommer att avse livsdugliga varelser. Beträffande tidsgränsen anförde han bl.a. följande:

> När det gäller att fastställa den tidpunkt efter vilken abort i princip inte skall få företas bör man enligt min mening sträva efter att skapa en betryggande säkerhetsmarginal mot ingrepp, där det kan tas fram foster som företer livstecken och som eventuellt kan bringas att överleva med de förbättrade metoder för prematurvård som numera föreligger eller inom en inte alltför avlägsen framtid kan väntas stå till läkarnas förfogande. – – –
> Några absolut säkra metoder att i förväg fastställa om viabilitet föreligger eller hur stort fostret är finns inte f.n., särskilt som det ofta kan vara svårt för läkaren att av kvinnan få de exakta tidsuppgifter han behöver för en sådan bedömning. Detta gör att gränsen mellan abort och tidig födsel även framdeles kommer att vara i viss mån flytande. Mot denna bakgrund men också med hänsyn till de ökade risker för psykiska följdverkningar som inträder i samband med att kvinnan känner fosterrörelser föreslår jag att den särskilda gränsen – i överensstämmelse med vad bl a socialstyrelsen och flera medicinska remissinstanser har förordat – sätts till utgången av 18:e graviditetsveckan.

Man kunde dock enligt departementschefen förutse att det även framgent kunde uppstå situationer när en abort senare än i 18:e havandeskapsveckan kunde framstå som en angelägen åtgärd:

> Även om det av flera skäl kan förväntas att den nuvarande utvecklingen, som innebär att en allt större andel av ingreppen utförs i ett tidigt stadium av graviditeten, kommer att fortsätta, måste man enligt min mening räkna med att det också i framtiden ibland kan uppstå situationer, där abort efter 18:e veckan kommer att framstå som en angelägen åtgärd. Hit hör t.ex. fall som går in under den nuvarande eugeniska indikationen eller fosterskadeindikationen. Som ytterligare exempel kan nämnas situationer där frågan om abort av skilda orsaker har kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten. Jag föreslår därför att abort skall få ske även efter den särskilda gränsen vid utgången av 18:e havandeskapsveckan, om det föreligger synnerliga skäl för åtgärden. För att abort skall få ske i sådant fall bör dock självfallet som huvudregel gälla att fostret inte har nått en sådan utveckling att det kan leva och vidareutvecklas utanför moderns kropp. Föreligger anledning anta att fostret är livsdugligt, bör abort därför inte få ske annat än då det föreligger mycket starka medicinska skäl för åtgärden, dvs när fortsatt graviditet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna princip angående hinder mot abort i fall då det kan antas att fostret är livsdugligt är enligt min mening så viktig att en särskild bestämmelse därom bör tas in i den nya lagen.

Föredraganden diskuterade sedan innebörden av skillnaden mellan abort före resp efter 18:e veckan såsom denna var utformad i lagförslaget. Den principiella skillnaden låg i att kvinnan efter 18:e veckan måste ange särskilda skäl för sin begäran, skäl som sedan underkastas en prövning för och emot:

Efter utgången av 18:e graviditetsveckan skall enligt vad jag tidigare har förordat abort få utföras endast om synnerliga skäl talar för åtgärden. Innebörden härav är att kvinnan i detta skede måste ange särskilda skäl för sin begäran och att dessa skäl kommer att underkastas prövning och jämföras med eventuella skäl mot ingrepp. Att i lagtext närmare precisera de omständigheter som här kan vara av betydelse finner jag inte nödvändigt i vidare mån än jag nyss angett för fall då det kan befaras att fostret vid tiden för aborten är livsdugligt. Frågan hänger naturligtvis samman med hur prövningsförfarandet utformas, något som jag kommer att behandla i följande avsnitt.

När det gällde prövningen av abortsökningar efter 18:e veckan föreslog departementschefen att denna skulle ske "i likhet" med vad gällde för aborter efter 20:e veckan enligt 1938 års lag, dvs. hos socialstyrelsen:

När det gäller abort efter utgången av 18:e veckan är situationen en annan än vid tidigare ingrepp. I sådant fall bör abort enligt vad jag tidigare förordat få äga rum endast om synnerliga skäl talar för åtgärden. Det blir alltså här fråga om en reell prövning av skälen både för och emot abort. Jag föreslår att avgörandet av dessa ofta komplicerade ärenden i likhet med vad som enligt 1938 års lag gäller för aborter efter 20:e veckan och i överensstämmelse med vad en stor majoritet av remissinstanser har föreslagit sker centralt för hela landet hos socialstyrelsen.

Socialutskottets majoritet tillstyrkte för sin del propositionen med förslag till ny abortlag m.m. Utskottets majoritet hade sålunda ej några erinringar mot förslagen till tidsgräns, beslutsförfarande och övriga villkor beträffande abort efter 18:e graviditetsveckan. När det gällde de situationer vid vilka abort efter 18:e veckan kunde framstå som en angelägen åtgärd, återgav utskottet endast de exempel som departementschefen anfört i propositionen (*SoU 1974:21*, s. 33). Till utskottsbetänkandet fogades sju reservationer med yrkanden om en annan utformning av abortlagen. I fem av dessa förordades en strängare lagstiftning; bl.a. avvisades den föreslagna lagens grundprincip samt förordades kortare tidsfrister. Någon ytterligare exemplifiering av vad som kunde utgöra "synnerliga skäl" gavs ej i de aktuella reservationerna. I två reservationer avvisades förslaget om obligatorisk kuratorsutredning efter 12:e graviditetsveckan. Riksdagen biföll emellertid socialutskottets hemställan.

11.2.3 Socialstyrelsens anvisningar

Inför den nya abortlagens ikraftträdande den 1 januari 1975 utarbetade socialstyrelsen anvisningar (*MF 1974:100*) om lagens tillämpning m.m. Beträffande abort efter 18:e havandeskapsveckan anförde styrelsen bl.a.:

De inledande kontakterna i ärendet bör ske på sätt som anges under a) (före utgången av 12:e veckan) och b) (efter utgången av 12:e veckan) här ovan och med samma information som i dessa fall. I de fall då kvinnans graviditet fortskridit utöver utgången

av 18:e havandeskapsveckan bör hon upplysas om att hon måste ansöka om tillstånd till abort hos socialstyrelsen. Det bör åligga kurator att hjälpa kvinnan att avfatta erforderlig ansökan.

Inom socialstyrelsen har dess socialpsykiatriska nämnd haft att handlägga ärenden rörande tillstånd till abort. Den nya abortlagen förutsätter ingen ändring i denna ordning.

Redan i 1938 års lag om avbrytande av havandeskap fanns en bestämmelse om att tillstånd till abort kunde lämnas även i ett sent skede av graviditeten, om synnerliga skäl till åtgärden förelåg. Departementschefens uttalanden i prop 1974:70 tyder i och för sig icke på att indikationen synnerliga skäl i den nya abortlagen skall ges en i förevarande sammanhang annan innebörd än tidigare. Det bör tilläggas att den socialpsykiatriska nämnden i sin verksamhet samlat betydande erfarenheter av sådana fakta, som bör vara av avgörande betydelse vid bedömningen av bl a sena abortärenden.

Läkarens bedömning i dessa fall bör självfallet ske med beaktande av de ökande riskerna för komplikationer samtidigt som det i dessa fall än mer påträngande kravet på skyndsamhet kan innebära svårigheter vid ett remissförfarande. Utredningen skall av läkaren ges den omfattning, som omständigheterna i det aktuella fallet kräver. Som framgår av vad tidigare nämnts, måste läkaren vid undersökningen söka utröna, huruvida fostret kan antas vara livsdugligt.

Även i dessa fall bör särskild kuratorsutredning företas. Kvinnans situation är då ofta mer komplicerad än i tidigare abortfall. Också beträffande denna utredning gäller att avväga det i och för sig berättigade kravet på ett mer omfattande utredningsmaterial mot sakens mycket brådskande natur. Eventuellt behov av konsultation hos psykiatriker eller barnpsykiatriker eller annan bör kunna bedömas av kurator.

Läkarutlåtande och därtill hörande utredningsmaterial samt kuratorsutredning skall skyndsamt inges till socialstyrelsen med bifogande av kvinnans ansökan om tillstånd till abort.

Socialstyrelsen synes ha tolkat departementschefens uttalanden i propositionen som att indikationen synnerliga skäl skulle ha samma innebörd som den som socialpsykiatriska nämnden tillämpat.

11.3 Abortansökan och socialstyrelsebeslut

11.3.1 Ansökningsförfarandet

För att en kvinna skall få genomgå abortoperation efter utgången av artonde havandeskapsveckan krävs att hon erhållit socialstyrelsens tillstånd för ingreppet. Hennes ansökan upprättas i anslutning till den kuratorsutredning och läkarundersökning som görs vid den sjukvårdsinrättning hon vänt sig till. För detta ändamål används vanligen särskilda blanketter. Dessa innehåller, förutom kvinnans ansökan och underskrift, kuratorns skrivna utredning som skall ge socialstyrelsen en bild av kvinnans livssituation och hennes motiv bakom abortansökan samt ett läkarintyg från den undersökande gynekologen med uppgift om graviditetens längd och om det föreligger någon medicinsk kontraindikation mot att aborten utförs. Läkarens bedömning av graviditetens längd görs för att styrelsen skall kunna ta ställning till huruvida fostret är livsdugligt utanför moderns kropp (viabelt) eller ej.

Enligt en redogörelse i Läkartidningen för socialstyrelsens praxis vid ansökningar om abort efter vecka 18 (*Sundström* 1980 b) är det viktigt att

kuratorsutredningen innehåller det som kvinnan själv vill anföra och det som kuratorn anser vara synnerliga skäl. Vidare bör framgå vilka möjligheter kvinnan har att fullfölja en graviditet samt hennes reaktioner och tankar inför abort resp. föräldraskap. Dessutom bör framgå vilket stöd hon får vid de olika alternativen av sin partner, sin familj och omgivning resp. om hon påverkats av dem i någon riktning.

Handläggningen av abortansökningarna sker vanligen mycket snabbt, alltid inom en vecka från dagen för ansökan. Ärendena behandlas vid sammanträden med socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor varje fredag förmiddag. Styrelsens beslut meddelas den abortsökande kvinnan och kliniken per post och redan samma dag kan telefonbesked erhållas. I särskilt brådskande ärenden, vanligen när graviditeten är långt framskriden, förekommer det att man från klinikens sida tar telefonkontakt med rättsliga rådets kansli, där man kan avgöra ärendet genom telefonkontakt med minst tre av rådets ledamöter.

Enligt de uppgifter som kommit oss till del försöker man ute på klinikerna verkställa de beviljade aborterna så snart som möjligt efter styrelsens sammanträde. Detta gör man t.ex. genom att i förväg boka operationstider i nära anslutning till tidpunkten för styrelsens beslut.

11.3.2 Handläggningen hos socialstyrelsen

Under perioden 1 januari 1975–30 juni 1981 skedde den centrala handläggningen och prövningen av abortärenden i socialstyrelsens dåvarande nämnd för abort- och steriliseringsärenden. Förutom ansökningarna om abort efter 18:e havandeskapsveckan hade nämnden bl.a. i uppgift att fatta beslut beträffande abortansökningar från i riket ej bosatta utländska medborgare (5 § abortlagen) samt de fall där kvinna vägrats abort (4 § abortlagen). Nämnden bestod av fem ledamöter. Dess ordförande var gynekolog, utsedd av regeringen och dess fördragande var psykiatriker, knuten till socialstyrelsen. I nämnden ingick vidare en lekman, vanligen kvinnlig riksdagsledamot eller politiker, företrädare för genetik i styrelsens vetenskapliga råd och styrelsens föredragande läkare i frågor rörande mödrahälsovård och födelsekontroll. Abort- och steriliseringsnämnden var i praktiken efterföljare till socialpsykiatriska nämnden som handlade abortärendena under den gamla lagens tid.

Vid omorganisationen av socialstyrelsen 1 juli 1981 överfördes abort- och steriliseringsnämndens uppgifter till socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor (rättsliga rådet). Härigenom övertogs ordförandeskapet av en domare (SFS 1981:683) och rådet utökades med en beteendevetare. Styrelsens företrädare för genetik är inte längre ledamot utan fungerar enbart som konsult i förekommande fall.

11.3.3 Inkomna och beviljade abortansökningar 1975–1981

Det kanske mest framträdande draget i abortutvecklingen under tiden efter 1970 är minskningen av sent utförda aborter. Ännu 1971 verkställdes nära 6 % (1 098 aborter) av alla abortingrepp senare än i vecka 18. 1982 hade denna andel sjunkit till 0,8 % (256 aborter; tabell 11:1). Siffran för detta sista

Tabell 11:1 Tidpunkt för ingreppet i graviditetsveckor (fullbordade). Antal verkställda aborter

År	-7 veckor		8–11 veckor		12–17 veckor		18- veckor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1971	309	1,6	10 121	52,6	7 722	40,1	1 098	5,7	19 250	100
1972	561	2,3	13 827	57,2	8 634	35,7	1 148	4,7	24 170	100
1973	607	2,3	16 852	64,8	7 722	29,7	809	3,1	25 990	100
1974	1 685	5,5	21 867	71,4	6 389	20,9	695	2,3	30 636	100
1975	4 886	15,0	23 565	72,4	3 752	11,5	323	1,0	32 526	100
1976	4 749	14,7	23 961	74,1	3 310	10,2	331	1,0	32 351	100
1977	5 092	16,2	23 056	73,3	2 984	9,5	330	1,0	31 918	100
1978	4 763	14,9	23 709	74,3	3 113	9,8	333	1,0	31 918	100
1979	4 525	13,1	26 151	75,3	3 686	10,6	347	1,0	34 709	100
1980	4 624	13,3	26 552	76,1	3 373	9,7	338	1,0	34 887	100
1981	4 534	13,6	25 424	76,4	3 072	9,2	264	0,8	33 294	100
1982	4 957	15,2	24 679	75,7	2 710	8,3	256	0,8	32 602	100

Källa: Statistiska meddelanden, Serie HS; råtabeller

år innebar en minskning jämfört med åren 1975–80 då andelen legat på 1,0 % eller 330–340 aborter årligen. Numera är det sålunda mycket få aborter som utförs efter utgången av 18:e havandeskapsveckan.

Varje år utförs ett mindre antal aborter efter 18:e veckan utan särskilt tillstånd från styrelsen. Det är då fråga om mycket brådskande ärenden där en ansvarig gynekolog bedömt att havandeskapet utgjort allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (6 § abortlagen). 1980 och 1981 verkställdes 18 resp. 8 aborter med stöd av denna paragraf.

Socialstyrelsen behandlade åren 1975–1980 drygt 400 ansökningar årligen om tillstånd till abort efter 18:e veckan. Härutöver har styrelsen varje år att besluta om ett hundratal ansökningar från utländska medborgare som ej är bosatta i riket samt s.k. vägransfall, varav endast något enstaka per år.

11.3.4 Socialstyrelsens bedömning av synnerliga skäl

Under de år som den nya abortlagen varit i kraft har socialstyrelsen bifallit flertalet ansökningar om abort efter 18:e havandeskapsveckan. 1981 beviljades exempelvis 83 % av de inkomna ansökningarna (tabell 11:2). De flesta har genomgående avsett abort i graviditetsvecka 19–20. Andelen beviljade aborter har även varit störst i denna kategori av ansökningarna. Beträffande de graviditeter som varit längre framskridna, har styrelsen gradvis avslagit en större andel av ansökningarna. 1981 inkom exempelvis totalt 50 sådana där havandeskapet pågått längre än 22 veckor. Av dessa avslogs hälften, dvs. 25. I 22 av dessa fall var anledningen till avslag sannolik livsduglighet hos fostret (tabell 11:4).

De kvinnor som får abort utförd efter utgången av vecka 18 företer en annan relativ åldersfördelning än totalgruppen abortpatienter. De förra uppvisar nämligen en tydlig överrepresentation för tonåriga och medelålders kvinnor. Samma mönster har även påträffats i andra länder (tabell 11:5; *Tietze* 1981, *Ketting* 1981 a).

Ansökningar om abort p.g.a. befarad fosterskada har ökat i antal under de

Tabell 11:2 Abortansökningar efter utgången av 18:e havandeskapsveckan

	1977		1978		1980		1981	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal ansökningar	319		305		366		308	
Därav beviljade	290	90	271	88	320	88	256	83
Därav avslagna	29	10	34	12	46	12	42	17
		100		100		100		100

Tabell 11:3 Beviljade abortansökningar fördelade efter huvudsakligt skäl. Åren 1977, 1978, 1980 och 1981

	1977		1978		1980		1981	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
P.g.a. fosterskada	31	11	35	13	74	23	67	26
P.g.a. övervägande medicinsk indikation	39	13	28	10	21	6	32	12
P.g.a. övervägande social indikation	220	76	208	77	225	71	157	62

Tabell 11:4 Abortansökningar efter 18:e veckan 1980 och 1981

	Antal ansökn.		Bifall		Avslag		Avslag i %	
Grav. vecka	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981
19–20	186	180	176	167	10	13	5	7
21–22	124	78	114	64	10	14	8	18
23–24	56	50	30	25	26	25	46	50
Totalt	366	308	320	256	46	52	12	17

Tabell 11:5 Åldersfördelning bland kvinnor som fick abort senare än i 18:e veckan och samtliga abortpatienter 1981

	Efter 18:e veckan		Samtliga abort-patienter
Ålder	Antal	%	%
–19	77	29,2	18,0
20–24	52	19,7	22,3
25–29	33	12,5	18,4
30–34	29	11,0	18,4
35–39	47	17,8	15,7
40–44	21	8,0	6,3
45–	5	1,9	0,8
Totalt	264	100	100

Källa: Statistiska meddelanden, serie HS

Tabell 11:6 Tidpunkt för abort på grund av fosterskada/missbildning. Absoluta tal

Vecka	1980	1981
19–20	38	36
21–22	31	20
23–24	5	11
Totalt	74	67

Samtliga ansökningar beviljade.

Tabell 11:7 Bedömning av synnerliga skäl för beviljad abort 1977, 1978, 1980 och 1981

Huvudsakliga skäl	1977		1978		1980		1981	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Psykosociala	107	36	119	44	128	40	99	39
Ung, ej mogen föräldraansvar	75	26	70	26	81	25	37	14
Fosterskada/ missbildning	31	11	35	13	74	23	67	26
Psyk. sjukdom eller insufficiens	34	12	21	8	6	2	28	11
Kroppssjukdom	5	2	7	2	15	5	4	2
Övrigt	38	13	19	7	16	5	21	8
Totalt	290	100	271	100	320	100	256	100

senaste åren. 1977 angavs detta som skäl i 31 ansökningar (11 %). 1981 hade antalet ökat till inte mindre än 67 (26 %). Hälften av dessa ansökningar inkom i graviditetsvecka 19–20 (tabell 11:5 och 6). Av allt att döma är detta en avspegling av den ökade användningen av fosterdiagnostik, varigenom man kunnat konstatera fler fall av t.ex. Downs syndrom (mongolism) eller neuralrörsdefekter hos fostret (*Fosterdiagnostik. Rapport från en av socialstyrelsen tillsatt expertgrupp.* 1982).

Den dominerande typen av skäl till ansökan om abort efter 18:e veckan har varit, och är alltjämt allmän psykosocial problematik. Sociala svårigheter och relationsstörningar dominerar denna grupp. I en del fall är det fråga om missbruk av alkohol eller andra droger hos kvinnan samt våld och drogproblem hos kvinnans man. Skälet till en sen abortansökan kan också vara att den sociala situationen eller relationen till mannen plötsligt förändrats radikalt. Omkring 40 % av socialstyrelsens abortärenden är att hänföra till denna kategori (tabell 11:7).

Under åren 1977–81 har skäl av typen "ung, ej mogen att ta föräldraansvar" blivit mindre förekommande i ansökningarna. För denna grupp kan man notera en minskning från 26 till 14,5 % under nämnda period.

För år 1981 har vi låtit sammanställa uppgifter som mer detaljerat grupperar inkomna ansökningar efter *huvudsakliga* skäl, graviditetsvecka

samt avslag/bifall (tabell 11:8). Genomgången av materialet visar att i samtliga fall, utom vid svår ambivalens, har frågan om abort av skilda orsaker kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten. Ansökningar som gällt kvinnor med svår ambivalens har i sju av de tio fallen avslagits, vilket avspeglar den inneboende svårigheten att i dessa fall väga och värdera skälen för och emot abort (tabell 11:8).

Samtliga ansökningar har beviljats då det huvudsakliga skälet varit fosterskada, missbruk hos kvinnan, psykisk utvecklingsstörning, somatisk sjukdom, då kvinnan bedömt sig själv vara "för gammal" eller blivit missledd om graviditetstiden på grund av ofullkomlighet hos läkare och/eller laboratorieprover.

De två senare kategorierna kan tyckas tveksamma men tillsammans med varierande antal psykosociala skäl har de av rådet/nämnden i samtliga fall bedömts som "synnerliga".

Övriga grupper har i ungefär en fjärdedel av fallen avstyrkts.

Den stora gruppen allmän psykosocial problematik kan exemplifieras med ett par fallbeskrivningar:

- 20-årig kvinna från grannland. Bosatt sedan två år i Sverige. Ensamstående med ettårig dotter. Tidigare haft korta städjobb, nu sedan någon tid helt arbetslös. Uppsagd från andrahandsbostad. Flera tillfälliga förbindelser. Vet inte med vem hon är gravid. Vet inte när hon blev gravid. Inget som helst stöd. Förtvivlad.
- 19-årig flicka adopterad som spädbarn. Fått mycket stryk under sin uppväxt. Förbjudits använda preventivmedel. Går sista årskurs i gymna-

Tabell 11:8 1981 års ansökningar, grupperade efter graviditetsvecka samt bifall/avslag

Huvudsakliga skäl	Antal beviljade ansökningar			Antal avslag p.g.a. bristande skäl			Antal avslag p.g.a. befarad viabilitet	Totalt antal ansökn.	Totalt avslag %
	grav.vecka			grav.vecka					
	19-20	21-22	23-24	19-20	21-22	23-24			
Allmän psykosocial problematik	50	11	5	3	4	2	10	85	22
Droger/alkohol, kvinnan	6	7	1	-	-	-	-	14	0
Våld/droger/alkohol, mannen	15	4	-	3	1	-	3	26	27
Ung, ej mogen föräldraansvar	24	10	3	2	3	-	6	48	23
Fosterskada/missbildning	36	20	11	-	-	-	-	67	0
Förträngt graviditeten	6	3	-	-	2	-	1	12	25
Psykisk sjukdom/insufficiens	6	3	–	–	2	–	1	12	25
Psyk. utv. störning	2	2	1	–	–	–	–	5	0
Svår ambivalens	2	–	1	3	4	–	–	10	70
Somatisk sjukdom	2	1	1	–	–	–	–	4	40
"För gammal"	7	–	1	–	–	–	–	8	0
Missledd om tid	7	1	–	–	–	–	–	8	0
Övrigt	4	1	–	1	–	1	2	9	44
Summa	167	63	24	12	16	3	23	308	

siet och blivit gravid med en 16-årig gosse, som går sista året i grundskolan. Förtvivlad, rädd och utan stöd.

- 26-årig kvinna, två barn, tre och ett år gamla. Skild sedan ett halvt år. Stora kontroverser med barnens far. Blivit gravid under en tillfällig återförening. Fåfängt hoppats på återupptagande av relationen. Inser nu att detta inte går och orkar inte fortsätta graviditeten. Måste fullfölja pågående utbildning för att överhuvudtaget klara sig själv och barnen.
- 21-årig ensamstående kvinna med ettårig dotter. Födde 15 år gammal ett barn som dog vid sex veckors ålder. Legal abort vid 19 års ålder. Arbetslös, outbildad. Dotterns fader dog då denna var fem månader vid olyckshändelse. Gravid med jämnårig man. Förhållandet brutet. Orkar inte. Utan stöd.

Dessa exempel från genomgången av 1981 års ärenden visar att det som bedömts som synnerliga skäl i allmän psykosocial problematik inte är och inte kan vara entydigt. I varje ärende är det en sammanvägning av en rad mer eller mindre starka skäl, som bedömts som "synnerliga".

Frågan om livsduglighet

I varje abortärende som behandlas av socialstyrelsen måste man ta ställning till frågan om fostret är livsdugligt eller ej. Som ovan visats avslogs exempelvis 1981 25 abortansökningar p.g.a. sannolik livsduglighet. Från rättsliga rådets sida har man framhållit att man i enlighet med abortlagen inte tillämpar någon exakt övre gräns, räknat i graviditetsveckor, när man gör sina överväganden. Dels därför att graviditetsbedömningarna är tämligen inexakta, dels därför att livsduglighet (se nedan) inte enbart är en fråga om hur långt graviditeten framskridit. Var gränsen sätts kan enligt uttalanden från rättsliga rådet variera något från fall till fall. Man kan dock konstatera, att man endast i ett fåtal fall ger tillstånd för abort i vecka 23–24. Till bilden hör även att ytterst få kvinnor ansöker om abort i ett så sent skede av graviditeten (*Abortkommittén: sammanträde med rättsliga rådet,* 1982-03-10).

Det som gör de mycket sena abortingreppen kontroversiella och ur flera synpunkter känsliga, är att man närmar sig den gräns vid vilken man med modern prematurvård kan rädda för tidigt födda barn till livet. Möjligheten att rädda mycket små för tidigt födda barn har nämligen successivt förbättrats.

Vid ett symposium på Läkaresällskapet 1981 anordnat av Svensk gynekologisk förening och Svenska barnläkarföreningen diskuterades i detta sammanhang gränsen mot sena aborter. Därvid visades att det organiska underlaget för ett barn att klara sin syreförsörjning genom att andas luft helt saknas före fullbordade 23 fosterveckor. Utvecklingen av luftrören är ännu vid denna tidpunkt otillräcklig. Inte ens med den mest välutbyggda och välfungerande intensivvård skulle överlevnad vara möjlig.

I vissa grava fall av missbildning t.ex. acrani (avsaknad av skalltak och missbildning av hjärnan) kan fostret inte överleva om det framföds ens efter betydligt längre gången graviditet. Gränsen för livsduglighet måste bedömas individuellt.

Rättsliga rådets praxis har hittills varit att om det i ett enskilt fall bedömts föreligga lika stor sannolikhet för som emot livsduglighet, har detta ej ansetts utgöra hinder mot abort. För att det skall anses föreligga hinder mot abort har man ansett att det måste finnas en viss övervikt för sannolikheten att fostret är livsdugligt.

Rådet fattar ej några villkorliga beslut, utan förutsätter att en beviljad abort genomförs snabbt (*Abortkommittén: sammanträde med rättsliga rådet,* 1982-03-10).

Aborter på grund av fosterskada

Ansökningar om tillstånd till abort där man som skäl angett befarad fosterskada eller konstaterad missbildning hos fostret, beviljas alltid av socialstyrelsens rättsliga råd. Rådet låter föräldrarnas önskan och bedömning vara avgörande och man har avstått från att försöka "gradera" fosterskador (*Abortkommittén: sammanträde med rättsliga rådet,* 1982-03-10).

Utan tvekan finns stora psykologiska och även andra problem förknippade med information, användning och analys av t.ex. fostervattensprov eller prenatal AFP-screening (dvs. riktade undersökningar där man genom blodprov mäter halten av alfa-feto-protein i den gravida kvinnans blod). Detta framgår bl.a. vid genomgång av abortansökningar som ingivits p.g.a. diagnos av Turners och Klinefelters syndrom. (Två ovanliga typer av kromosomavvikelser hos kvinnor respektive män som bl.a. innebär sterilitet men i övrigt endast smärre avvikelser från det normala). I sådana ansökningar förekommer uttryck som "då föräldrarna fått veta att barnet är svårt skadat" alternativt "svårt missbildat" vill man få abort utförd. I dessa situationer gäller det människor som velat ha och många gånger längtat efter barn. När formuleringar som exemplen ovan förekommer, har uppenbarligen inte föräldrarna fått, eller kunnat tillägna sig en realistisk och nyanserad information. Detta belyser en del av de svårigheter som kan finnas vid användningen av fosterdiagnostik.

I abortkommitténs resmissyttrande över socialstyrelsens expertrapport *Fosterdiagnostik* avgivet 1983-01-27, framhölls att läkare och barnmorska har ett stort psykologiskt ansvar i fråga om såväl upplysning om provtagningsmöjligheter som beträffande information om upptäckt vid fosterdiagnostik. De blivande föräldrarnas ställningstagande både till ett eventuellt prov och till resultatet avgörs i hög grad av på vilket sätt de informeras och vad informationen innehåller. Vi framhöll därför särskilt vikten av att kvinnor/föräldrar tillförsäkras psykologiskt stöd i samband med fosterdiagnostik, vilket beslut de än fattar. Detta framstår som speciellt angeläget för de kvinnor och män som efter upptäckt vid t.ex. fostervattensprov överväger abort; i dessa fall är det oftast fråga om planerade och önskade graviditeter.

Det finns anledning förvänta en betydande metodutveckling på fosterdiagnostikens område inom en inte alltför avlägsen framtid. Detta framgår bl.a. av socialstyrelsens expertrapport. Kommittén menade i sitt remissvar att verksamheten redan idag används i en omfattning som kräver någon form

av reglering och att fortsatta överväganden kring fosterdiagnostikens gränser kan komma att kräva lagreglering.

Styrelsens beslutsunderlag

Representanter från rättsliga rådet har vid ett sammanträde med abortkommittén förklarat att de kuratorsutredningar som bifogas till abortansökningarna i allmänhet utgör tillräckligt underlag för beslut. Det förekommer dock att utredningarna är så knapphändiga, att man från rådets sida ser sig nödsakad att begära kompletterande upplysningar. I de fall där så sker innebär det att ärendet försenas, vilket är mycket påfrestande för kvinnan som väntar på besked om hon beviljas abort eller ej. Kompletterande upplysningar har även i några fall begärts beträffande graviditetslängden, i situationer när rådet haft svårt att bedöma sannolikheten för livsduglighet.

12 Abortvården

12.1 Direktiven

Enligt direktiven bör kommittén "i sin kartläggning av hela abortförfarandet särskilt undersöka hur den rådgiving varit utformad som givits dels före, dels efter eventuell abort." Vidare skall kommittén om möjligt belysa hur kvinnan bedömer rådgivningen och dess utformning samt kuratorernas betydelse inom denna verksamhet. Även abortrådgivningens betydelse för att förhindra psykiska reaktioner efter en abort skall uppmärksammas samt sjukvårdspersonalens bedömning av vad som varit positivt och negativt med abortförfarandet enligt den nya lagen.

Kommittén får också uppdrag att med utgångspunkt i sin analys söka lägga fram konkreta förslag om abortrådgivningens utformning och innehåll.

Vård vid abort – rådgivning, undersökning, operation och uppföljning – ingår i den offentliga sjukvårdens uppgifter. Abortverksamheten bedrivs framför allt vid kvinnokliniker, vid vissa gynekologmottagningar knutna till sjukhus eller vårdcentraler samt i begränsad utsträckning hos privatläkare.

Abortvårdens organisation liksom undersökningsrutiner, väntetider och operationsmetoder kan variera avsevärt från ett sjukvårdsområde till ett annat. För att få en uppfattning om hur vården vid abort är utformad i olika delar av landet och vilka konsekvenser det kan tänkas få för kvinnor i abortsituation beslöt kommittén hösten 1980 att genomföra en kartläggning av abortverksamheten.

12.2 Studiens uppläggning och genomförande

Syftet med studien av abortverksamheten var att beskriva hur rådgivning och vård vid abort är organiserad samt hur abortvården förändrats i och med den nya lagstiftningen och vilka konsekvenser detta fått för kvinnan som genomgår abort och för sjukvårdspersonalen.

I studien ingår tre delar:

1 En intervjuundersökning för att formulera behov och önskemål från kvinnor i abortsituation och från sjukvårdspersonal engagerad i rådgivning och vård vid abort.
2 En kartläggning av verksamheten genom en enkät till alla kliniker och mottagningar där abort utförs eller abortrådgivning ges.

3 Studiebesök för att beskriva verksamheten i några sjukvårdsområden med sinsemellan olika förutsättningar och karaktär.

12.2.1 Intervjuundersökningen

För att få kunskaper om personalens och kvinnornas upplevelser under abortproceduren och deras tankar om nuvarande abortverksamhet planerades en förstudie. Ett begränsat antal intervjuer skulle genomföras med kvinnor som överväger och som genomgår abort samt med kuratorer och sjukvårdspersonal.

Undersökningen genomfördes våren 1981 av Margareta Callersten och finns redovisad i en delrapport, Bilder och röster (*Ds S 1981:24*). Rapporten bygger på intervjuer med 15 kvinnor i abortsituation samt intervju/enkät bland drygt 30 personer som arbetar med vård vid abort. Den gör inte anspråk på att ge en fullständig bild av problemen. Det är istället fråga om att ge exempel, att lyfta fram känslor och reaktioner och illustrera vad som händer i mötet mellan patient och personal.

I föreliggande avsnitt kommer delar av detta material att användas för att belysa kvinnornas och personalens syn på abortvården.

12.2.2 Enkäten

I oktober 1981 skickades en enkät via landstingen till samtliga kliniker och mottagningar med abortverksamhet.

Jane Lindgren har haft ansvaret för att skicka ut enkäten, insamla och sammanställa svaren. För att få så fullständig täckning som möjligt har en kontaktperson i varje landsting vidtalats.

Enkäten avsåg att ge en översiktlig beskrivning av olika moment i vården och formuläret var uppdelat i nio avsnitt. Vart och ett täckte en del av verksamheten och avsikten var att det skulle besvaras av den befattningshavare som hade ansvaret för just de arbetsuppgifterna.

De olika delarna av frågeformuläret gällde

1 Tidsbeställningen – besvarades av sekreterare eller motsvarande
2 Besöket före aborten – mottagningssköterska
3 Abortrådgivningen – kurator
4 Preoperativ undersökning – läkare
5 Vård vid tidiga abortingrepp – avdelningsföreståndare på avdelningen för polikliniska operationer
6 En-stegsoperationer – opererande läkare
7 Vård vid sena aborter – avdelningsföreståndare på vårdavdelning
8 Eftervård – läkare
9 Fortbildning av personal – överläkare/kurator

Inom varje avsnitt fanns en serie bundna frågor med olika alternativ att kryssa i samt ett par öppna frågor. Genom dem har personalen haft tillfälle att svara på

- Vilka förbättringar vill Du föreslå? och
- Vad tycker Du fungerar särskilt bra hos Er?

98 frågeformulär utsändes och efter påminnelser per brev eller telefon inkom svar från 78 sjukhus och 17 öppenvårdsmottagningar. Svar uteblev endast från två sjukhus och en mottagning. Även från dessa inhämtades telefonledes vissa uppgifter.

Intresset var av svarsfrekvensen att döma stort. Svaren på de öppna frågorna var ofta utförliga. Många tog dessutom kontakt eller skrev brev för att berätta mer om någon del av verksamheten. De som var nöjda med uppläggningen av arbetet ville dela med sig av sina erfarenheter. De som var missnöjda med något ville framföra det till kommittén med förhoppningen att andra skulle lära av misstagen.

12.2.3 Studiebesök

För studiebesöken valdes områden med kliniker som kunde vara representativa för verksamheten på andra håll, och som skilde sig sinsemellan t.ex. i fråga om årligt antal aborter, upptagningsområdets befolkningsstruktur eller lands- resp. stadsbebyggelse. Följande fyra områden utvaldes:

- Storstadsområde med kvinnoklinik vid Danderyds sjukhus med 1 365 aborter år 1980
- Kopparbergs län där ungefär 1 000 aborter utförs på centralsjukhuset i Falun
- Göteborgs- och Bohus län med de båda kvinnoklinikerna i Mölndal och Uddevalla med närmare 600 respektive 400 aborter
- Västernorrlands län med kvinnokliniken vid länsdelssjukhuset i Örnsköldsvik med omkring 150 aborter årligen.

12.3 Tabell över abortverksamheten

Som en bakgrund till enkätredovisningen presenteras i tabell 12:1 de kliniker och mottagningar där abortverksamhet finns. Abortfrekvens och operationsmetoder vid respektive klinik har hämtats från den officiella statistiken och gäller 1980. (Sabbatsbergs kvinnoklinik stängdes 1 juli 1980 och siffrorna gäller endast ett halvt år).

Uppgifterna om kuratorskontakterna före resp. efter utgången av 12:e graviditetsveckan är hämtade från enkäten eftersom det ofta påpekats att siffrorna i socialstyrelsens statistik genom underrapportering just beträffande kuratorskontakterna inte stämmer med verkligheten.

12.4 Var utförs abort?

Följande redovisning av abortvården vid de sjukhus/mottagningar i landet där abort utförs och vid de mottagningar där undersökning och utredning före och eventuell uppföljning efter abort görs bygger på enkätsvaren.

Sammanlagt finns i landet 98 kliniker eller mottagningar där abortverksamhet av något slag pågår.

Tabell 12:1 Kliniker eller mottagningar med abortverksamhet. Antalet aborter, tidpunkt för ingreppen, operationsmetod, kuratorskontakt samt efterkontroll. 1980

Klinik/ mottagning	Typ	Aborter totalt[a]	Grav.längd[a]						OP metod[a]						Kuratorskontakt[b]				Rutinmässigt erbjuds efterkontroll hos läkare[b]
			– 11		12 – 17		18 –		VA-cur		2-steg		Annat		– 12		13 –		
			Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Sabbatsberg[c]	KK	446	396	89	46	10	4	1	431	97	14	3	1	0					
Danderyd	KK	1 365	1 224	90	134	10	7	1	1 304	96	59	4	2	0	284	23	58	41	nej
Karolinska	KK	1 448	1 201	83	219	15	28	2	1 224	85	135	9	89	6	ca 900	75	135	100	nej
Löwenströmska	KK	605	494	82	110	18	1	0	589	97	16	3	–	–	149	26	31	70	nej
St Erik	KK	992	653	66	329	33	10	1	961	97	31	3	–	–	149	15	34	100	nej
Södersjukhuset	KK	1 581	1 432	90	139	9	10	1	1 551	98	21	1	9	1	714	38	108	100	nej
Nacka	KK	959	818	85	138	14	3	1	922	96	30	3	7	1	203	22	75	95	nej
Huddinge	KK	1 154	1 048	91	92	8	14	1	1 043	90	91	8	20	2	ca 420	40	105	100	ja
Södertälje	KK	657	576	88	75	11	6	1	611	93	29	4	17	3	61	10	27	73	nej
Sophiahemmet	M-Sj,P	226	219	97	6	3	1	0	224	99	–	–	2	1	–	–	–	–	ja
Uppsala	KK	1 340	1243	93	93	7	4	0	1 290	96	48	4	2	0	399	31	61	100	ja
Eskilstuna	KK	499	433	87	64	13	2	0	487	98	12	2	–	–	108	19	14	100	nej
Nyköping	KK	307	270	88	37	12	–	–	301	98	5	2	1	0	51	19	12	32	nej
Katrineholm	KK	213	201	94	10	5	2	1	210	99	3	1	–	–	40	19	9	100	nej
Norrköping	KK	602	562	93	34	6	6	1	572	95	24	4	6	1	74	13	19	48	nej
Motala	KK	235	212	90	21	9	2	1	220	94	14	6	1	0	143	61	17	94	ja
Linköping	KK	473	434	92	30	6	9	2	450	95	13	3	10	2	136	30	16	70	ja
Jönköping	KK	403	360	89	40	10	3	1	386	96	14	3	3	1	185	49	14	64	nej
Eksjö	KK	268	239	89	28	10	1	1	255	95	10	4	3	1	35	14	15	100	nej
Vetlanda	M-Vc														1	100	1	100	nej
Tranås	M-Vc																		nej

Nässjö	M-Vc														5	12	1	25		nej
Värnamo	KK	222	196	88	21	10	5	2	204	92	15	7	3	1	15	7	17	100		nej
Växjö	M-Sj	472	431	91	29	6	12	3	448	95	21	4	3	1	73	17	20	49		nej
Ljungby	M-Sj	80	68	85	12	15	–	–	78	98	2	2	–	–	9	12	2	40		nej
Kalmar	KK	428	396	93	27	6	5	1	408	95	20	5	–	–	41	10	9	47		nej
Västervik	KK	158	137	87	20	2	1	1	152	96	5	3	1	1	*d*	–	6	100		nej
Oskarshamn	M-Vc	57	56	98	1	2	–	–	57	100	–	–	–	–	3	5	0	0	ja	
Nybro	M-Vc																		ja	
Visby	KK	195	181	93	12	6	2	1	187	96	5	3	3	1	78	50	3	100	ja	
Karlskrona	KK	522	491	94	28	5	3	1	504	97	17	3	1	0	57	12	22	71		nej
Kristianstad	KK	462	417	90	42	9	3	1	445	96	15	3	2	1	*d*		*d*		*d*	
Ängelholm	KK	231	199	86	27	12	5	2	220	95	10	4	1	1	222	91	20	100		nej
Simrishamn	M-Vc	17	17	100	–	–	–	–	17	100	–	–	–	–	–	–	–	–	ja	
Hässleholm	M-Vc														*e*					nej
Klippan	M-Vc														*f*				ja	
Lund	KK	1 167	1 040	89	105	0	22	2	1 103	94	7	1	57	5	331	27	65	66		nej
Helsingborg	KK	569	504	89	58	10	7	1	543	95	24	4	2	1	624	100	34	100		nej
Ystad	M-Sj	99	95	96	4	4	–	–	99	100	–	–	–	–	24	25	–	–	ja	
Trelleborg	M-Sj	181	176	97	5	3	–	–	181	100	–	–	–	–	9	5	–	–		nej
Malmö	KK	1 075	991	92	64	6	20	2	1 018	95	–	–	57	5	136	14	41	49	ja	
Slottsstadens läkargrupp, Malmö	M-Vc,p														*g*				ja	
Halmstad	KK	382	327	86	51	13	4	1	359	94	20	5	3	1	52	16	12	22		nej
Varberg	KK	273	251	92	20	7	2	1	251	92	14	5	8	3	74	34	18	100	ja	

Forts. tabell 12:1

Klinik/ mottagning	Typ	Aborter totalt[a]	Grav.längd[a] – 11		12 – 17		18 –		OP metod[a] VA-cur		2-steg		Annat		Kuratorskontakt[b] – 12		13 –		Rutinmässigt erbjuds efterkontroll hos läkare[b]
			Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Falkenberg	M-Vc	52	52	100	–	–	–	–	52	100	–	–	–	–	[h]				nej
Kungsbacka	M-Vc	79	79	100	–	–	–	–	79	100	–	–	–	–	3	4	–	–	ja
Uddevalla	KK	408	358	88	41	10	9	2	373	91	28	7	7	2	23	6	15	30	nej
Mölndal	M-Vc																		nej
Mölndal	KK	571	508	89	55	10	8	1	548	96	19	3	4	1	34	7	21	30	
Mölnlycke	M-Vc														–	–	6		ja
Partille	M-Vc																		nej
Kungälv	M-Vc																		nej
Sahlgrenska, Gbg	KK	1 036	899	87	129	12	8	1	982	95	41	4	13	1	140	14	48	79	ja
Östra sjh, Gbg	KK	1 133	988	87	130	12	15	1	1 052	93	80	7	1	0	133	13	72	50	nej
Västra Frölunda	M-Vc	73	72	99	1	1	–	–	73	100	–	–	–	–	[j]	–	–	–	ja
Sociala huset, Gbg	M-Vc	218	218	100	–	–	–	–	218	100	–	–	–	–	75	24	–	–	ja
Carlanderska, Gbg	M-Sj,P	14	14	100	–	–	–	–	14	100	–	–	–	–	–	–	–	–	ja
Vänersborg	KK	465	429	92	32	7	4	1	440	95	23	5	2	0	44	14	16	100	nej
Trollhättan[k]	M-Sj														23	14	4	100	nej
Borås	KK	839	793	95	38	4	8	1	806	96	32	4	1	0	85	10	8	100	nej
Alingsås[l]	M-Sj														7	4			ja
Skövde	KK	395	357	91	29	7	9	2	361	91	33	9	1	0	329	91	29	85	ja
Mariestad	M-Sj	65	64	99	1	1	–	–	65	100	–	–	–	–	13	20	2	100	nej
Falköping	M-Sj	74	74	100	–	–	–	–	74	100	–	–	–	–	3	4	6	100	ja
Lidköping	KK	203	173	85	30	15	–	–	176	87	27	13	–	–	17	10	19	100	ja
Karlstad	KK	763	689	90	66	9	8	1	730	96	32	4	1	0	175	23	60	97	ja
Arvika	M-Sj	89	89	100	–	–	–	–	89	100	–	–	–	–	20	22	6	100	nej
Säffle	M-Sj	51	47	92	4	8	–	–	49	96	1	2	1	2	36	63	2	100	ja
Kristinehamn	M-Sj	114	110	97	4	3	–	–	114	100	–	–	–	–	15	13	2	100	ja[m]
Torsby	M-Sj	28	27	96	1	4	–	–	28	100	–	–	–	–					nej
Hagfors	M-Vc														10	37			nej
Filipstad	M-Vc																		nej
Örebro	KK	789	738	94	40	5	11	1	759	96	20	3	10	1	112	14	33	100	ja[m]
Karlskoga	M-Sj	168	163	97	5	3	–	–	168	100	–	–	–	–	30	18	4	80	ja
Lindesberg	M-Sj	118	107	91	11	9	–	–	118	100	–	–	–	–	11	10	–		ja
Västerås	KK	866	776	90	82	9	8	1	821	95	41	5	4	–	373	[n]			nej

Köping	KK	232	223	96	8	4	1	0	227	98	4	2	1	0	48	22	9	100	ja	
Falun	KK	990	919	93	65	6	6	1	953	96	25	3	12	1	675	73	36	51	ja[m]	
Mora	KK	167	139	83	26	16	2	1	162	97	4	2	1	1	50	36	28	100		nej
Borlänge UM	M-Vc																			nej
Gävle	KK	642	573	89	60	10	9	1	616	96	14	2	12	2	579	95	35	100		nej
Söderhamn[o]	M-Sj	122	116	95	6	5	–	–	120	98	1	1	1	1						nej
Bollnäs[o]	M-Sj	105	97	92	8	8	–	–	105	100	–	–	–	–						nej
Hudiksvall	KK	214	198	92	16	8	–	–	213	99	–	–	1	1	65	33	7	44		nej
Gävle UM	M-Vc														15		2		ja	
Örnsköldsvik	KK	156	141	90	11	7	4	3	150	96	3	2	3	2	30	[p]				nej
Sollefteå	KK	159	146	92	13	8	–	–	157	99	1	1	1	1	53	34	3	60	ja[m]	
Sundsvall	KK	592	499	84	84	14	9	2	560	95	24	4	8	1	560	95	32	34		nej
Östersund	KK	497	448	90	43	9	6	1	471	95	25	5	1	0	187	42	28	57		nej
Umeå	KK	583	537	92	45	8	1	0	577	99	6	1	–	–	193	36	22	48		nej
Skellefteå	KK	198	182	92	15	8	1	0	187	94	10	6	1	0	131	72	15	94		nej
Lycksele	M-Sj	1	1	100	–	–	–	–	1	100	–	–	–	–	–	–	–	–		nej
Boden	KK	275	242	88	30	11	3	1	161	95	10	4	3	1	185	70	12	100	ja	
Gällivare-Kiruna	KK	329	310	94	18	6	1	0	314	96	14	4	1	0	102	32	12	80		nej
Kalix	M-Vc	85	83	98	2	2	–	–	85	100	–	–	–	–	1	1			ja	
Luleå	KK	365	329	90	33	9	3	1	348	95	13	4	4	1	103	31	36	100		nej
Piteå	KK	112	105	94	7	6	–	–	110	98	2	2	–	–	[d]				[d]	
Summa		34 798	31 100	89	3 424	10	342	1	33 112	95	1 277	4	409	1	10 388	30	1 761	47		

KK = kvinnoklinik
M–Vc = mottagning vid vårdcentral eller liknande
M–Sj = sjukhusanknuten öppenvårdsmottagning
P = privat
[a] Enligt officiell statistik.
[b] Enligt enkäten.
[c] T.o.m. juni 1980.
[d] Uppgift saknas.
[e] Kurator gemensam med Kristianstad.
[f] Kurator gemensam med Ängelholm.
[g] Kurator gemensam med KK Malmö allmänna sjukhus.
[h] Någon enstaka.
[j] Gemensam kurator med Sociala huset.
[k] Gemensam rapportering med Vänersborg.
[l] Gemensam rapportering med Borås.
[m] Hos barnmorska.
[n] Totalt 43 %.
[o] Egen kurator saknas.
[p] Totalt ca 20 %.

Tabell 12:2 Abortingreppens antal vid olika typ av kliniker/mottagningar

Antal aborter årligen	Kvinnokliniker, antal	Mottagn. vid kir. sjukh. antal	Mottagn. vid VC, antal	Exempel (studiebesöksklin. kursiverade)
< 100	0	10	5	VC Kungsbacka, 79
100– 199	7	7		Kir.klin. Lindesberg, 118
				KK Örnsköldsvik 156
200– 399	16	1	1	Sociala huset, Gbg 218
				KK Luleå, 365
400– 599	13			*KK Mölndal, 571*
600– 799	6			KK Södertälje, 657
800– 999	6			*KK Falun, 990*
1000–1199	5			KK Lund, 1 167
1200–1399	2			*KK Danderyd, 1 365*
> 1400	2			KK Södersjukhuset, 1 581
	57	18	6	

Operativ abortverksamhet sker vid 81 sjukhus eller mottagningar. Av dessa är 57 kvinnokliniker, övriga 24 öppna gynekologiska mottagningar. De öppna mottagningarna är knutna antingen till sjukhus med kirurgavdelning eller till vårdcentral eller liknande öppenvårdsenhet. Två av de mottagningar där abort utförs är knutna till privata sjukhus.

Den övervägande delen av aborterna, drygt 30 000, sker på de 57 kvinnoklinikerna medan ca 3 000 sker vid gynekologiska öppenvårdsmottagningar.

Abortrådgivning, preoperativ undersökning och eventuell eftervård sker antingen vid den klinik där aborten utförs eller i primärvården och i begränsad utsträckning hos privatläkare. I enkäten har 17 mottagningar, varav två privata, uppgivit att läkarundersökningar och erforderliga undersökningar men inte själva abortingreppet utförs. Kvinnan remitteras för operation till närliggande sjukhus. Om hon önskar kuratorskontakt hänvisas hon vanligen till sjukhuset. Kuratorer som ger abortrådgivning finns alltid vid kvinnoklinik men endast sällan i primärvården.

Abortverksamhetens omfattning framgår dels av tabell 12:1, dels av tabell 12:2. Längst till höger i tabellen finns några exempel på kliniker/mottagningar, bl.a. de som valts för studiebesök i de olika grupperna.

12.4.1 Kvinnoklinikerna

Antalet aborter på varje kvinnoklinik växlar avsevärt, från ett par 100-tal vid vissa mindre kliniker till över 1 500 vid ett par storstadssjukhus.

Vid nio kliniker, i Stockholm, Göteborg, Uppsala, Lund och Malmö görs mer än 1 000 aborter per år vilket betyder över 20 aborter per vecka. Södersjukhuset anger i enkäten mellan 30 och 40 aborter i veckan.

På 12 kliniker görs mellan 600 och 1 000 aborter per år vilket ger cirka 16 aborter i veckan. Ungefär hälften (29) av kvinnoklinikerna har mellan 200 och 600 aborter per år dvs. mellan fem och tio per vecka. Sju kliniker gör

mindre än 200 årligen, i genomsnitt således endast ett par aborter i veckan.

12.4.2 Öppenvårdsmottagningarna

Vid 41 mottagningar tar öppenvårdsgynekologen emot abortpatienterna från området. Självfallet har många andra öppenvårdsgynekologer enstaka abortpatienter men här medräknas mottagningar med reguljär abortverksamhet av viss omfattning.

Av dessa mottagningar är 18 knutna till ett sjukhus, vanligen ett länsdelssjukhus med kirurgavdelning där även abortoperationerna utförs. Abortverksamheten sköts av en öppenvårdsgynekolog som använder sjukhusets operationssal och utrustning.

På tio av de 18 mottagningarna med operativ verksamhet görs mindre än 100 aborter årligen, på sju mellan 100 och 200 och endast på en, den som är knuten till privatsjukhuset Sophiahemmet, utförs något över 200. Det är huvudsakligen fråga om polikliniska aborter som görs med vakuumaspiration i narkos eller lokal bedövning (s.k. paracervikalblockad). Endast vid fyra sjukhus görs dessutom enstaka tvåstegsaborter varvid kvinnan läggs in på sjukhuset några dagar.

22 av öppenvårdsmottagningarna är knutna till en vårdcentral eller liknande, och endast på sex av dessa gör man också själva abortingreppen. Vid operationen används gynekologmottagningens utrustning. Det är vanligen fråga om tidiga aborter som görs i lokalbedövning. En stor del är aborter före 8:e graviditetsveckan som görs med s.k. Karmankateter, en teknik som innebär att livmoderhalsen inte behöver vidgas. Ingreppet är därigenom mindre smärtsamt och kräver ej narkos.

På fem av öppenvårdsmottagningarna görs mindre än 100 abortingrepp årligen. Endast på en, Sociala huset i Göteborg, görs något över 200. I Göteborg hänvisas alla abortsökande före 8:e graviditetsveckan till Sociala huset genom central tidsbeställning.

16 av de 22 öppenvårdsmottagningarna knutna till vårdcentral samarbetar med en kvinnoklinik där själva ingreppet utförs. Läkaren gör den preoperativa undersökningen, hänvisar till kurator vid vårdcentralen eller sjukhuset och sköter eftervården.

12.5 Vård vid abort – hur går det till?

12.5.1 Graviditetsdiagnosen

Inom alla landsting finns, åtminstone formellt, möjligheten att vända sig till närmaste mödravårdscentral för att få ett kostnadsfritt graviditetstest. På många håll uppmuntrar man detta och tycker att det är bra att i samband med graviditetstestet fånga upp den som behöver extra stöd under graviditeten, den som överväger abort eller den som behöver preventivrådgivning. I andra landsting har man otillräckliga resurser för graviditetstest och hänvisar till apoteken.

Personalen på vissa håll menar också att kvinnorna inte vill gå till

mödravårdscentralen om graviditeten är oönskad, utan hellre lämnar ett prov på apoteket eller köper ett test som de kan göra själva.

I 14 landsting uppger man att kvinnorna vanligen kommer till mödravårdscentralen eller preventivrådgivningen för graviditetstest och att de är välkomna att göra det. Dessa landsting ligger i stort sett norr om en gräns från Älvsborgs-Skaraborgs län snett nordost till Gävleborgs län. Söder om denna gräns svarar man med några få undantag att kvinnorna vanligen vänder sig till apotek för graviditetsdiagnos.

På de flesta kliniker vill man att graviditeten ska vara fastställd innan kvinnan får tid på abortmottagningen. Många godkänner inte s.k. självtest och en del inte heller provsvar från apotek.

12.5.2 Vart ska kvinnan vända sig?

En kvinna som överväger abort uppmanas – i landstingskatalog, sjukvårdsupplysning och liknande – att vända sig till kvinnokliniken vid det sjukhus hon tillhör, till mödravårdscentralen eller till vårdcentral/distriktsläkarmottagning. Ibland hänvisas hon också till ungdomsmottagning eller privat gynekolog.

I de flesta sjukvårdsområden är denna information lätt att få tag på, ofta finns telefon- och mottagningstider angivna i telefonkatalogen.

12.5.3 Tidsbeställning och väntetid

Av det 80-tal kliniker och mottagningar där abort utförs har drygt 20 telefontid mer än 30 timmar i veckan, dvs.i praktiken hela dagarna. Övriga har öppet vissa tider varje dag. Drygt 30 har mindre än 10 timmars telefontid per vecka.

Med en viss generalisering kan sägas att kortast öppettider har kliniker där det görs många aborter och dit alltså många kvinnor söker, medan de mindre klinikerna har väl tilltagna telefontider. På fem storstadssjukhus med mer än 1 000 aborter årligen har man t.ex. telefontid 3-5 timmar per vecka. Vanligen måste patienten ställa sig i telefonkö för att komma fram. Det finns dock även relativt stora kliniker, t.ex. Malmö, Karlstad och Örebro där man tar emot tidsbeställning hela dagarna.

På en del mottagningar (ca 15) ligger telefontiden på olika tid olika dagar vilket är en fördel för den som har svårt att använda telefon på sin arbetsplats.

"Jag försökte ringa i två dagar från skolan, till slut stannade jag hemma och ställde mig i telefonkö, fick vänta 25 minuter." (*Bilder och röster*).

Vid närmare hälften av mottagningarna är det en sjuksköterska som svarar för tidsbeställningen. På 12 ställen sköter kuratorn tidsbeställningen helt och vid ytterligare sex delvis. I övriga fall är det en sekreterare, en barnmorska eller ett sjukvårdsbiträde som har hand om telefonen. På vissa håll har man "handplockat" en person för att sköta telefontiden. Ibland delar olika befattningshavare uppgiften och t.ex. i Göteborg har man central tidsbeställning för alla kliniker.

"Bara att ringa är svårt – därför är det fel att det ska vara svårt att komma fram," "I en situation som abort vill jag inte bli behandlad som ett löpande band-nummer." (*Bilder och röster*)

Tidsbeställningen är mottagningens ansikte utåt och det betyder mycket hur denna första kontakt med den abortsökande kvinnan sköts. Det är viktigt att den som svarar i telefonen har tid både att lyssna och att ge information – däremot tycks det inte spela så stor roll vilken befattning vederbörande har.

En kuratorsekreterare som har hand om tidsbeställningen säger:

"Kvinnor tycker ofta att det är jobbigt att ringa och beställa tid – – – Många förklarar genast varför de vill avbryta sin graviditet, det verkar som om de vill försvara sin abort inför mig. Sedan när vi pratat med varandra en stund börjar många berätta hur de mår och hur de känner sig." (*Bilder och röster*)

En kvinna i intervjuundersökningen säger att hon förberett vad hon skulle säga "men det hann jag aldrig – samtalet gick så snabbt".

Från en annan klinik säger den som har hand om tidsbeställningen:

"Jag har möjlighet att vid tidsbeställningen i lugn och ro ge en del information och undanröja en del oro hos patienten." (Enkätsvar)

Vid de flesta kliniker/mottagningar erbjuds kuratorskontakt vid tidsbeställningen och vid drygt hälften ger man också en tid för kuratorsbesöket och försöker samordna det med läkarbesöket. Om det är kurator eller sekreterare som sköter telefonen informeras alltid om kurator och det sker vanligen också när mottagningssköterskan ger tid.

I ca 20 enkätsvar uppges att man rutinmässigt upplyser om att partnern eller annan närstående får följa med vid besöket. Ca 30 säger att det sägs ibland och lika många att de aldrig för det på tal.

I intervjuer och enkäter understryks hur viktigt det är med korta väntetider både till första läkar/kuratorsbesöket och mellan undersökningen och operationen. *Väntetiden* till läkarbesöket är på de flesta håll relativt kort, men det förekommer att det dröjer upp till 2 veckor. Karolinska sjukhuset i Stockholm, Mora och Gällivare uppger således att det kan ta 14 dagar från tidsbeställning till läkarbesöket. Vid 11 mottagningar kan det ta upp till 10 dagar, övriga erbjuder tid betydligt snabbare, några har en eller två dagars väntan. Till kurator ordnas ofta tid samma dag som läkarbesöket eller senast dagen efter. Från en klinik sammanfattar man det som är bra:

"God kontakt mellan televäxel och mottagning. Inga strikta telefontider. Samtal släpps fram på icke telefontid om patienten så önskar. Bra är också den korta väntetiden för abortsökande."(Enkätsvar)

12.5.4 Första besöket på mottagningen

"Jag skulle velat ha en annan situation i väntrummet på KK. Jag vill inte sitta där bland alla andra och fylla i lappen om sista mens och gissa varför de andra är där, precis som de sitter och gissar och förstår att jag ska göra abort." (*Bilder och röster*)

I övervägande antalet fall tas abortsökande emot tillsammans med andra patienter på gynekologmottagningen. Endast vid nio kliniker är det enbart abortpatienter i väntrummet. Vid några storstadssjukhus finns dock fortfarande speciella abortmottagningar. På Södersjukhuset i Stockholm har man t.ex. två kvällsmottagningar i veckan då det kommer 20–25 abortpatienter varje gång.

Mottagningssköterskan spelar ofta en aktiv roll. Det är hon som tar emot kvinnan, som hon kanske talat med redan vid tidsbeställningen. Sjuksköterskan visar kvinnan tillrätta, tar prov och hör sig för om mens, graviditetslängd m.m. Hon ger operationstid och berättar om operationen, förmedlar kuratorskontakt, diskuterar preventivmedel. Om det inte finns någon kurator händer det att sjuksköterskan tar upp ett samtal om t.ex. relationen till partner eller föräldrar.

Läkarbesöket är som en vanlig gynekologisk konsultation. För samtalet med läkaren och undersökningen är ofta samma tid avsatt (15 eller 20 min.) som till andra patienter på gynekologmottagningen.

I enkäterna uppger personalen på de allra flesta håll att de tycker rutinerna på mottagningen fungerar bra eller mycket bra. Endast från två kliniker framförs kritiska kommentarer. På den ena kan kvinnorna få vänta flera timmar eftersom tidsplaneringen för läkarbesöken inte håller. På den andra kliniken önskar man utökade mottagningstider eftersom belastningen är alltför stor. Besöken hos läkaren blir korta och tidspressade och kvinnorna får inte tillräcklig information om det förestående ingreppet.

Några kvinnor som överväger abort säger så här om den första kontakten med sjukvårdspersonalen:

"Mycket bättre än jag trott --- jag var rädd att de skulle vara snorkiga."

"Jag fick en känsla av negativ inställning vid första besöket."

"Jag tyckte nästan de var för vänliga, undrade om det var för att jag skulle göra abort."

"Positivt förvånad att bli så väl bemött."

"Abort är inte lätt och därför behövs det inte så mycket av otrevligt bemötande för att min självkänsla ska krympa ner till obefintlighet." (*Bilder och röster*)

12.5.5 Kuratorskontakten

En kvinna som överväger abort kan alltid få kontakt med kurator för ett samtal. Antingen kan det vara fråga om abortrådgivning som är frivillig eller s.k. särskild utredning av kurator som är obligatorisk efter utgången av 12:e graviditetsveckan. Den särskilda utredningen kan underlåtas om läkaren (i samråd med kvinnan) anser den onödig.

Abortrådgivning kan förutom av kurator även meddelas av läkare, barnmorska eller annan, men vanligen är det fråga om en kuratorskontakt. Gränsen mellan rådgivning och särskild utredning är flytande och båda typerna av kontakt skall framför allt vara ett stöd för kvinnan så att hon kan komma fram till ett beslut som hon känner är det rätta.

Hur många träffar kurator?

I tabell 12:1 redovisas kuratorskontakterna enligt uppgifter i enkäten. Av dem som genomgår abort före 12:e veckan är det 30 % som haft kontakt med kurator, efter den tidpunkten är det 47 %. Skillnaderna är emellertid avsevärda i olika sjukvårdsområden. Spridningen beträffande abortrådgivning före 12:e veckan och fördelningen mellan kliniker och mottagningar framgår av tabell 12:3.

Vid hälften av de redovisade mottagningarna/klinikerna har mellan 10 och 30 % av de kvinnor som genomgår abort före 12:e graviditetsveckan fått rådgivning av kurator. Vid nio mottagningar (13 %) har ännu färre fått rådgivning och vid en femtedel av klinikerna har rådgivning begärts av 30 – 50 % av kvinnorna. Vid återstående femtedel av klinikerna får mer än hälften av kvinnorna rådgivning.

Genomgående är andelen kvinnor som träffar kurator lägre vid de öppna mottagningarna där man sällan har tillgång till egna kuratorer utan måste hänvisa till kvinnokliniken. Vid 40 kvinnokliniker är det mindre än hälften av kvinnorna som har kuratorskontakt. Vid 11 kliniker har över 50 % kuratorskontakt. Vid ca hälften av dessa hänvisas alla kvinnor automatiskt till kurator. Kuratorn har då ofta andra uppgifter, som att föra in uppgifter i journalen, ge information om operationen, tala om preventivmedel etc.

Hur stor andel kvinnor som träffar kurator sammanhänger uppenbarligen med hur rådgivningen är organiserad och hur den erbjuds. Andelen kuratorskontakter är högre vid de kliniker där kvinnan erbjuds rådgivning redan i telefonen och särskilt om tid kan bokas direkt vid telefonsamtalet. Om det är kuratorn som sköter tidsbeställningen påverkar det också.

I Helsingborg hänvisas alla som överväger abort först till kurator och i Borås har man startat ett försök med kuratorskontakt för alla kvinnor i abortsituation. Under försöksperiodens första tre månader hade 83 % av

Tabell 12:3 Kuratorskontakter före 12:e graviditetsveckan vid 69 kliniker/mottagningar

Andel kvinnor som träffat kurator	Kvinnokliniker	Mottagning i primärvård	Samtliga	
	Antal	Antal	Antal	Andel %
Under 10 %	3	6	9	13
10 - 19 %	18	6	24	35
20 - 29 %	6	4	10	14
30 - 39 %	10	1	11	16
40 - 49 %	3		3	4
50 - 59 %	1		1	1
60 - 69 %	1	1	2	3
70 - 79 %	4	–	4	6
80 - 89 %	–	–	–	–
90 - 99 %	4		4	6
100%	1		1	1
	51	18	69	100

kvinnorna kuratorskontakt. Kuratorsbesöket lades före läkarbesöket på samma dag.

"Vi har fångat upp och stöttat många patienter som varit tveksamma eller av andra skäl haft det särskilt svårt och som säkerligen inte hade fått kuratorskontakt med andra rutiner." (Enkätsvar)

I Mölndal där endast sju procent av kvinnorna före 12:e graviditetsveckan har kuratorskontakt säger kuratorn:

"Jag väljer hellre en djupare kontakt med få, de som verkligen är i behov av stöd." (Enkätsvar)

Förväntningar på kuratorskontakten

Sättet och tidpunkten för information om abortrådgivningen men också kvinnans egna förväntningar har betydelse för hur hon tar emot erbjudandet om kuratorskontakt.

"Nej, jag tyckte inte jag behövde gå till kuratorn, jag hade bestämt mig."

"Jag ångrar nu efteråt att jag inte tog emot erbjudandet. Jag hade behövt prata, olyckligt att beslutet gick så fort."

"– – – kunde i och för sig ha pratat med kurator men jag tyckte att jag tog upp hennes tid."

"Nej, jag var rädd att kuratorn skulle påverka mitt beslut."

"Jag upplevde det lite tveksamt att hon frågade om aborten, om jag vill – – – Samtidigt som det säkert var nyttigt att prata med en utomstående."

"Samtalet var jätte-OK, satte igång att reda ut och fundera. Är man helt färdig med ett beslut så skadar det ändå inte att tänka igenom en gång till." (*Bilder och röster*)

Särskild utredning av kurator

Trots att särskild kuratorsutredning i princip är obligatorisk efter utgången av 12:e graviditetsveckan har endast 47 % av de kvinnor som genomgår abort under denna del av graviditeten haft kontakt med kurator. Vid 13 kliniker är det mindre än 50 %, på en (Halmstad) mindre än 25 %. Vid övriga kliniker sker den särskilda utredningen av kurator i mer än 50 % av fallen och 29 kliniker uppger att det sker i 100 %.

Detta kan tolkas så att man vid dessa senare kliniker rutinmässigt ordnar kuratorskontakter så snart graviditeten är mer än 12 veckor medan man vid de övriga gör en bedömning av behovet och då finner att kontakten kan underlåtas i ungefär hälften av fallen.

God tid för samtal

Den tid som reserveras för kuratorssamtalen växlar, delvis beroende på kuratorns arbetsbelastning. Vid mindre kliniker där få kvinnor söker abort är väntetiden kort och tiden för samtalen är väl tilltagen. Vid 23 kliniker tar samtalen 30 minuter till en timme, vid 43 avsätts tid för en timme eller mer. Flexibiliteten är stor och besökstidens längd avpassas i stort sett efter kvinnans önskemål och behov.

På Karolinska sjukhuset med cirka 1 500 aborter årligen får 75 % av de kvinnor som genomgår tidig abort tid hos någon av kuratorerna: "30 minuter eller kortare för det stora flertalet, men längre tid om det behövs".

Mannen är sällan med

Visserligen är mannen sällan med vid kuratorsbesöket, men han är dock oftare med hos kuratorn än i något annat led i abortvården.

Kuratorerna uppger i enkäten att det är svårt att uppskatta i vilken utsträckning mannen är med. Från 56 kliniker/mottagningar har dock kommit svar på den frågan. Vid 12 mottagningar uppges att var fjärde kvinna har mannen med, vid 17 mottagningar var åttonde kvinna och vid övriga 27 är mannen sällan eller aldrig med. Vid två mindre mottagningar finns manlig kurator, vilket ses som en fördel när det gäller kontakter med båda parter i abortsituationen.

Det förekommer givetvis också att kvinnan själv inte önskar ha mannen med.

"Det visar sig ofta att kvinnan vill ta ett eget beslut utan makes/partners inblandning eller gemensamt besök hos kurator," (Enkätsvar från en kurator)

"Jag ville sortera ut mina synpunkter utan att ta hänsyn till vad han tyckte, trots att vi var överens", säger en kvinna.

(*Bilder och röster*)

Samtalets innehåll

I enkätsvaren påpekas av många kuratorer att det är väsentligt att kvinnan får styra samtalet och tala om det som känns angeläget för henne. Viktigt är också att prata om känslor. Kvinnan kanske ofta är klar över abortbeslutet rent förnuftsmässigt men känner det svårt känslomässigt.

Några exempel på vad kuratorn försöker få med under samtalet:

- Att lyssna till patienten och låta henne få prata av sig sin oro och eventuella ångest. Självklart också informera om vad det innebär att göra abort rent praktiskt. Erbjuda stöd oavsett vilket beslut hon fattar.
- Är beslutet hennes eget? Relationen till mannen. Är de överens? Hur blir partnerns situation om hon föder barnet respektive gör abort.
- Kvinnans inställning till abort innan hon själv kom i abortsituation.
- Ambivalens, som enligt många kuratorers uppfattning alltid finns med. Förväntningar och planer för framtiden.
- Rädslan för komplikationer i samband med aborten.
- Diskutera preventivmedel är mycket viktigt.
- Informera om möjlighet att fortsätta kontakten efteråt, men också betydelsen av att fortsätta att prata om abort med närstående eller någon annan hon har förtroende för.

Kuratorskontakt efter aborten

Kvinnor som haft kuratorskontakt före aborten erbjuds praktiskt taget alltid att komma även efteråt, men få använder sig av den möjligheten. Av de kvinnor som avböjt kuratorsstöd före tar ännu färre initiativ till det efteråt.

Vid de kliniker där alla kvinnor rutinmässigt träffar kurator och etablerat en kontakt från början återkommer ändå endast ett fåtal.

Från 67 kliniker har man sökt uppskatta andelen kvinnor som återkommer efter aborten. Hälften uppger att mindre än 10 % av dem som haft kuratorskontakt före återkommer till kuratorn efteråt. Endast vid sju kuratorsmottagningar kommer mer än 50 % av kvinnorna tillbaka till ett uppföljningssamtal.

De kuratorer som har en hög andel återbesök har vanligen lagt ned särskilt arbete på att motivera för detta.

I Linköping når kuratorerna fler kvinnor sedan de börjat att mera aktivt erbjuda stöd efteråt. Kuratorerna går till uppvakningsavdelningen och söker upp var och en som genomgått abort, presenterar sig och får då kontakt också med dem de inte träffat tidigare. Tanken är att det är lättare för kvinnan att ringa till någon hon träffat personligen om hon senare får några bekymmer.

Vid klinikerna i Kristianstad, Köping och Löwenströmska sjukhuset tar kuratorn kontakt per telefon med många av kvinnorna efteråt och kan då ge stöd i telefonsamtalet och även fånga upp dem som behöver komma för personlig kontakt. På Gävle ungdomsmottagning återkommer de flesta och de som uteblir kontaktas för en ny tid.

Vid Mölndals lasarett träffar kuratorn få kvinnor före tolfte veckan men ofta träffar hon dem upprepade gånger och de flesta återkommer efter aborten till ett samtal som blir ett led i den kontakt som inletts före ingreppet.

12.5.6 Tidiga abortingrepp

Omkring 90 % av alla aborter sker före utgången av 12:e graviditetsveckan och utförs med s.k. vakuumaspiration eller skrapning. 80 % av dessa tidiga abortingrepp görs polikliniskt, resten sker i sluten vård. Andelen abortpatienter som läggs in varierar på olika kliniker. I Uppsala, Malmö och Kristianstad blir praktiskt taget ingen inlagd i samband med en tidig abort medan i t.ex. Kalmar, Östersund och Visby ungefär hälften av dessa patienter stannar på sjukhuset några dagar.

De skäl som anges i enkäten för att vissa kvinnor läggs in är olika. Följande orsaker nämns oftast:

- Långa reseavstånd, vanligt i glesbygd
- Resursbrist – det saknas dagavdelning, övervakningsmöjlighet eller operationstid för polikliniska operationer
- Unga kvinnor eller kvinnor som är gravida för första gången – infektionsrisken anses vara större för dem.

Någon enhetlig praxis för valet av vårdform finns inte. Det är oftare operationsresurser och plats- och personaltillgång som styr än medicinska överväganden.

Operationsdagen

När en kvinna kommer för poliklinisk operation blir hon mottagen i kassan och inte sällan möter hon den mottagningssköterska hon tidigare träffat.

Sedan blir hon visad till ett förberedelserum vanligen på den uppvakningsavdelning dit hon sedan återkommer efter operationen. De som ska genomgå poliklinisk abort en viss dag kommer på morgonen för inskrivning. I Uppsala får kvinnorna som ska opereras vänta tills alla är inskrivna, varpå den lilla gruppen med sjuksköterskan i spetsen går in i förberedelserummet.

"Delade rum med de övriga kvinnorna som också skulle göra abort, både före och efter operationen – – – kändes som ett stöd att vi var i samma situation – – –." (*Bilder och röster*)

Är mannen med?

"Fy fasen att vara ensam, han kunde vara med, det är hans angelägenhet också." (*Bilder och röster*)

Hälften av sjukhusen uppger att patienten kan ta emot besök under de timmar hon vistas på sjukhuset, en fjärdedel säger att endast några har möjlighet att ta emot besök och vid en fjärdedel av sjukhusen är det ej ordnat för besökare.

På frågan om mannen brukar vara med vid aborten svarar således ungefär hälften att det förekommer, men i ringa utsträckning. Vanligen innebär det att han kommer för att hämta kvinnan, eventuellt sitter en stund på uppvakningsavdelningen och är med vid utskrivningen.

"Kanske hade han följt med om jag bett honom."

"Min man tyckte det var jätteskönt när det var över, han hade varit hemskt orolig för mig."

"På något sätt önskar jag att man kunde dra in mannen i det hela så att han – – – inser att ansvaret för att hindra en graviditet är båda parters – – – " (*Bilder och röster*)

Operationen

"När jag skulle in på operationen var det med en känsla av befrielse, att det hemska med honom var över." (*Bilder och röster*)

Själva ingreppet sker på operationsavdelningen där kvinnan möter en helt ny personalgrupp. Läkaren som ska operera pratar några ord med henne och gör eventuellt en undersökning. Därefter förbereds narkosen.

Vid tre fjädedelar av klinikerna används narkos i första hand, vid en fjärdedel är paracervikalbedövning den vanligaste metoden.

Om ingreppet sker med denna bedövning sitter vanligen en sjuksköterska och pratar med kvinnan under tiden.

"Kändes lite grann som löpande bandprincipen (när vi) kördes in för aborten – lite opersonligt."

"Stressigt, lite bråttom, skulle velat att de hade mera tid."

"Det var en positiv upplevelse att det gick så snabbt. Kändes som en väldig lättnad." (*Bilder och röster*)

Efteråt

"När jag vaknade efter ingreppet kände jag mig befriad, inte precis en befrielse att jag var av med fostret utan en lättnad över att de praktiska arrangemangen klaffat – – –

väldigt skönt på uppvakningsavdelningen – – – de viskande rösterna, bli pulsad och få te och smörgåsar. Jag kände mig inte alls dålig psykiskt eller fysiskt." (*Bilder och röster*)

På en tredjedel av klinikerna, där man gör många aborter varje operationsdag, har man ett särskilt rum för abortpatienterna på uppvakningsavdelningen. På andra håll ligger kvinnan tillsammans med andra patienter, ibland på en stor sal med nyopererade kirurgpatienter, både män och kvinnor. De svårt sjuka patienterna tar då personalens mesta tid och man har svårt att hinna med en ledsen kvinna som är så frisk att hon ska gå upp och klä sig och resa hem om ett par timmar.

Utskrivningen

Efter några timmar på uppvakningsavdelningen är kvinnan klar att åka hem. Vid utskrivningen får hon läkarintyg och ofta ett tryckt formulär med information. Hon får också muntlig information om ingreppet och om hur hon ska sköta sig, vilka komplikationer som kan tillstöta och vart hon i så fall ska vända sig.

Vid drygt 50 kliniker är det den läkare som utfört ingreppet som också talar med kvinnan vid utskrivningen, på tre kliniker är det en barnmorska som ger information och i övriga fall är det en sjuksköterska.

"Personalen var väldigt angelägen att se till att jag blev hämtad – – – förvånad att de brydde sig om det." (*Bilder och röster*)

Ingenting att ändra på

Rutinerna för de polikliniska aborterna är ganska olika vid olika kliniker men vid de allra flesta mottagningar/ uppvakningsavdelningar tycker man att den egna verksamheten fungerar bra eller mycket bra. Några få undantag finns:

"Tekniskt fungerar det bra, men det finns ingen möjlighet att ta emot besök eller att prata med kvinnan i lugn och ro." (Enkätsvar)

Vid en klinik önskar man att det fanns enkelrum så att mannen kunde stanna och paret fick tillfälle att prata med varandra.

En kritisk röst från en annan klinik tycker att patienten skulle få mer information. Inte bara direkt efter operationen, eftersom patienten då är desorienterad av narkosen och inte kan ta till sig det som sägs.

12.5.7 Tvåstegsabort

Är graviditeten längre gången än 12:e–13:e veckan utförs vanligen s.k. tvåstegsabort och då blir kvinnan inlagd på sjukhuset några dagar upp till en vecka. Endast omkring 4 % av alla aborter görs med tvåstegsmetod och på många kliniker är dessa sällan förekommande (se tabell 12:1). Tvåstegsaborter utförs på ett 60-tal sjukhus varav fem har omkring 50 årligen dvs. i genomsnitt en i veckan. Endast Karolinska sjukhuset har ett större antal

(135), övriga har mindre än 50 årligen. Enkätsvar om denna verksamhet har lämnats av 57 kliniker.

Det första steget vid en tvåstegsabort är en injektion av prostaglandin, rivanol eller koksaltlösning in i livmodern, vilket sker utan narkos. Antingen sker insprutningen genom slidan och livmoderhalsen eller genom bukväggen. Därefter kan det dröja ett till ett par dygn innan värkarbetet och aborten kommer igång, vilket är det andra steget. I många fall gör man en skrapning under narkos för att avsluta aborten sedan fostret stötts ut.

Under värkarbetet och då själva aborten sker ligger kvinnan oftast i eget rum på den avdelning där hon vårdas. Smärtlindring kan ges med paracervikalblockad. Enligt den officiella statistiken är det relativt få som får smärtlindring. Injektioner med smärtstillande medel förekommer emellertid ofta utan att det noteras som smärtlindring i statistiken.

Under det andra steget kan någon av avdelningspersonalen vara inne hos kvinnan, men vanligen kommer man in endast då hon kallar och är med under slutskedet. Vid vissa kliniker skickas kvinnan till förlossningsavdelningen när fostret ska födas fram. Hon kan då få effektiv smärtlindring och en barnmorska brukar vara närvarande för att hjälpa henne. Å andra sidan kan det vara en extra påfrestning för kvinnan att i denna situation vistas på förlossningsavdelningen.

Kuratorn brukar komma till avdelningen någon eller några gånger under den tid kvinnan ligger på sjukhuset.

Endast 25 kliniker har svarat på frågan om mannen brukar vara med under slutskedet. Av dessa uppger flertalet att det händer mycket sällan att mannen är med.

Flertalet av de kvinnor som genomgår tvåstegsabort är ensamma under kortare eller längre tid av det psykiskt påfrestande andra steget och smärtlindringen är i ganska många fall otillräcklig.

Senaborter – vad tycker personalen?

"Det skulle behövas en förändring av insprutningstider så att fler skulle abortera på förmiddagen. Nu sker de flesta aborterna på natten då personaltätheten är mycket låg." (Enkätsvar)

Senaborterna är numera få och på många kliniker har man ringa erfarenhet av tvåstegsaborter. Personalen anser att detta är en förändring till det bättre sedan den nya lagen kom. Många uppger dock att de finner vårdarbetet vid sena aborter mer påfrestande än vid de tidiga. Personalens uppgift är dels att hjälpa, stötta och trösta kvinnan dels att ta hand om fostret vilket är två skilda arbetsuppgifter, båda lika nödvändiga.

Önskemålen från personalens sida om förändringar och förbättringar gäller både kvinnan och den egna arbetssituationen.

"Bättre information före ingreppet."

"Att kvinnan har någon hos sig hela tiden. Bättre smärtlindring."

"Att kvinnan har sin man med och får stöd av honom."

"Eget rum och besök efter egen vilja dygnet runt."

"Viktigt med personligt omhändertagande. Kvinnorna ofta taggarna utåt – tror att personalen ska vara fördömande."

"Om någon ej har besök, t.ex. unga flickor vars föräldrar inte vet något borde man ha personal att sitta med hela tiden, vilket inte alltid är möjligt."

"Den kurator patienten haft kontakt med skulle alltid finnas tillgänglig. Personalen skulle alltid ha tid. Läkarna skulle delta mer i patientvården."

"Inte lätt att få rutin på bra samarbete med vår frekvens 2-3 sena aborter/år."

"Tillfälle till frågor och samtal personalen emellan."

"Bättre utbildning och information till personalen på avdelningen."

"Gammal och van personal som varit med förr och tryggt kan ta hand om patienten." (Enkätsvar)

12.5.8 Eftervård

Praxis för återbesök efter abort växlar. Från 36 kliniker/mottagningar uppges att efterkontroll med gynekologisk undersökning ingår som en självklar del av vården vid abort. Kvinnan får en återbesökstid i samband med utskrivningen. Besöket sker vanligen hos läkare, i några fall hos barnmorska som arbetar med preventivrådgivning. Vid 27 av de 36 mottagningarna kommer kvinnan till någon som hon mött tidigare.

Från en del kliniker svarar man att endast vissa kvinnor får tid för återbesök, t.ex. de som är under 20 år, de som har gått igenom tvåstegsabort, de som fått spiral insatt eller de som enligt läkarens bedömning löper risk att få psykiska eller fysiska komplikationer.

Några kliniker har tidigare haft rutinmässiga kontrollbesök, men frångått detta då många kvinnor uteblivit.

"Vi hade rutinmässig efterkontroll men minst 30 procent av patienterna uteblev."

"Vi har prövat under en period och tyckte värdet var begränsat, patienterna tyckte det var besvärligt att komma och hade sällan problem att fråga om just när de kom." (Enkätsvar)

Från några mottagningar tar man kontakt med kvinnor som uteblir från den uppgjorda återbesökstiden. Det kan ske per brev eller genom att någon av personalen som har träffat kvinnan tidigare, ringer upp och hör sig för hur det står till, samt ger en ny tid om kvinnan önskar det. Det förefaller lättare att motivera kvinnan till ett återbesök om hon får återkomma till någon som hon tidigare träffat och fått förtroende för.

När återbesöket läggs en till två, högst tre veckor efter aborten har man högre deltagande än om kontrollen kommer efter längre tid.

Enkätsvar om återbesök har kommit från 66 kliniker och vid 45 av dessa är personalen nöjd med det sätt på vilket eftervården är ordnad. Vid 21 mottagningar menar man att eftervården fungerar mindre bra eller dåligt, främst därför att man inte kan erbjuda återbesök i den utsträckning man önskar.

Många har synpunkter på hur eftervården ska förbättras:

"Flera skulle behöva komma på efterkontroll för att bli förvissade om att allt står rätt till efter operationen. Sannolikt skulle rädslan för eventuell sterilitet efter operationen minska då." (Enkätsvar)

En läkare skriver:

"Största fördelen med vårt omhändertagande är att patienterna nästan alltid behandlas av samma läkare såväl vid det preoperativa besöket som vid det operativa utförandet och vid eventuellt återbesök" (Enkätsvar)

och så här säger en annan:

"Återbesök efter abort är enligt min uppfattning det viktigaste besöket på familjeplaneringen – – – sannolikt förebyggs i många fall långvariga och kostsamma psykiatriska kontakter med ett enkelt, kortvarigt återbesök efter en legal abort." (Enkätsvar)

12.6 Personalen – arbetsrutiner, samarbete, fortbildning

Många personalgrupper kommer i kontakt med kvinnor i abortsituation. Hur personalen upplever sitt arbete, om de har tillräcklig tid och utbildning för dessa uppgifter och även hur de ser på abortfrågan har stor betydelse för kvaliteten på den vård som ges. Från enkäten ska personalens olika arbetsuppgifter och samarbetet och arbetsfördelningen på olika kliniker beskrivas. Synpunkter från berörda personalgrupper kommer dels från svaren på de öppna frågorna, dels från samtal vid studiebesök och intervjuundersökningen.

12.6.1 Arbetsuppgifterna

Direkt engagerade i vården vid abort är läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i kvinnosjukvården samt kuratorer. Även personal på operationsavdelningen och uppvakningsavdelning samt barnmorskor inom mödrahälsovården kommer i direkt och nära kontakt med abortpatienter.

Mottagningssköterskan

"Abortrådgivningen blir inte tråkig därför att den ingår i det vanliga mottagningsarbetet." (Enkätsvar)

Vanligen är mottagningspersonalens arbete med abortpatienter en del i övrigt arbete med gynekologisk öppen vård och/eller preventivmedelsrådgivning. Det förekommer emellertid på vissa kliniker att en sjuksköterska nästan enbart ägnar sig åt abortpatienter. Då brukar man vid kliniken ha en särskild enhet för abortverksamhet eller familjeplanering. Det finns också sekreterare som enbart sköter tidsbeställing för abortsökande och undersköterskor/biträden som uteslutande arbetar på abortmottagning.

Kuratorn

Av de drygt 100 kuratorer som lämnat uppgift om sin arbetssituation anger hälften att de ägnar mindre än 10 % av arbetstiden åt abortrådgivning. En fjärdedel ägnar upp till 40 % åt abortpatienter och övriga har dessa arbetsuppgifter i över 40 % av arbetstiden. Av dessa senare arbetar hälften

(omkring 15) enbart med abortrådgivning och/eller annan familjeplanering som steriliseringsrådgivning.

Flertalet kuratorer har således andra uppgifter vid sidan av abortrådgivningen. De deltar i arbetet vid kvinnokliniken och några arbetar också i mödrahälsovården.

Läkaren

På de flesta kliniker arbetar flera läkare med aborter och abortverksamheten ingår som en del i varje läkares arbete. Vid vårdcentraler finns vanligen endast en gynekolog och abortverksamheten upptar endast en ringa del av arbetet.

Vid några kliniker förekommer att läkare under längre perioder arbetar enbart med familjeplanering varvid en stor del av tiden ägnas åt preoperativ undersökning, operation och efterkontroll i samband med abort. Detta förekommer t.ex. vid familjeplaneringsmottagningen i Uppsala och vid Östra sjukhuset i Göteborg, där en av läkartjänsterna innefattar 60 % abortverksamhet. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg arbetar en läkare huvudsakligen med aborter under en tremånadersperiod och på Danderyds sjukhus i Stockholm har jourläkaren aborter som huvuduppgift under återkommande treveckorsperioder.

Vid en klinik, Sollefteå, görs den preoperativa undersökningen av en för detta specialutbildad barnmorska, som också sköter preventivrådgivningen.

I allmänhet deltar dock flera läkare vid en klinik i preoperativ undersökning liksom vid abortoperationerna.

Hur lång tid tar läkarbesöket?

Vid 50 mottagningar ägnar läkaren mellan 15 och 30 minuter åt det preoperativa besöket i anledning av abort. Vid 25 kliniker tar läkarbesöket kortare tid än 15 minuter, vid tolv mottagningar 30 minuter eller mer. Av dessa tolv är nio kvinnokliniker, tre mottagningar i primärvården.

En orsak till väl tilltagen tid för läkarbesöket kan tänkas vara att läkaren ger mer rådgivning och stöd av det slag som kuratorn annars ger. Andelen kvinnor som haft kuratorskontakt vid de kliniker/mottagningar där läkarbesöken tar mer än 30 minuter skiljer sig emellertid inte nämnvärt från andra. Visserligen har två av de öppna mottagningarna inte tillgång till egen kurator och där är andelen kuratorskontakter låg, men vid flera kliniker med läkartider över 30 minuter är också andelen kuratorskontakter hög.

Det är alltså inte ett genomgående drag att den längre läkarkontakten ersätter kuratorskontakten.

Läkarna har också fått frågan om vad de tar upp i samtalet. I ett 20-tal av enkätsvaren uppger läkarna att de förutom medicinska spörsmål och samtal om preventivmedel också tar upp frågan om kvinnans relationer till familj och partner samt att de försäkrar sig om att kvinnan ej är otillbörligt påverkad av andra i sitt beslut.

Läkarkontinuitet

Vid hälften av klinikerna finns en viss läkarkontinuitet. Kvinnan träffar vanligen samma läkare vid undersökningen, vid abortoperationen och vid en eventuell efterkontroll. Vid övriga kliniker uppges att kvinnan oftast inte träffar samma läkare vid olika tillfällen.

I de öppna frågorna återkommer ofta kommentarer om kontinuiteten som personalen genomgående skattar högt.

"Samma personal borde följa patienten hela tiden från första besöket på mottagningen, till ingrepp och efterkontroll."

"Kontinuiteten i vården är vår största styrka – vi är en liten klinik." (Enkätsvar)

12.6.2 Samarbete kurator – sjukvårdspersonal

Samarbetet mellan läkare och kurator om enskilda patienter är olika på olika kliniker. 66 kuratorer svarar att de pratar med eller skickar skriftliga meddelanden till läkaren om vissa kvinnor, vanligen de tveksamma eller oroliga. Vid 15 mottagningar får läkaren tillgång till kuratorsjournal. 11 kuratorer säger att de har ett mer informellt samarbete och tar upp olika problem när de träffar läkaren. Samarbetet underlättas om kuratorn har sitt rum intill läkarmottagningen.

Drygt hälften av kuratorerna kommer alltid överens med kvinnan om vad som ska föras vidare till läkaren. Kvinnan kan då också vara med när kuratorn informerar läkaren. Fyra kuratorer uppger att kvinnan inte får reda på vad som förs vidare och övriga att kvinnan ibland känner till det.

Samarbete mellan kurator och personalen på operations- och uppvakningsavdelningen förekommer vid behov vid 38 kliniker och rutinmässigt vid fyra.

Kuratorerna brukar ta kontakt med de kvinnor som ligger inne på vårdavdelningen för tvåstegsabort.

Frågan i enkäten om samarbetet mellan vårdavdelningen och kurator besvarades på följande sätt:

av vårdpersonalen	
Rutinmässig kontakt med kurator	35
Ibland	17
Ingen kontakt	4
	56 kliniker
av kuratorer	
Alltid	44
Ibland	15
Nej	3
	62 kliniker

12.6.3 Personalens syn på abortverksamheten

Hur ser då personalen på sina arbetsuppgifter, vad önskar man för förbättringar, vad tycker man är särskilt bra? (Citaten hämtade ur enkätsvar)

"Att abortpatienter får förtur och kan få komma till ett första samtal i stort sett omedelbart",

anser en kurator viktigt och så här säger en mottagningssköterska:

"Korta väntetider tror jag för det mesta är bra. Men på grund av tidsbristen när patienten är här har vi inte alltid möjlighet att hitta de patienter som egentligen inte har bestämt sig. För dem går det nog för fort och lätt."

Personalen i tidsbeställningen vid en medelstor kvinnoklinik säger:

"Inga långa väntetider och är det något akut ärende så finns det alltid extratider att tillgå."

Men på andra kliniker är man mera pressad:

"Svårt att ordna tid. Otillräckligt med tider att erbjuda. Svårt klämma in patienter för att väntetiden inte ska överskrida en vecka."

Många försöker ge abortpatienter extra tid och uppmärksamhet eller önskar att de hade en sådan möjlighet:

"Mera avskildhet" önskar många liksom "bättre lokaler på mottagningen för att hålla enskilt samtal med patienten."

"det blir jäktigt i telefon och kanske inte så lätt att prata ingående – – – Skulle vara bra om man kunde gå till ett tomt rum för vissa samtal."

Personalen noterar ofta att abortpatienterna är oroliga och spända eller försöker visa en tuff attityd. Personalen försöker ge stöd och skapa en bra kontakt.

Men personalen kan också känna att kvinnor i abortsituation tar för stor plats, lägger beslag på tider för andra.

Personalens egna attityder till abort präglar självfallet deras sätt att bemöta kvinnan och även deras egen känsla av tillfredsställelse i arbetet.

Så här kommenterar några läkare och sjuksköterskor i intervjuundersökningen (*Bilder och röster*) kvinnans upplevelser i samband med abort:

"Från ett stort personligt misslyckande till att abort också kan vara något mycket positivt – – – kan kännas som en stor lättnad."

"En del är rädda och nervösa. Andra tycker inte det är något särskilt."

"Svårt att vara vänlig mot bekvämlighetsaborterna."

"Tyvärr finns det alltför många som tycker aborten är enkel och okomplicerad."

"Har inte stött på kvinnor som upplever aborten som enkel."

12.6.4 Fortbildning – handledning

I enkäten frågades om fortbildning och handledning förekom för den personal som deltar i vård vid abort.

För kuratorer anordnas kvalificerad handledning på flera håll. Kuratorerna vid klinikerna i Helsingborg, Lund, Köping, Borås, Linköping och Sundsvall, samt i stockholmsområdet Danderyd, Karolinska sjukhuset och S:t Erik har regelbundet organiserad handledning.

Beträffande sjukvårdspersonalen finns regelbundet återkommande personalhandledning endast vid ett fåtal kliniker, t.ex. Karolinska sjukhuset och KK, Lund.

På frågan om det hålls regelbundna möten och konferenser med personalen för att diskutera abortverksamheten svarar 68 nej, 10 ja. Vid 6 av de 10 kliniker/mottagningar där sådan internutbildning förekommer uppges att dessa sammankomster förekommer ungefär en gång i månaden.

De personalgrupper som deltar är vanligen kuratorer och läkare, i mindre omfattning sjuksköterskor och vårdbiträden på mottagningen. Endast från tre kliniker uppges att operations- eller narkospersonal har något forum för att bearbeta sina känslor kring abort.

12.6.5 Utåtriktad abortförebyggande verksamhet

Slutligen frågades i enkäten om personalen på något sätt engagerats i abortförebyggande information eller annan utåtriktad verksamhet.

Från 22 kliniker/mottagningar svarades nej, från 49 ja.

Relativt vanligt är att sjukvårdspersonal/kurator deltar i grundskolans samlevnadsundervisning. Läkare och kuratorer talar också ganska ofta om abort i gymnasieskolan. Några deltar i diskussioner på fritidsgårdar. Det förekommer att man tar emot studiebesök och även att man informerar på en arbetsplats. Föräldramöten, invandrarbyråer är andra exempel på kontakter i det utåtriktade arbetet.

12.7 Studiebesök i fyra sjukvårdsområden

12.7.1 Storstadskliniken

Det är lätt att komma till det stora sjukhuset i Danderyd med T-banan och i stora porten blir man vänligt hänvisad till kvinnokliniken. Det är bara att följa de tydliga skyltarna.

Väntrummet till gynekologmottagningen är stort, mörkt och fönsterlöst. Här väntar kvinnor som ska till den allmänna gynekologiska mottagningen tillsammans med dem som söker för att få abort eller rådgivning om preventivmedel. Det finns en avskild del av gynekologmottagningen där man har abortmottagning tre dagar i veckan och övrig tid preventivrådgivning.

1980 besökte 1 432 kvinnor abortmottagningen och 1 354 aborter utfördes vid kliniken.

Kö till telefontiden

Telefontiden är 1–1 1/2 timme fyra dagar i veckan, sammanlagt 5 timmar. Övriga dygnets timmar brukar en telefonsvarare tala om att man ska ställa sig i telefonkö för nästa tillfälle. Annars är det svårt att komma fram. Den undersköterska som sköter tidsbeställningen arbetar också på mottagningen och assisterar vid läkarundersökningen. Därför kan telefontiden inte utsträckas, även om det är ett hårt tryck på telefonen. Mottagningen börjar kl. 13.30 när telefontiden är slut. När man väl kommit fram till tidsbeställningen får man ofta tid efter 2-3 dagar. Ingen behöver vänta mer än en vecka.

Vem träffar kuratorn?

Vid tidsbeställningen upplyses kvinnan alltid om att hon kan få träffa kuratorn. De kvinnor som vill göra det, får tid hos kuratorn cirka en timme före läkarundersökningen. Om kuratorssamtalet inte är avslutat, när kvinnan har tid hos läkaren, tar läkaren in en annan patient och kvinnan får komma in senare. Det behöver därför inte bli något jäkt hos kuratorn.

Det händer att kvinnan tackar nej till kuratorskontakt men i ett senare skede ändrar sig, eller att läkaren hänvisar henne för ett samtal. Cirka 22 % av kvinnorna har kontakt med kuratorn, de flesta före läkarbesöket, några efter. Alla omyndiga kvinnor dvs. de som inte har fyllt 18 år, blir rutinmässigt hänvisade till kuratorn. De som är under 16 år skickas till barnpsykiatriska mottagningen, vare sig de tidigare haft kontakt där eller ej.

Poliklinisk operation eller inläggning

Efter läkarbesöket och eventuellt kuratorssamtal får kvinnan tid för operation. T.o.m. 12:e graviditetsveckan görs enstegsoperation och kvinnan kan få tid för poliklinisk operation någon eller några dagar senare. De som är under 18–20 år brukar läggas in även om det är fråga om enstegsabort. Som motiv för detta uppges att unga kvinnor lättare ådrar sig infektioner efter aborten och att det är viktigare för dem att inte riskera sterilitet. Anmärkningsvärt är, att alla kvinnor brukar få skriva under ett papper att de går med på att abort utförs samt att klinikchefen har bestämt, att alla kvinnor under 16 år ska läggas in och ha medgivande från föräldrarna att abort får utföras.

Mannen är ofta med

Vid tidsbeställningen informerar man alltid om att mannen är välkommen att vara med både vid undersökningen och i samband med aborten. Ungefär 12 % kommer till kuratorsbesöket tillsammans med mannen och i 5 % av fallen är han med vid läkarundersökningen.

Vid de polikliniska operationerna är det betydligt fler som har mannen med. Han följer då med till sjukhuset på morgonen, väntar under operationen och sitter hos kvinnan efteråt tills de far hem tillsammans.

Icke svensktalande får tolkhjälp vid kurators- och läkarbesök och tolken får även följa med vid poliklinisk operation. Om mannen eller någon annan närstående erbjuder sig att tolka godtas det.

Polikliniska operationer alla dagar

Det görs ungefär 30 polikliniska operationer i veckan. Operationerna sker på en särskild avdelning, 2–3 på förmiddagen och 3 på eftermiddagen, alla dagar i veckan. På operationsavdelningen finns en vilohytt åt var och en med egen ingång från en gemensam korridor. Där kan den som följt med sitta hos kvinnan medan hon vilar efter operationen.

Operationen sker som regel i lokalbedövning, paracervikalblockad. Kvinnan får en lugnande spruta och är vaken. Någon av personalen sitter och pratar med henne under ingreppet. Man har skaffat en tystgående sug, så att hon inte ska bli skrämd av ljuden i operationsrummet.

Alltid smärtlindring vid senaborter

Sena aborter görs genom injektion av prostaglandin eller koksalt och efter ett eller ett par dygn startar värkarbetet och fostret stöts ut. Kvinnan stannar på avdelningen och får alltid smärtlindring under värkarbetet, antingen petidininjektioner eller paracervikalblockad.

Kontinuitet står sjuksköterskan för

På abortmottagningen arbetar olika läkare varje dag. Läkarna tjänstgör som "dag-jour" i tre veckor och under den tiden arbetar de på abortmottagningen och utför polikliniska aborter. De tjänstgör emellertid inte varje dag och det är inte säkert att samma läkare som undersökt också gör operationen. Det sker endast om läkaren särskilt säger till om det. Efter jour-tjänstgöring följer tre månader på avdelning och därefter en ny treveckorsperiod som jour-läkare.

Sammanfattande synpunkter

Huvudintrycket av abortverksamheten på Danderyds sjukhus är att det är fråga om rationell stordrift. Väntetiderna är korta och kvinnorna blir väl omhändertagna av personalen på mottagningen, vid de polikliniska operationerna och på vårdavdelningarna. Personalen hinner visa vänlighet och omtanke under de olika stegen av proceduren och det finns plats för en hel del värme i all effektivitet.

Ett annat intryck är att personalen i varje led av verksamheten arbetar ganska isolerat utan kontakt med andra enheter. Kuratorerna och mottagningsköterskan, som också sköter tidsbeställningen, har ett bra samarbete men vet inte vad som händer de patienter som läggs in.

Patienterna träffar hela tiden olika personer. Det är sällan samma läkare som undersöker och sedan opererar.

I detta sammanhang ska påpekas att i enkäten från Danderyds sjukhus är personalen genomgående nöjd med verksamhetens uppläggning. Från mottagningen sägs t.ex. att det är positivt med "god personlig kontakt med all övrig personal. Gynekolog och kurator alltid tillgängliga."

I enkäten påtalas behovet av ökade resurser för fortbildning av personal. Man har tidigare haft krisbearbetningsutbildning och menar att den behöver följas upp och att det finns behov av klinisk psykolog för handledning av personalen. Det är bara kuratorerna som har egen handledning nu.

12.7.2 Familjeplaneringscentral på centrallasarett

I Falun med omnejd är det till famljeplaneringscentralen på lasarettet man ska vända sig om man överväger abort. Vid familjeplaneringscentralen får kvinnan hjälp med graviditetstest kostnadsfritt och även prata med en barnmorska när hon får reda på resultatet av testet.

Motivera för kuratorskontakt

Två halvtidsanställda kuratorssekreterare har hand om tidsbeställningen. De sitter vägg i vägg med kuratorerna och barnmorskorna. Telefontiden är väl tilltagen. Sekreteraren kan ta god tid på sig och talar alltid om att det finns en kuratorstid reserverad i samband med läkarundersökningen. Till varje läkartid är kopplat 1 1/2 timme för samtal med någon av kuratorerna. Det finns 5–6 tider per dag och alltid möjlighet att sätta upp någon extra både till läkare och kurator. Om en kvinna tackar nej till kuratorssamtalet, gör sekreteraren lite extrareklam för kuratorn och framhåller fördelarna med att prata. Sekreteraren brukar också fråga om kvinnan vill ha sin partner eller någon annan med sig till kuratorn och/eller läkaren. Var fjärde, var femte kvinna har sin partner med sig.

Kuratorernas verksamhet central

Andelen kuratorssamtal är drygt 70 % före 12:e graviditetsveckan, då kuratorskontakten är frivillig. Att så många har ett samtal med kurator inför eventuell abort får till stor del tillskrivas sekreteraren, som har hand om tidsbeställningen. På kvinnokliniken finns fyra fasta kuratorer och en som rycker in som vikarie, tillsammans 3,25 tjänster. I varje kuratorstjänst ingår 50 % abortrådgivning och 50 % arbete på en avdelning, t.ex. gynekologavdelning, BB, förlossning eller mödrahälsovård.

Vad tas upp i kuratorssamtalet?

Vid kuratorssamtalet kan kvinnan ta upp sådant som känns angeläget för henne att prata om, men det händer också att kuratorn styr in samtalet på vissa områden. Vad som vanligen kommer upp, antingen på kvinnans eller kuratorns initiativ, är skälen till abort, inställningen hos partnern, tidigare inställning till abort, ev. ambivalens och orsak till det, etiska funderingar, information om abortmetod, diskussion om preventivmedel, risker med abort, graviditet och preventivmetoder, reaktioner efter abort. Samtliga erbjuds höra av sig efter aborten.

Ungefär 5–10 % av de kvinnor kuratorn träffat före aborten hör av sig efteråt. Kuratorerna menar, att skälet till att dessa är så få, är att de har haft goda möjligheter att bearbeta i förväg så att behovet av återbesök inte är stort. De uppmanar alltid kvinnan att prata med någon och gå igenom aborten. Speciellt om hon haft svårt att bestämma sig, uppmanas hon att höra av sig till kuratorn. Av de kvinnor som ej träffat kuratorn före abort, hör någon enstaka av sig efteråt. Förklaringen kan ligga i att de som inte har behov av kuratorssamtal har närstående att prata med.

Kuratorn talar med läkaren om vissa kvinnor, speciellt i de fall kvinnan har

haft svårt att bestämma sig för att avbryta eller fullfölja graviditeten. Annars är det inte så mycket samarbete mellan kuratorerna och gynekologerna. "Bara på vårt initiativ", säger en kurator. Även sekreterarna i tidsbeställningen önskar bättre kontakt med gynekologerna.

Samarbete mellan kurator och operations-/uppvaknings-/vårdavdelningarna vid tidig abort är regel. Tidigare förekom daglig kontakt med operationsavdelningen på försök under ett halvår. Numera ringer man kuratorerna från operationsavdelningen vid behov. Ibland är kuratorn tillsammans med kvinnan före, under och efter aborten. Kuratorn besöker alla patienter som gör sen abort och informerar personalen kort om patientens situation.

Läkarundersökningen

Det är kostnadsfritt för kvinnan vid den preoperativa läkarundersökningen, eftersom det betraktas som abortrådgivning. Två läkare arbetar samtidigt med abort. Detta ingår till 12 respektive 5 % i deras arbete. Kvinnan har vanligen haft ett långt samtal med kuratorn, innan hon kommer till doktorn. Om inte, tar läkaren i sitt samtal upp vilka skäl kvinnan har att avbryta graviditeten, om parterna är överens m.m. Annars frågas bara om hon har beslutat sig. Kvinnan får själv välja bedövningsform.

Förberedelse med prostaglandin

Tidig abort görs på två olika sätt vid Falu lasarett beroende på om kvinnan har varit gravid tidigare eller ej. Har hon varit gravid förut görs poliklinisk abort, 2–3 per dag, på en mindre operationsavdelning med uppvakningsrum intill. Vanligen är kvinnan vaken och får paracervikalblockad. Man försöker ordna så att det är undersökande läkare som gör abort. Kvinnan kan ha någon hos sig både före och efter operationen. Det händer ibland att partnern är med men inte lika ofta som vid det preoperativa besöket.

De som är gravida för första gången gör abort i sluten vård. Två gånger i veckan tas fyra kvinnor in. De får ligga i samma sal, vilket gör det svårt för anhörig att vara med. Avsikten är att de skall kunna vara ett stöd för varandra. Kvinnorna får prostaglandinvagitorium på kvällen. Många känner av biverkningar: diarré, illamående och kräkningar. De får medicin mot smärtorna och frampå natten något att sova på. Dagen efter utförs abort på den större operationsavdelningen. P.g.a. infektionsrisk stannar kvinnorna kvar på sjukhuset ytterligare en natt. Återbesöket sker hos barnmorska vid mödravårdscentral på hemorten.

Tvåstegsabort

På Falu lasarett görs ungefär två sena aborter i månaden. Kvinnan får insprutning med prostaglandin vid 16-tiden inläggningsdagen. Svagt värkarbete brukar komma igång framåt kvällen. Hon får något att sova på under natten. Mannen eller annan anhörig uppmuntras alltid av personalen att vara med och får egen säng. På morgonen kanske livmoderhalsen har vidgats litet och aborten kan utföras som skrapning. Om inte får kvinnan dropp i väntan på kraftigare värkarbete. Petidin ges i flera omgångar mot smärta. Lustgas

brukar lånas från förlossningsavdelningen, om värkarbetet är svårt. 6–8 veckor efter aborten får kvinnan tid för återbesök.

Kuratorn nyckelperson i abortverksamheten

En förklaring till kuratorns starka ställning är ökningen av antalet aborter i början av 70-talet. Läkarnas tid blev knapp och kuratorn fick ta över en del av arbetet. Det har framkommit önskemål från klinikledningen att kuratorn skall medverka mer på avdelningskonferensen. Det pågår alltid en diskussion kuratorerna emellan, om de skall minska samtalen med kvinnor som vill ha abort, då denna verksamhet tar mycket tid.

Kuratorn har gruppsamtal med avdelningspersonal för att öka förståelsen för patienten, bl.a. kvinnan som gör abort. Sådana samtal återkommer med jämna mellanrum, när det har kommit ny personal. Varje gång man haft en tvåstegsabort, kommer kuratorn till avdelningen efteråt och pratar med personalen.

Barnmorskeelever följer kuratorerna under en dag för att få del av kuratorsarbetet. Ett önskemål är att också AT-läkarna skall göra det.

Kuratorerna är handledare för barnmorskor i föräldrautbildning.

Slutligen kan nämnas att kuratorerna har sin egen fortbildning. Sen flera år har de regelbunden handledning av psykolog.

12.7.3 Samarbete primärvård – länssjukvård i Bohuslän

I Göteborgs- och Bohus län finns två kvinnokliniker, Mölndal i det södra sjukvårdsområdet, Uddevalla i det norra.

Mölndal – för- och eftervård i primärvården

I södra sjukvårdsområdet har en kvinna som överväger abort huvudsakligen kontakt med vårdcentralen i sin hemortskommun. Bara på operationsdagen kommer hon till lasarettet i Mölndal. Gynekologerna vid vårdcentralerna har regelbundna träffar med kollegerna på kvinnokliniken, deltar i ronder och har fasta operationsdagar på lasarettet.

Graviditetsdiagnosen

Vid misstanke om graviditet kan kvinnan vända sig till vårdcentralen för att få ett test utfört. Där finns personal som kan ge muntligt svar och fånga upp de känslor som väcks av beskedet. Om kvinnan överväger abort, kan hon direkt få beställa tid hos gynekologen på vårdcentralen.

Kuratorskontakt

Det finns två kuratorer i primärvården som bl.a. ger abortrådgivning. Den ena kuratorstjänsten är knuten till en öppen vuxenpsykiatrisk mottagning. Till gyn-kuratorn vid lasarettet är det längre resväg. Kvinnan kan få information om att möjligheten till samtalskontakt finns, men tid till kuratorn ges vanligen inte vid tidsbeställningen till läkarundersökningen. Det kommer an på läkaren att hänvisa. Det varierar från läkare till läkare om

kvinnan erbjuds rådgivning. Kuratorn vid lasarettet träffar cirka 10 % av kvinnorna som genomgår abort.

Operationen

Varje vårdcentral har sina fasta tider på operationsavdelningen. När kvinnan kommer dit för att få aborten utförd, träffar hon läkaren som skall operera henne på gynmottagningen, där läkaren gör en snabb kontroll av graviditetslängd och ger henne tillfälle att ställa frågor. "Bra att hon får träffa mig, innan jag tar på operationskläderna."

Vilken läkare som gör abortoperationerna bestäms från dag till dag. Arbetet delas av 25 läkare, varav de flesta är specialistkompetenta. "Abort är en viktig verksamhet, som någon av de vana läkarna får ta."

Ingreppet utförs i narkos, dessutom ges paracervikalblockad som ger smärtlindring efteråt. Kvinnorna har vanligen mycket litet obehag eller smärtor, när de skrivs hem. Under en period användes enbart lokalbedövning men "det var så jobbigt för kvinnorna. Ljudet av sugen. Nu har vi återgått till lätt narkos. Varför inte låta kvinnan somna bort från det obehagliga," sade en av läkarna.

Kontinuiteten

Samma undersköterska har hand om patienten hela vägen från gynmottagningen tills dess hon skrivs ut från sjukhuset, vilket upplevs mycket positivt av patienterna.

De polikliniska aborterna görs på en liten operationsavdelning, med uppvakningsrum strax intill. Där ligger kvinnorna tillsammans, varför det är svårt att ta emot besökare, och mannen syns inte till här. I den tryckta informationen står emellertid att "det är fördelaktigt om någon vän eller anhörig kan komma och hämta Er efter utskrivningen." Läkaren som har opererat pratar alltid med kvinnan vid utskrivningen.

Sena aborter

Tvåstegsabort görs fr.o.m. vecka 13 med insprutning av rivanol eller amoglandin via kateter i livmoderhalsen. Sedan förs kvinnan till förlossningsavdelningen, där en särskild barnmorska tar hand om kvinnan hela tiden. Där kan hon få all behövlig smärtlindring. Där är besökstiderna fria, men det förekommer ytterst sällan att mannen är med. Fostret stöts oftast ut inom 12 timmar.

Efter den 15:e veckan görs insprutningen genom buken. Under 1981 gjordes endast en abort med den metoden.

Efterkontroll

Kvinnor som har gjort senabort får alltid tid för en kontroll på gynmottagningen några veckor efteråt. De som har gjort abort i tidig graviditet går tillbaka till vårdcentralen vid eventuella återbesök. Vid en vårdcentral har det införts efterkontroll för alla.

Andelen kuratorskontakter före aborten är relativt låg men å andra sidan

har kuratorn, jämfört med landet i övrigt, en mycket hög andel återbesök efter abort. 80–90 % av kvinnorna, som kommit för rådgivning före aborten, kommer tillbaka. De som inte har haft kuratorssamtal före hörs inte heller av efteråt.

Hälsoupplysning

Det är läkare, kurator, psykolog och barnmorska som står för den utåtriktade verksamheten i skolorna, framför allt på gymnasienivå. Det förekommer studiebesök och samtidigt undervisning från skolor på vårdcentralernas gynmottagningar.

En gynekolog vid en vårdcentral säger, att hon inte vill tillbaka till sjukhusmiljön, sedan hon provat på att arbeta på gräsrotsnivå. Hon får se patienten i hela sitt sammanhang. Hon har möte en gång i veckan tillsammans med barnmorska, biologilärare, skolsköterska och fältassistent. Genom sitt arbete på ungdomsmottagningen, mödravårdscentralen, preventivmottagningen och den vanliga gynmottagningen träffar hon kvinnor i olika åldrar. För kvinnan i abortsituation innebär det, att hon får möta en läkare som kanhända redan känner henne.

Internutbildning

Alla personalgrupper har möjlighet att diskutera abort vid kontinuerligt arrangerade avdelningskonferenser. Handledning behövs också. Klinikchefen skulle önska mer psykologtid för personalens skull. Kuratorn har handledning. Det sker utanför sjukhuset på landstingets bekostnad.

Uddevalla – mottagningssköterskan ger stöd och information

På Uddevalla lasarett är telefontiden för kvinnor som överväger abort väl tilltagen, fyra förmiddagar i veckan. Kvinnan kommer sedan att träffa den sjuksköterska som svarar, både vid undersökningen och den dag aborten ska utföras. "Om kvinnan är ledsen i telefon, får hon tid hos en speciell läkare, som låter undersökningen ta den tid kvinnan behöver", och hon får veta att hon kan vända sig till en kurator. Läkaren förmedlar den kontakten vid besöket. Två tider per dag finns reserverade för kvinnor som söker abort, de sista tiderna på eftermiddagen för att man vill undvika stress. Väntetiden är ungefär en vecka.

Vid besöket kan mottagningssköterskan knyta an till telefonsamtalet och i lugn och ro prata med kvinnan. Hon tycker det är viktigt att ta sig tid, eftersom läkarbesöket brukar gå snabbt. Hon ger tid till operationen och förklarar hur den går till.

Läkaren sköter ofta rådgivningen

Den preoperativa bedömningen görs av överläkarna vid kliniken. "Viktigt att det görs av någon med vana att fastställa graviditetslängd." Utanför sjukhuset finns en läkare i Lysekil, som remitterar direkt till operation. Denne har tidigare tjänstgjort vid lasarettet. I samtalet går läkaren in på kvinnans motiv till abort, ev. ambivalens och behov av kuratorskontakt. En

läkare ifrågasatte kuratorns uppgift i samband med abort. "Det gäller ett operativt ingrepp och är väl läkarnas sak att informera och samtala om det." De flesta kvinnor som ska gå igenom tvåstegsabort träffar också bara läkaren.

Få kvinnor träffar kuratorn

Ett fåtal kvinnor i abortsituation träffar någon av de båda halvtidsarbetande kuratorerna. De skulle inte kunna ha kontakt med fler, då tjänsterna rymmer mycket annat; fyra kirurgavdelningar, kirurgmottagningen, en hjärtintensivavdelning, två gynavdelningar, gynekologmottagningen samt MVC i norra Bohuslän. De kvinnor som kommer är de som har särskilt svårt att hitta fram till ett beslut. Detta avspeglas i samtalens innehåll: "Resonemang för och emot abort, ingående upplysning om samhällets olika sociala insatser och hjälpåtgärder." Kuratorerna säger apropå att få kvinnor som skall göra tvåstegsabort får rådgivning: "Vi trodde det bara var abort före vecka 12. Vi märker inte av några senaborter." Samarbetet med annan personal försvåras av att kuratorerna sitter långt från gynmottagningen. "Önskvärt vore med en halvtidstjänst som abortkurator med placering på gynmottagningen. Vi tror då att ett latent behov skulle kunna uppfyllas."

Poliklinisk abort

Abort görs polikliniskt med vakuumaspiration t.o.m. graviditetsvecka 11. Kvinnan blir sövd. Ingreppet utförs av underläkare på jourmottagningen. För att få göra denna operation måste han/hon först ha erfarenhet av vanlig skrapning och skrapning efter abort. Kvinnan ligger på en allmän uppvakningsavdelning efteråt. Hon får ta emot besök och träffar samma läkare vid hemgång, då hon sjukskrivs en vecka.

Tvåstegsabort

Tvåstegsabort görs fr.o.m. graviditetsvecka 12 med prostaglandin, som sprutas extra-amniellt, dvs. genom slidan upp i livmodern utanför hinnsäcken. Det här är en långsam metod. "Det brukar ta en vecka innan fostret stöts ut." Alternativet är att låta kvinnan vänta 3–4 veckor till och det är jobbigt för henne, när hon väl bestämt sig för att avbryta graviditeten. Efter 16:e veckan görs insprutningen genom bukväggen in i fostersäcken. Då går aborten fortare. Kvinnan har enskilt rum och får ta emot besök på bestämda tider. Personal är hos henne under värkarbetet och när fostret stöts ut. Det förekommer inget samarbete med kuratorerna. Avdelningspersonalen uttryckte tvärtom avståndstagande: "Patienten blir felinformerad, hon tror inte att det ska göra ont, hon vet inte hur det ska gå till, hon tror hon ska få dropp."

Eftervård

Efterkontroll erbjuds hos barnmorska vid p-rådgivningen för de kvinnor som har fått spiral insatt vid aborten. Övriga kvinnor uppmanas höra av sig till gynmottagningen vid ev. besvär. De tas emot vid jouren men det brukar inte

vara av läkaren som utförde aborten. "Det är starkt behov av ökad läkarbemanning för att kunna bereda abortpatienterna efterkontroll."

Personalens fortbildning

I enkäten svaras att det inte förekommer några organiserade möten, där personal kan diskutera abort. Den fortbildning som sker är endast för läkare. Det har hittills inte förekommit någon utåtriktad verksamhet. Ungdomsmottagningen i Uddevalla måste stängas t.v. då det inte fanns någon barnmorska med utbildning i p-rådgivning som kunde vikariera, när den ordinarie var barnledig.

12.7.4 Den lilla kvinnokliniken

I Örnsköldsvik finns en kvinnoklinik där man år 1980 gjorde 156 aborter. Om en kvinna söker för abort finns det stor chans att hon kommer till en läkare som hon träffat tidigare och att det blir samma läkare som gör undersökningen och operationen.

Graviditetsbesked per telefon

När en kvinna i Örnsköldsvik tror att hon är gravid vänder hon sig vanligen till MVC med graviditetstest. Urinprovet lämnas in på morgonen och ett biträde tar emot det. Senare lämnar barnmorskan svar per telefon. Barnmorskan vet inte då vilket besked kvinnan önskar eller fruktar: "Svårt veta hur man ska säga. Ofta hinner det inte bli något samtal. Jag säger, att du är gravid. Tack då, säger hon och lägger på luren."

Den som får besked att hon inte är gravid kan slussas över till p-rådgivningen, om man hinner innan hon lägger på luren.

Ingen väntetid

Vården vid abort är integrerad i annan kvinnosjukvård. Det är ingen väntetid för läkarbesöket om det gäller abort. En strävan är att man ska ha sin egen läkare vid alla besök. Vid tidsbeställningen tre timmars telefontid varje dag frågar sjuksköterskan vem kvinnan brukar gå hos. Hon får då en tid hos den läkaren så fort som möjligt.

Kuratorn nära till hands

Det finns en halvtids kuratorstjänst på kvinnokliniken och kuratorn arbetar i mödrahälsovården, på gynekologmottagningen och på vårdavdelningen. Ungefär 10 % av arbetet ägnas åt abortvård.

Vid tidsbeställningen erbjuds alltid tid hos kuratorn. Knapp 20 % av de kvinnor som överväger abort önskar komma till kurator. Kuratorn ställer upp när hon är efterfrågad men söker inte aktivt att få fler kontakter. Kvinnan kan ju också få stöd av läkaren som hon ofta träffar flera gånger. Eftersom det är samma läkare i olika skeden av aborten behövs kanske inte kurator på samma sätt som när det är stor omsättning på läkare.

Genom att kuratorn arbetar både på gynekologavdelning och BB kan hon ge fortsatt stöd antingen kvinnan avbryter graviditeten eller beslutar sig för

att fullfölja den. Kuratorn hinner också med att gå till avdelningen och träffa kvinnor som ligger inne för abort. Det sker alltid vid senaborter och ibland vid tidig abort. De som har kontakt med kuratorn träffar henne ofta flera gånger före operationen. Efteråt är det få som kommer tillbaka trots att de alltid erbjuds kontakt.

Läkarkontinuiteten

Tre av läkarna har abortvård bland sina uppgifter. Abortverksamheten tar ca 5 % av tjänstgöringstiden, och det blir därför aldrig enahanda med aborter.

Det är korta väntetider till läkarbesök och operation. Kvinnor återkommer ibland flera gånger till läkaren innan de bestämmer sig. Mottagningssköterskan som ger tid för operation ser till att samma läkare som undersökt också gör operationen. De som får tid för efterkontroll får träffa samma läkare. Kontinuiteten är så gott som fullständig.

Få aborter

Det görs i genomsnitt tre aborter i veckan, de allra flesta är tidiga och görs med vakuumaspiration. De kvinnor som vill stanna kvar över natten brukar få det, det uppfattas snarast som en förmån. Som regel erbjuder man dem som har mer än tre mil hem att stanna kvar. Också unga kvinnor får stanna men det finns ingen åldersgräns utan man bedömer från fall till fall.

De flesta får narkos vid enstegsaborter, då man anser det mest humant mot kvinnan. Paracervikalblockad, alltså lokalbedövning vid sidan av livmoderhalsen, ges alltid samtidigt bl.a. för att minska blödningen efteråt.

Tvåstegsaborterna är mycket få, 1980 endast tre av 156. Därför finns inga fasta rutiner och personalen har liten erfarenhet av denna verksamhet. Vanligen är första steget en rivanolinjektion och när värkarbetet sätter igång sköts patienten på vårdavdelningen. Sjuksköterskan tar hand om kvinnan och biträdet tar hand om fostret. Två dygn brukar hon få stanna efter aborten.

Dagvård

Det finns en dagavdelning där alla som opererats polikliniskt ligger tills de kan åka hem. Det kan vara en eller två abortpatienter som blivit opererade. Om det är två försöker man inte medvetet att lägga dem på samma sal utan de får vara tillsammans med andra patienter.

Personalen på dagavdelningen arbetar också på akutmottagningen och vanligen vistas de på mottagningen och går in ibland och tittar till de nyopererade. Kanske är det lättare att smita in på mottagningen och göra något praktiskt än att sitta hos en patient och prata med henne.

Mer fortbildning önskas

Vid den dagliga sittronden har all personal på gynekologavdelningen tllfälle att diskutera abort och på gynekologavdelningen och gynmottagningen förekommer sporadiskt konferenser om bl.a. abort.

På operations- och uppvakningsavdelningarna har det inte varit något ordnat möte där man pratat om abort.

Under studiebesökets två dagar anordnades tre olika stormöten för all personal för att diskutera abortverksamheten. Personalen tog då upp det som kändes svårt i arbetet och uttryckte önskemål om mer fortbildning och bl.a. handledning för ny personal.

Läkare och kuratorer har möjlighet att ta sig tid för att diskutera egna känslor kring abort och de gör det också.

Aktivt utåtriktat arbete

Tre landstingskurser i sexualitet och samlevnad för sjukvårdspersonal har hållits och flera av personalen, främst läkare, barnmorskor och kuratorer har deltagit.

Det finns en lokal arbetsgrupp för sex och samlevnad, initierad från kvinnokliniken med ansvar för utåtriktad abortförebyggande upplysning i sjukvårdsområdet.

Personal från kvinnokliniken deltar aktivt i grundskolans undervisning och deltar i sjuksköterskeutbildning.

Man planerar en informatörskurs på gymnasieskolans praktiska linje. Man har anordnat diskussioner på fritidsgårdar och inbjuder ungdomar till studiebesök på gynekologmottagningen.

Allt som allt fungerar den utåtriktade verksamheten mycket bra och accepteras som en del av personalens arbetsuppgifter.

Sammanfattande synpunkter

Den obstetriska och gynekologiska vården i Örnsköldsvik präglas av att kvinnokliniken är liten, personalen stabil och kontinuiteten god. Abortverksamheten är integrerad i övrig gynekologisk vård och abortpatienterna blir liksom övriga patienter väl bemötta och personligt omhändertagna.

Personalen har goda möjligheter till informella och även mer formaliserade kontakter och önskar dessutom mer och bättre fortbildning. Många är engagerade i utåtriktat abortförebyggande arbete och sex- och samlevnadsupplysning bedrivs kontinuerligt.

13 Sjukvårdspersonalen och abortlagen

13.1 Direktiven

Genom den nya abortlagen förändrades i vissa avseenden abortvården och därmed även sjukvårdspersonalens arbetssituation. Den största förändringen bestod i att läkare inte längre skulle avgöra om abort fick utföras eller ej, och att yrkesgruppen psykiatriker nästan helt försvann från abortvården. Samtidigt tilldelades kuratorerna en ny roll och integrerades i arbetet på mottagningarna. För övriga personalgrupper såsom sköterskor och biträden har förändringarna formellt sett blivit mindre. Viktigt är dock att notera att abortvården i hög grad ändrat karaktär genom att allt fler ingrepp kommit att göras på ett tidigt graviditetsstadium och inom den öppna vården.

I direktiven till abortkommittén anfördes (s. 7) att det är "Av stort intresse --- att få del av sjukvårdspersonalens bedömning av vad som varit positivt och negativt med abortförfarandet enligt den nya lagen".

13.1.1 Genomförande

Kommittén gjorde hösten 1980 ett studiebesök vid kvinnokliniken, regionsjukhuset i Linköping, varvid man hade tillfälle att följa det praktiska arbetet vid kliniken samt att sammanträffa med den personal som deltar i abortvården.

Vidare bör nämnas att kommittén inbjöd företrädare för sjukvårdspersonalens fackliga organisationer till ett möte våren 1981. Inbjudan hörsammades av Sveriges Läkarförbund, Svenska Kommunalarbetareförbundet, Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund samt Svenska Hälso- och Sjukvårdens Tjänstemannaförbund.

Kommittén har även genom sin enkät till personalen vid samtliga kliniker (motsvarande) där man kommer i kontakt med abortverksamhet indirekt kunnat belysa frågor rörande personalens syn på att arbeta under nuvarande lagstiftning. I den förstudie som gjordes inför enkäten genomfördes även ett antal intervjuer med sjukvårdspersonal vid ett par kvinnokliniker. Detta arbete har kommittén tidigare låtit publicera i en rapport med namnet Bilder och röster (*Ds S 1981:24*).

I anslutning till den livliga debatt som förekom i abortfrågan i böran av 1970-talet genomförde en forskargrupp vid Umeå universitet (se t.ex. *Jacobsson* 1975) en enkätundersökning bland sjukvårdspersonal rörande deras attityder till legal abort m.m. Abortkommittén tilldelade hösten 1980

Jacobsson och medarbetare medel för ett forskningsprojekt vari man bl.a. skulle återupprepa sin tidigare enkätundersökning. Denna undersökning genomfördes under våren 1981 (se nedan).

13.2 Lagstiftning

Frågan om sjukvårdspersonalens rättigheter och skyldigheter vad beträffar deltagande i abortoperationer har varit omdebatterad vid upprepade tillfällen, inte minst vid den nuvarande abortlagstiftningens tillkomst. Skälet härtill är att arbete med legal abort torde vara en av de få situationer inom sjukvården där det kan föreligga mer djupgående intressekonflikter mellan personal och patient, så tillvida att viss personal kan uppleva detta som direkt stridande mot grundläggande etiska värderingar och därför upplever sitt arbete som konfliktfyllt och svårt. För en kvinna i abortsituation kan en konflikt av denna typ hos den personal hon möter innebära att hon blir särbehandlad i något avseende jämfört med andra patientgrupper.

Vid abortlagens tillkomst diskuterades frågan om sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort ingående. I abortlagspropositionen (prop. 1974:70) erinrade departementschefen bl.a. om att sjukvårdspersonalen liksom annan personal i allmänhet är skyldig att fullgöra de arbetsuppgifter som arbetsgivaren ålägger dem och att ansvaret för fördelningen av arbetet enligt 13-15 §§ sjukvårdskungörelsen (1972:676) i första hand vilar på klinik- och blockchefer. Han uttalade vidare att man vid fördelningen av sjukvårdspersonalens arbete så långt det är möjligt bör ta hänsyn till de anställdas intressen och förutsättningar i olika avseenden:

> Man bör därför undvika att till abortverksamheten binda sådan personal som av exempelvis moraliska eller religiösa skäl har svårt att acceptera sådant arbete. Detta gäller inte minst av hänsyn till den abortsökande kvinnan.

Med hänvisning till cikuläret (MF 1972:59) från socialstyrelsen med råd och anvisningar rörande tidiga abortingrepp, ansåg departementschefen att några särskilda författningsbestämmelser i ämnet f.n. inte var behövliga (prop. 1974:70, s. 76 f.).

Vid riksdagsbehandlingen inlämnades några motioner med yrkanden, vilka syftade till att läkare och annan sjukvårdspersonal skulle ha rätt att vägra medverka vid abortingrepp (motionerna 1974:1729, 1974:1735, 1974:1741 och 1974:1739). Dessa motioner avslogs och socialutskottet anförde i sitt av riksdagen godkända betänkande (SoU 1974:21, s. 40) att beträffande fördelningen av arbetsuppgifterna bör beaktas att ett utmärkande drag i dagens arbetsliv är ansträngningarna att ge de anställda en ökad insyn i och ett ökat inflytande på arbetsplatserna och att man bör liksom inom arbetslivet i övrigt ta hänsyn till den anställdes intressen och förutsättningar i olika avseenden. I denna formulering instämde utskottet sålunda med departementschefen, och anförde därpå:

> Mot denna bakgrund förutsätter utskottet att läkare och annan sjukvårdspersonal, som av etiska eller religiösa skäl har svårt att acceptera abortingrepp, skall slippa delta i verksamheten härmed, varför någon författningsmässig reglering av frågan inte är påkallad.

På denna punkt uttalade således utskottet en skarpare formulering än departementschefen. Å andra sidan förutsatte socialutskottet att sjukvårdspersonal som har betänkligheter i angivet avseende inte skall vägra medverka då fråga är om abortingrepp som är nödvändiga för att undvika fara för moderns liv eller hälsa.

I slutet av år 1974 utfärdade socialstyrelsen cirkulär med anvisningar om tillämpningen av abortlagen m.m. (MF 1974:100). Dessa anvisningar omprövades i mars 1976 i överensstämmelse med vad socialutskottet (*SoU 1975/76:20*) och JO efter en initiativgranskning förordat. I cirkuläret anförs efter en erinran om de motstående intressen som föreligger och en hänvisning till bestämmelserna i 13–15 §§ sjukvårdskungörelsen följande.

Vid fördelningen av arbetsuppgifterna bör inom sjukvården liksom inom arbetslivet i övrigt hänsyn tas till de anställdas intressen och förutsättningar i olika avseeenden. Sjukvårdspersonalens medverkan vid abort måste betraktas i ljuset härav. Det är angeläget att abortverksamheten primärt organiseras så att i densamma inte tas i anspråk personal, som finner det oförenligt med sin etiska eller religiösa uppfattning att medverka vid abort. Socialstyrelsen förutsätter att den, som under åberopande av sådana betänkligheter förklarar sig önska erhålla befrielse från att medverka i abortverksamheten, skall slippa delta däri. Sådant undantagande får dock icke innebära befrielse från skyldighet att medverka vid abort, då situationen är sådan att fara föreligger för moderns liv eller hälsa.

Sjukvårdshuvudmännen bör som en beredskapsåtgärd i sin planering av abortverksamheten, var och en inom sitt sjukvårdsområde, räkna med alternativa lösningar beträffande dispositionen av personalresurserna för ändamålet, för att på så sätt säkerställa att abortsökande kvinna, som är berättigad till abort enligt lagen, skall kunna få ingreppet utfört utan onödigt dröjsmål.

Socialutskottet har vid flera tillfällen framhållit att de anvisningar som socialstyrelsen utfärdar på detta område skall vara vägledande för sjukvårdshuvudmännens organisation av abortverksamheten. Vid de olika tillfällen utskottet haft att behandla motioner med yrkanden om lagstadgad rätt för sjukvårdspersonal att slippa delta i abortarbete har utskottet påpekat att man ännu inte fått vetskap om något fall där det förekommit att sjukvårdshuvudman sökt tvinga läkare eller annan som är verksam inom sjukvården att mot dennes vilja medverka vid abort.

Under de år som den nuvarande abortlagen varit i kraft har frågan om sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort tagits upp i flera motioner, i vilka man yrkat att det skall i lag fastslås att sjukvårdspersonal, som av etiska eller religiösa skäl finner det oacceptabelt att medverka vid abortingrepp, inte skall kunna tvingas därtill. I samtliga fall har sådana yrkanden avslagits av riksdagen. Socialutskottet har mot bakgrund av det som tidigare anfördes, hävdat att det inte förelegat något skäl att ompröva riksdagens ställningstagande från 1974 rörande frågan om lagreglering inom detta område. Samtidigt har utskottet uttalat – senast 1979-11-13 (*SoU 1979/80:10*) – att man är beredd att ånyo pröva denna fråga för den händelse det skulle visa sig att någon sjukvårdshuvudman söker tvinga läkare eller annan sjukvårdspersonal att medverka vid abort, trots att vederbörande befattningshavare av etiska eller religiösa skäl finner sådan medverkan oacceptabel och trots att det inte är fråga om abortingrepp som är nödvändiga för att undvika fara för moderns liv eller hälsa.

13.3 Studiebesök vid kvinnokliniken, regionsjukhuset i Linköping

För att ge kommittén en praktisk inblick i abortverksamheten vid en medelstor kvinnoklinik (ca 500 aborter/år) och samtidigt få sammanträffa med de olika personalgrupper som arbetar i vården av abortpatienter gjorde abortkommittén under utredningsarbetet ett studiebesök vid kvinnokliniken, regionsjukhuset i Linköping.

Efter en orientering om abortvårdens organisation m.m. vid sjukhuset hade kommittén tillfälle att diskutera med företrädare för samtliga personalgrupper som deltog i abortvården.

Sköterskor och biträden ansåg att arbetet med tidiga polikliniska aborter fungerade väl, både ur personalens och patienternas synpunkt. De framhöll hur viktigt det var med att ge – kanske i synnerhet – abortpatienter ett vänligt bemötande, eftersom många av dem föreföll förvänta sig ett negativt bemötande från sjukvårdspersonalens sida. Vidare omtalades att det på senare tid blivit mer och mer vanligt, att kvinnan hade någon hos sig på sjukhuset timmarna efter aborten. Man såg positivt på detta, eftersom man förmodade att det härigenom skulle bli lättare att diskutera aborten efteråt.

De läkare som kommittén sammanträffade med upplevde i allmänhet inte de polikliniska aborterna som något större problem i sin yrkesutövning. Däremot var det mera betungande med sena aborter, främst dock för vårdpersonalen. På deras lott faller dels att stödja kvinnorna under det ofta långvariga utdrivningsarbetet, dels att ta hand om fostret. Gynekologernas egen kontakt med sena aborter bestod dels i att starta tvåstegsaborter medelst införande av en sond i livmodern, dels i att göra sena aborter med s.k. litet kejsarsnitt (se kapitel 17). När det gällde dessa arbetsuppgifter betonade man beträffande de yrkesetiska aspekterna, att man sätter lojaliteten mot patienterna i första rummet.

Även övrig närvarande personal – bl.a. från vårdavdelning – betonade att det var de fåtaliga sena aborterna utförda med tvåstegsmetod som upplevdes som det svåraste momentet i abortvården.

13.4 Sammankomst med sjukvårdspersonalens fackliga organisationer

Våren 1981 anordnade abortkommittén en sammankomst med sjukvårdspersonalens fackliga organisationer. De organisationer som hörsammat inbjudan var Sveriges Läkarförbund, Svenska kommunalarbetareförbundet (SKAF), Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) och Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF).

De inbjudna organisationerna hade i förväg tillställts fyra frågor som skulle diskuteras vid överläggningarna:

1 Vilka personalgrupper kommer i kontakt med abortverksamhet?
2 Är lagstiftningen tillfredsställande ur personalens synpunkt vad gäller samvetsfriheten?

3 Vilken utbildning behöver de resp. organisationernas personalgrupper och vilka resurser behövs för att denna skall komma till stånd?
4 Bör man ha regelmässiga återbesök efter abort? Vilken personalkategori bör handha dessa?

Beträffande den första frågan underströk samtliga organisationer att *alla* personalgrupper på de kliniker eller vårdavdelningar där aborter utförs, direkt eller indirekt kommer i kontakt med denna verksamhet.

Från läkarförbundets sida anfördes att *samvetsfriheten* är tillräckligt tillgodosedd i nuvarande lagstiftning. På de flesta håll torde inte heller läkare som vägrar delta i abortverksamhet vålla några organisatoriska problem. Vidare omtalades att man från Svensk Gynekologisk Förening avråder de blivande läkare som ej vill befatta sig med aborter från att bli gynekologer. Man betonade i anslutning härtill vikten av att den som arbetar som gynekolog inte intar en abortfientlig inställning, eftersom man med dagens abortfrekvens får räkna med att en allt större andel av de kvinnor som kommer till en kvinnoklinik någon gång gjort abort.

Från SHSTF och SKAF framhölls att det knappast kunde existera någon reell samvetsfrihet för en enskild sköterska eller ett biträde – i sådana fall skulle vården inte fungera. I praktiken löses emellertid sådana problem genom att de som av etiska eller religiösa skäl inte accepterar att befatta sig med aborter, söker sig till andra områden inom hälso- och sjukvården.

Samtliga organisationer framhöll att det förelåg behov av såväl *förbättrad grundutbildning* som *ökad fortbildning* inom de områden som har anknytning till familjeplanering, preventivmedel och aborter. Från SKAF:s sida betonades bl.a. att det kan vara krävande att delta i abortverksamhet därför att patienterna ofta är känsliga och ledsna. Därför behövs, förutom en förbättrad grundutbildning, en fortlöpande internutbildning och gemensamma diskussioner mellan de olika personalkategorierna på en klinik där man bedriver abortverksamhet.

Läkarförbundet fann att det genom den generella förkortningen av arbetstiden blivit en nedgång i den faktiska utbildningstiden i obstetrik och gynekologi för läkare under vidareutbildning. Detta innebär en nackdel, särskilt i fråga om utbildningens praktiska del, eftersom det krävs en omfattande klinisk praktik för att lära sig utföra tidiga aborter så skonsamt som möjligt. Beträffande det påtalade behovet av internutbildning framhölls att förekomsten av sådan varierade mycket från sjukhus till sjukhus; den ofta stora personalomsättningen är dock ett problem i sammanhanget, vilken innebär att kurserna måste hållas ofta.

För abortkuratorernas del påpekades från SKTF att denna yrkesgrupp har ett mycket viktigt arbete i abortvården. Det fanns därför anledning att förbättra socionomutbildningen i fråga om medicin och terapeutisk metodik. I nuläget behöver många abortkuratorer vidareutbildning i t.ex. sexologi och medicin.

Från läkarförbundets sida tog man även upp den organisatoriska sidan av abortverksamheten, och betonade att aborterna bör ses som en del av familjeplaneringsverksamheten. Härvid kan man eftersträva kontinuitet på läkarsidan vid en abort. I varje fall kan samma läkare sköta för- och efterkontroll. Man påpekade att det kan visa sig svårt att föra ut

abortverksamheten i den öppna vården på primärvårdsenheterna. En förutsättning för detta är att där finns gynekologisk expertis, men man kan ändå behöva centralisera aborterna p.g.a. anonymitetsskäl.

Därefter övergick man till frågan om *återbesök* efter abort.

Läkarförbundet menade att återbesöket bör ske hos gynekologen. En sådan efterkontroll är viktig, bl.a. därför att patienterna då är motiverade för preventivmedelsrådgivning. Kvinnan behöver också av läkaren få beskedet "allt ser bra ut" efter aborten.

Återbesöket hos doktorn bör ses som en del i den allmänna familjeplaneringsservicen och är, vad gäller resurserna, närmast en organisatorisk fråga.

Diskussionerna handlade sedan om de svårigheter som sjukvårdspersonal många gånger ställs inför när det gäller kontakterna med abortpatienterna. Det ansågs allmänt att kuratorn kan göra mycket för att stödja patienterna.

13.5 Vårdpersonal och legal abort

1972 genomförde en forskargrupp vid Umeå universitet (*Jacobsson m.fl.* 1973) en undersökning bland sjukvårdspersonal om deras attityd till legal abort och till att delta i abortverksamhet. Man genomförde undersökningen via en enkät med standardiserade svarsalternativ och man fann bl.a. att en relativt stor andel av den personal som arbetade med abort upplevde arbetet som konfliktfyllt. Denna undersökning upprepades i vissa delar under 1981 av professor Lars Jacobsson och hans medarbetare, som en del i deras av abortkommittén finansierade projekt "Studier omkring legal abort 1980 – fem år efter nya lagen." 1981 års enkät omfattade personal vid kvinnoklinikerna i Umeå, Luleå, Piteå, Skellefteå, Jönköping samt Södersjukhuset i Stockholm. Svarsfrekvensen var mycket hög – i hela materialet 93 % (totalt utlämnades 765 frågeformulär).

Av en till kommittén inlämnad rapport (*Jacobsson m.fl.* 1982) framgår att abortfrågan fortfarande upplevs som konfliktfylld, även om den uppenbarligen har blivit mindre frustrerande för den personal som arbetar med legal abort än den var 1972. 72 % svarar "Ja, ibland" eller "Ja, ofta" på frågan om man tycker att aborten är ett negativt inslag i arbetet. Samtidigt är det en mycket liten andel som ibland eller ofta funderar på att försöka byta arbete p.g.a. abortverksamheten (8 %) vilket skall jämföras med hela 25,5 % 1972. Samvetsbetänkligheter eller självförebråelse p.g.a. arbetet med aborter bejakar fortfarande 42 % jämfört med 53 % 1972. Hälften av personalen anger att man ibland blir illa berörd av annan vårdpersonals beteende i samband med aborten (*Jacobsson m.fl.* 1982).

Av rapporten framgår vidare att läkare och operationsassistenter som är direkt berörda av själva abortingreppet, i högre utsträckning än andra personalkategorier anger att de upplever aborten som ett negativt inslag i arbetet. Samtidigt är läkarna mest positiva till att kvinnan själv skall få bestämma om hon skall göra abort och de är också i högre utsträckning än andra personalkategorier inställda på att abort tillhör en läkares arbetsuppgifter. Dessa data bekräftar att aborten är ett kontroversiellt inslag i arbetet,

men att de som ändå arbetar med det samtidigt har accepterat arbetsuppgiften.

Personalens attityd till abort varierar mellan de olika sjukhus som ingick i undersökningen. Mest positiv var man vid Södersjukhuset, minst positiv vid lasarettet i Jönköping. Intressant är att 70 % av Södersjukhusets personal svarat att de själva kan tänka sig att göra abort: motsvarande siffra för kvinnokliniken i Jönköpings personal var 50 %. Mest liberal är personalen vid en av de kontrollkliniker som redovisas i undersökningen: psykiatriska kliniken i Umeå. 80 % bland dess personal anger att de kan tänka sig att själv göra abort. Författarna menar att det är rimligt att anta att den psykiatriska vårdpersonalen har mera förståelse för de motiv som ligger bakom en legal abort, än personalen i övrigt eftersom de i högre grad har kännedom om de komplicerade förhållanden som oftast ligger bakom en abort.

De allmänna attityderna till abort har förändrats sedan 1972 så att nu endast 19 % svarar "Ja" eller "Ja, kanske", på frågan om man anser att abort är helt förkastligt såvida inte medicinska skäl föreligger. Fortfarande svarar dock ca 24 % "Ja", eller "Ja, kanske" på en fråga om man anser att kvinnan bör föda sitt barn eller adoptera bort det i stället för att göra abort. Även dessa svar visar hur kontroversiell abortfrågan är, menar författarna.

70 % av de tillfrågade ansåg att kvinnan ensam skall få bestämma om hon skall göra abort, medan så många som 20 % svarar entydigt "Nej" på den frågan. Ca 3/4 ansåg att mannens mening bör inhämtas innan kvinnan gör abort, medan nästan 1/4 svarar ett klart "Nej" på den frågan. Författarna drar slutsatsen att det dock uppenbarligen finns sympati för att mannen borde vara mera delaktig i abortbeslutet och i aborten än vad han nu är. Detta avspeglas också i att majoriteten av dem som ansåg att kvinnan ensam inte borde få bestämma ansåg, att mannen i så fall skulle vara med att bestämma.

En stor majoritet ansåg att abortingreppet borde föregås av en samtalskontakt med kurator eller någon ur annan personalkategori. I samband med denna undersökning ändrades rutinerna på kvinnokliniken i Umeå så att alla kvinnor fick ett samtal med kurator. Det var uppenbart att alla, eller nästan alla kvinnor, upplevde denna samtalskontakt positivt, skriver Jacobsson och medarbetare.

14 Preventivmedelsrådgivning

14.1 Direktiven

I direktiven anges, att kommittén bör belysa hur preventivmedelsrådgivningen fungerar och barnmorskans roll i rådgivningen. Vidare ska problem med att nå ut med information och rådgivning till olika grupper uppmärksammas. Invandrare nämns som en viktig målgrupp i sammanhanget.

I detta avsnitt görs en bedömning av rådgivningsbehovet, redovisas central statistik över antalet besök för preventivmededelsrådgivning från 1975 och framåt samt den aktuella rådgivningssituationen i landet. Rådgivningsbehov och -insatser för olika grupper diskuteras.

14.2 Åtgärder i samband med 1974 års abortlag

I samband med att 1974 års abortlag trädde i kraft gjordes också en ökad satsning på de förebyggande åtgärderna bl.a. genom lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. (*SFS 1974:525*). Avsikten var, att förhindra ett alltför stort antal aborter. Man ville betona att abort endast bör tillgripas som en nödfallsåtgärd.

I betänkandet från 1965 års abortkommitté Rätten till abort (*SOU 1971:58*) betonas att abort inte är en lämplig metod för födelsekontroll. Samhället har ett ansvar för att tillhandahålla metoder för födelsekontroll, och dessutom för att dessa är ofarliga, säger man i betänkandet. Man tar med hänsyn till de risker som en abort innebär avstånd från att tidig abortoperation skulle tillhandahållas som alternativ till preventivmedel.

I den debatt som föregick den nya lagen framfördes farhågor om att abort skulle komma att användas i stället för preventivmedel och att antalet aborter därmed drastiskt skulle öka.

En arbetsgrupp tillsatt av justitiedepartementet gjorde en bedömning av vilka konsekvenser den nya lagen skulle få i form av kostnader och behov av sjukvårdsresurser. Arbetsgruppen förordade bl.a. en intensiv satsning på förebyggande åtgärder. 1965 års abortkommitté hade konstaterat att samhällets service släpade efter betydligt när det gällde preventivmedel och preventivmedelsrådgivning. Långa väntetider, dåligt utbyggd service samt för litet antal läkartimmar präglade preventivmedelsrådgivningen. Väntetider på ett halvår upp till ett år var inte ovanliga. "I realiteten har kvinnan sålunda snarare hinder att övervinna för att få skyddsmedel än hon erbjuds

hjälp att skydda sig mot graviditet", sade man i betänkandet (s. 65).

Sedan 1947 har det funnits möjlighet att få kostnadsfri preventivmedelsrådgivning utan samband med barnsbörd på mödravårdscentralerna (MVC). Trots det gavs fortfarande mot mitten av 70-talet större delen av preventivmedelsrådgivningen i landet vid gynekolog-, distriktsläkar- och privatläkarmottagningar. Antalet besök för preventivmedelsrådgivning vid MVC var 1971 så lågt som 5 800. Under de närmast följande åren ökade omfattningen av denna verksamhet i takt med att möjligheten att få rådgivning vid MVC blev mer känd. 1972 hade antalet besök stigit till drygt 9 400, 1973 till mer än 28 000.

En av socialstyrelsen tillsatt arbetsgrupp presenterade 1971 ett förslag till organisation av preventivmedelsrådgivningen. I förslaget förordades att denna skulle knytas till mödravårdsorganisationen samt i huvudsak handhas av barnmorskor som erhållit vidareutbildning i rådgivning om födelsekontroll. Socialstyrelsen startade också 1972 sådan vidareutbildning för barnmorskor. Läroplanen för barnmorskornas utbildning i rådgivning om födelsekontroll togs av skolöverstyrelsen också in i läroplanen för barnmorskeutbildningen den 1 juli 1973.

Till 1974 års abortlag knöts följande abortförebyggande åtgärder:

- Lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. tillkom för att stimulera en kraftig utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen, främst inom mödrahälsovårdens ram. Rådgivning skulle ges huvudsakligen av barnmorskor, vara kostnadsfri för den enskilde samt tillgänglig för såväl män som kvinnor.

  Lagen innebär att stat, landstingskommun, kommun, organisation samt privatpraktiserande läkare som bedriver preventivmedels- eller abortrådgivning har rätt till ersättning för sina kostnader i samband med denna, förutsatt att rådgivningen är kostnadsfri för den enskilde samt att preventivmedel tillhandahålls gratis vid rådgivningstillfället. Ersättning utgår för varje rådgivningstillfälle och bestrids av allmän försäkringskassa. Ersättningens storlek beräknas i samarbete med landstingsförbundet och avser att täcka kostnader för varje besök vad gäller personal, preventivmedel samt ökade informationsinsatser.
- Den enskildes kostnader för preventivmedel minskades genom att även p-piller förskrivna i födelsekontrollerande syfte kom att omfattas av läkemedelsrabattering, samt att spiral, pessar och i begränsad omfattning kemiska medel och kondomer skulle tillhandahållas gratis vid rådgivningstillfället.
- Vikten av samhällsinformation kring frågan om familjeplanering och födelsekontroll betonades och möjliggjordes genom ett särskilt anslag för abortförebyggande information till socialstyrelsens dåvarande nämnd för hälsoupplysning (se kapitel 15).

14.3 Behovet av preventivmedelsrådgivning

Innan vi går in på preventivmedelsrådgivningen i landet idag, bör vi ställa frågan: vilken är den önskade nivån på rådgivningen, hur stort är behovet?

Statistiska centralbyrån gjorde 1981 en för hela landet representativ undersökning, Kvinnor och barn, där man intervjuade 4 300 kvinnor i åldern 20–44 år om familj och arbetsliv. I undersökningen frågade man också kvinnorna vilken preventivmetod de använde.

Om vi ser till rådgivningsbehovet enbart ur kvinnornas synvinkel, kan vi med ledning av dessa uppgifter uppskatta hur många rådgivningsbesök det behövs årligen för 1 000 fertila kvinnor. Tyvärr saknas uppgifter om kvinnor i åldrarna 14-19 år, vilkas preventivmedelsanvändning och rådgivningsbehov vi därför inte känner. Spiralanvändningen i denna grupp är lägre än för äldre kvinnor. P-pilleranvändningen kan däremot vara lika hög eller högre i tonårsgruppen. Den sexuella aktiviteten kan antas vara lägre i de yngre åldrarna, men rådgivningsbehovet i samband med den sexuella debuten är å andra sidan speciellt stort. Vi antar att uppgifterna om preventivmedelsanvändningen inte radikalt skulle förändras om även tonårsgruppen skulle ingå, varför vi gör en beräkning av det totala rådgivningsbehovet med ledning av tabell 14:1.

De preventivmetoder som kräver kontakt med sjukvården är p-piller, spiral och pessar. En minsta rådgivningsnivå får vi då fram, om vi räknar med att endast de som använder något av dessa medel besöker preventivmedelsrådgivningen.

P-piller skrivs ut för ett halvt års upp till två års förbrukning, oftast för ett år (enligt en undersökning av 2 100 recept, gjord 1979 av Apoteksbolaget). Många som får p-piller slutar med dem efter en tid. Av SCB:s rapport Kvinnor och barn framgår, att 77 % av alla tillfrågade kvinnor hade prövat p-piller. Bara 19 % hade p-piller som aktuell preventivmetod. Även Apoteksbolagets försäljningsstatistik i jämförelse med SCB:s undersökning talar för, att det förskrivs mer p-piller än det används. Av de intervjuade kvinnorna (representativa för alla 20–44 åringar 1981) var det således 19 % som använde p-piller. Försäljningsstatistiken anger att 26 % av de fertila kvinnorna använde p-piller 1981. Då har även tonårsgruppen inräknats, där andelen p-pilleranvändare möjligen är större än i den totala gruppen, men inte så mycket att det kan förklara hela skillnaden.

Vi räknar med ett besök per år för de *kvinnor som använder p-piller.* Det gör för 1 000 kvinnor årligen *190 besök.*

Tabell 14:1 Användningen av preventiva metoder bland svenska kvinnor i åldern 20–44 år 1981

Behov av prevention	Anledning
32 % behövde ingen preventivmetod	11 % var gravida eller kunde inte få barn
	4 % ville bli gravida
	17 % hade för tillfället inte något samliv
68 % var aktuella för preventivmedelsrådgivning	19 % använde p-piller
	17 % hade spiral
	20 % använde kondom eller pessar
	6 % tillämpade säkra perioder eller avbrutet samlag
	6 % saknade preventivmedel, men ville inte bli gravida

Källa: Kvinnor och barn, 1982

Även för spiraler gäller att många som prövar det byter till annan metod. 1981 hade 36 % av alla kvinnor mellan 20 och 44 år prövat spiral. 17 % hade kvar det som p-metod (*Kvinnor och barn 1982*). En spiral bör kontrolleras efter insättningen – första gången efter tre månader, sedan minst vart tredje år, då den ofta byts ut.

Om vi inte räknar med några tätare återbesök p.g.a. komplikationer[1] eller byte av metod, får vi 2 besök på tre år för varje kvinna som har *spiral som preventivmetod,* vilket för 1 000 kvinnor årligen ger ca *115 besök.*

Barriärmetoder, kondom eller pessar, uppgavs som preventivmetod av 20 % av kvinnorna. Vi vet att pessar idag används i ringa utsträckning. Ett uppskattat antal besök för inprovning av pessar bland 1 000 kvinnor årligen blir *20 besök.*

För att bibehålla den användning av p-piller, spiral och pessar som var aktuell bland kvinnor i åldrarna 20–44 år 1981 krävs en organisation som medger ca 325 besök per 1 000 fertila kvinnor årligen.

Därmed har de kvinnor, som har sin preventivmedelsfråga tillfredsställande löst, möjligheter att fullfölja preventionen. I den grupp kvinnor som var aktuella för p-rådgivning ingick också några som inte löst sin prevention och som därför löper större risk att bli oönskat gravida. 6 % av kvinnorna litade till säkra perioder eller avbrutet samlag, metoder med stor osäkerhet, och ytterligare 6 % använde ingen preventivmetod alls. Med en högre ambitionsnivå på preventivmedelsrådgivningen bör vi också erbjuda dessa kvinnor rådgivning i födelsekontroll. De som tillämpar säkra perioder kan t.ex. få lära sig hur kroppen fungerar och hur man på ett säkrare sätt kan avgöra tidpunkten för ägglossningen och risken för befruktning. Andra kan få möjlighet att förutsättningslöst diskutera olika preventivmetoder. För denna grupp kvinnor kan det behövas mer än ett besök innan de hittar fram till en metod som passar just dem och respektive partner. Om vi för dessa kvinnor räknar med 1,5 besök årligen, gör det ytterligare *180 besök,* vilket tillsammans med dem som använder p-piller, spiral och pessar ger *505 besök årligen per 1 000 fertila kvinnor.* Denna uppskattning överensstämmer med tidigare beräkningar, som bl.a. anges i socialstyrelsens principprogram för mödra- och barnhälsovården. Uppgiften har varit vägledande vid utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen.

Det är svårt att nå ut till alla kvinnor som behöver rådgivning. Mer realistiskt kan man räkna med att bara nå en del av den sista gruppen kvinnor. Däremot får man också i realiteten räkna med fler besök för den förra gruppen. Ibland behövs mer än ett besök årligen för dem som har p-piller, om man t.ex. får biverkningar kan det ta flera besök innan man kommer fram till en sort som passar. Unga flickor får ofta komma på tätare återbesök. Några är inte alls nöjda med p-piller som p-metod, utan kommer tillbaka för att byta till något annat. Detsamma gäller dem som får spiral insatt. Flytningar, blödningar och andra komplikationer kan göra det nödvändigt med byte av spiral eller metod och således fler än ett besök årligen. Det betyder, att inte ens den siffra som visar på den högre ambitionsnivån egentligen är tillräcklig om man räknar med en fullständig preventivmedelsservice.

Det ska dessutom tilläggas, att dessa beräkningar gäller den nivå som preventivmedelsanvändningen hade 1981. Den andel som utgjordes av de

[1] Det är svårt att bedöma, i vilken utsträckning de som får komplikationer återvänder till preventivmedelsrådgivningen. Oftast behandlas sådana inom den gynekologiska vården. Trots det kan kvinnan återkomma till p-rådgivningen för att få ny p-metod.

högeffektiva – och vårdkrävande – preventivmedlen var troligen då något lägre än när dessa var som mest använda i slutet av 70-talet. För dessa år saknas exakta uppgifter, men man kan med hjälp av försäljningsstatistik följa utvecklingen. Enligt Apoteksbolagets statistik skedde en kraftig ökning av p-pillerförsäljningen 1975, då uppskattningsvis 30 % av de fertila kvinnorna använde p-piller. 1977 var försäljningstalet högst – då motsvarade det en p-pilleranvändning hos 32 % av alla fertila kvinnor. 1979–81 har talet legat på 25–26 %. Möjligen kan det vara den minskade användningen av sjukvårdsberoende preventivmetoder som avspeglas i det minskade antalet rapporterade besök för preventivmedelsrådgivning under dessa år. Med nya typer av preventivmedel och ökad information kan andelen sjukvårdsberoende preventivmedel åter komma att stiga, vilket ytterligare skulle komma att öka rådgivningsbehovet. Ändringar i andra riktningen – mot lägre andel sjukvårdsberoende preventivmetoder – skulle i stället innebära en minskning av rådgivningsbehovet.

En miniminivå på preventimedelsrådgivningen – då man ger service till enbart de kvinnor som redan har en preventivmetod – utgörs således av ca 325 besök årligen per 1 000 fertila kvinnor.

En högre ambitionsnivå – då man strävar efter att också nå de kvinnor som inte har preventivmedelsfrågan löst – utgörs av ca 500 besök årligen per 1 000 fertila kvinnor. Det är först med denna högre ambitionsnivå som en verklig abortförebyggande effekt kan uppnås.

I dessa beräkningar ingår ingen individuell preventivmedelsrådgivning för män.

14.4 Utvecklingen 1975–1981

14.4.1 Riksförsäkringsverkets statistik

Preventivmedelsrådgivning ges såväl inom offentlig som privat verksamhet. I landstingsregi ges rådgivning i födelsekontroll vid särskilda mottagningar för p-rådgivning, inom mödrahälsovården, vid kvinnokliniker, hos distriktsgynekologer och distriktsläkare, vid ungdomsmottagningar och sexualrådgivningsbyråer. I kommunal regi förekommer p-rådgivning i viss utsträckning inom skolhälsovården, familjerådgivningen och vid kommunala ungdomsmottagningar. Även inom företagshälsovården ges rådgivning om födelsekontroll. RFSU och kyrkan har egna mottagningar för preventivmedelsrådgivning. Kårortsnämnderna bedriver särskild p-rådgivning för universitets- och högskolestuderande. Nära en femtedel av de registrerade besöken för rådgivning om födelsekontroll sker hos privatpraktiserande läkare.

Enligt lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet utgår ersättning från allmän försäkringskassa för varje besök för preventivmedels- och abortrådgivning. De allmänna försäkringskassorna rapporterar utbetalda ersättningar till riksförsäkringsverket (RFV), som på grundval av dessa uppgifter för statistisk över antalet rådgivningstillfällen för födelsekontroll m.m. Den andel abortrådgivning som ingår i den rapporterade rådgivningen varierar mellan olika sjukvårdsdistrikt, inte bara beroende på det antal kvinnor som genomgår abort, utan också på att de principer man har för rapportering av detta är olika.

Abortrådgivning

I socialstyrelsens cirkulär med anvisningar om tillämpningen av abortlagen (*MF 1974:100*) sägs, att abortrådgivningen förutsätts vara kostnadsfri för kvinnan och att huvudmannen ersätts genom den allmänna försäkringen enligt lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Med abortrådgivning avses vid personligt besök meddelad information om möjligheterna att vid icke önskad graviditet erhålla abort samt om samhällets stödåtgärder vid graviditet m.m. Det påpekas, att denna rådgivningskontakt är frivillig och uteslutande avsedd att vara kvinnan till stöd och hjälp i en svår situation. Abortrådgivningen bör i första hand ges av kuratorer med socionomutbildning samt vidareutbildning i socialt behandlingsarbete. I cirkuläret beskrivs vidare den särskilda utredning rörande kvinnans personliga förhållanden som enligt abortlagen principiellt alltid ska göras vid abort efter utgången av 12:e havandeskapsveckan. Också den särskilda utredningen, som handhas av kurator, ska vara ett stöd för kvinnan och skapa bättre förutsättningar för hennes eget ställningstagande. Däremot är den abortrådgivning som betecknas "särskild utredning" inte ersättningsberättigad enligt lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. Den ingår i den vård som meddelas i abortärenden och huvudmannens kostnader regleras i stället enligt lagen om allmän försäkring på samma sätt som läkarvården.

Abortrådgivning definieras således enligt gällande bestämmelser som den rådgivning, som ges före utgången av 12:e havandeskapsveckan. Med en vid tolkning kan även sådan rådgivning meddelad av läkare anses ersättningsberättigad. Oklarheter på denna punkt, samt den olyckliga uppdelningen av rådgivning som ingår resp. ej ingår i den ordinarie abortvården gör att tillämpningen av föreskrifterna varierar.

Antalet besök för abortrådgivning årligen kan antas vara högst något större än antalet aborter. Det skulle innebära att besök för abortrådgivning utgör mindre än tio procent av det rapporterade antalet besök för rådgivning för födelsekontroll m.m. i offentlig regi. I abortrådgivningen ingår dessutom oftast även preventivmedelsrådgivning.

Brister i statistiken

Den preventivmedelsrådgivning som ges i anslutning till annan gynekologisk vård ingår inte i statistiken, eftersom den oftast inte rapporteras. Sannolikt är det en betydande del av p-rådgivningen, som ges på detta sätt. Uppgifter om p-rådgivningen i samband med eftervård vid graviditet saknas också.

Ibland har landstingens egna uppgifter visat på en betydligt lägre andel p-rådgivning än den centrala statistiken utan att vi kunnat finna tillfredsställande förklaringar till skillnaderna. I dessa fall har RFV:s uppgifter fått kvarstå och gälla som de riktigare.

Riksförsäkringsverkets uppgifter är de enda tillgängliga när det gäller preventivmedelsrådgivningen, och måste därför användas, trots de brister som konstaterats. Då det gäller att spegla en utveckling över längre tid blir statistiken mer användbar, eftersom rapporteringen troligen skett på liknande sätt från år till år. Med reservation kan man använda uppgifterna

som underlag för beräkning av rådgivningstillfällen i förhållande till antalet fertila kvinnor. Den överskattning av rådgivningstalet, som beror på att även abortrådgivningen ingår, uppvägs troligen mer än väl av den underskattning som uppstår genom att t.ex. p-rådgivning i samband med annan gynekologisk konsultation eller eftervård vid graviditet inte ingår.

Preventivmedelsrådgivning 1975–1981

Statistiken visar, att man lyckats i intentionerna att stimulera utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen i samband med att abortlagen infördes. Som jämförelse har 1971-73 års uppgifter för preventivmedelsrådgivning inom mödrahälsovården tagits med. Även om man inte känner till omfattningen av preventivmedelsrådgivning hos distriktsläkare och på sjukhusens gynekologiska mottagningar under åren 1971-73, vilka ingår i uppgifterna från 1975 och framåt, kan man konstatera att *preventivmedelsrådgivningen vid mödravårdscentralerna bara på några år minst tiodubblats.* Det är barnmorskor inom mödrahälsovården som svarar för merparten av den rådgivning som anges under rubriken "annan" i tabellen. Barnmorskornas andel av den totala rådgivningen i offentlig regi har också stadigt ökat och är nu nära fyra gånger så stor som läkarnas. Dock ingår inte i uppgifterna den preventivmedelsrådgivning som ges av läkare i samband med annan gynekologisk konsultation.

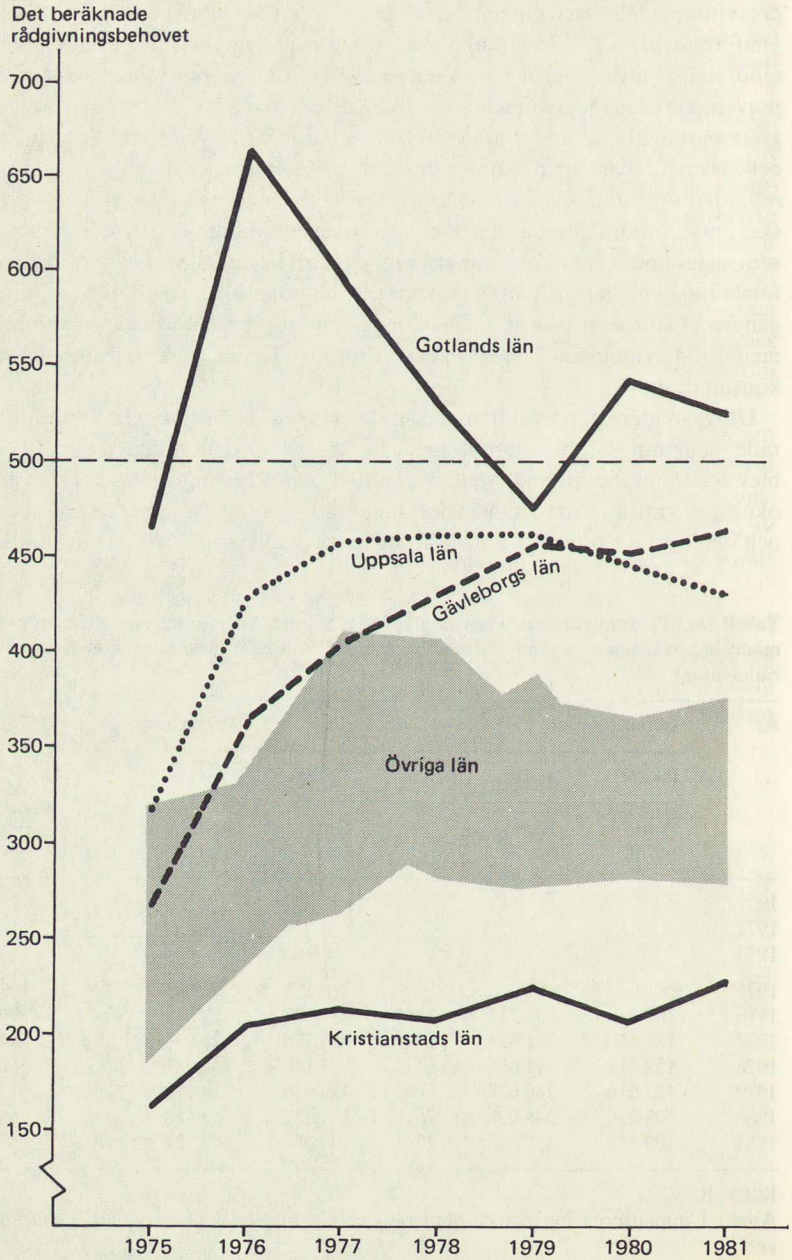
Utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen – mätt i antalet rapporterade rådgivningsbesök – stimulerades starkt i och med att rådgivningen 1975 blev ersättningsberättigad. Mellan åren 1975 och 1976 samt 1976 och 1977 var ökningen kraftig. Sedan minskade antalet rådgivningsbesök, både i absoluta och relativa tal t.o.m. 1980, trots att det beräknade rådgivningsbehovet inte

Tabell 14:2 Preventivmedelsrådgivning 1975–1981, hela riket, samt uppgifter om preventivmedelsrådgivning inom mödrahälsovården utan samband med barnsbörd 1971–1973. Antal besök (ej detsamma som antalet kvinnor som fått rådgivning).

År	Offentlig regi				Privat regi		Totalt	Rådgivningsbesök/ 1 000 fertila kvinnor
	läkare	annan		Totalt				
	Antal besök	Antal besök	%	Antal besök	Antal besök	%	Antal besök	
1971				5 800				
1972				9 448				
1973				28 183				
1975				310 155	90 162	22	400 317	249
1976	180 320	207 217	53	387 537	119 342	24	506 879	313
1977	184 450	271 326	60	455 776	125 694	22	581 470	356
1978	152 512	311 666	67	464 178	122 411	21	586 589	355
1979	123 216	336 622	73	459 838	114 698	20	574 527	343
1980	109 299	348 028	76	457 327	109 142	19	566 469	334
1981	100 459	387 925	79	488 384	109 524	18	597 908	351

Källa: RFV
Anm.: I uppgifterna ingår även abortrådgivning. För 1975 saknas uppgift om andelen besök hos läkare resp. annan.

uppnåtts. 1981 inträffade på nytt en ökning till nära 1978 års nivå. Antalet rapporterade rådgivningsbesök i offentlig vård har hållit sig relativt konstant 1977–80. Antalet rapporterade rådgivningsbesök hos privatläkare minskade under samma period. Det ökade antalet fertila kvinnor och den minskade privata rådgivningen har således inte medfört någon ökning av den offentliga rådgivningsverksamheten förrän 1981.



Figur 14:1 P-rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor 1975–1981. Hela riket (Angående det statistiska underlaget – se kommentarer i texten)

Tabell 14:3 Antal rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor 1975–1981, länsfördelning

Län	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Stockholms	260	340	413	409	361	346	369
Uppsala	318	428	458	462	461	447	439
Södermanlands	272	287	333	303	324	324	337
Östergötlands	244	268	346	323	326	336	360
Jönköpings	187	236	278	321	308	313	311
Kronobergs	182	307	360	318	309	294	323
Kalmar	244	298	303	281	275	281	303
Gotlands	463	663	595	530	474	542	524
Blekinge	241	290	334	362	374	345	356
Kristianstads	162	206	215	208	224	207	226
Malmöhus	224	309	344	335	326	330	343
Hallands	245	302	348	334	279	334	353
Göteborgs o Bohus	272	342	374	364	343	333	377
Älvsborgs	247	302	336	325	324	334	373
Skaraborgs	269	326	350	338	333	329	323
Värmlands	255	260	316	292	283	320	323
Örebro	255	281	330	340	339	336	374
Västmanlands	263	334	347	340	329	295	306
Kopparbergs	259	336	353	357	389	328	332
Gävleborgs	264	364	406	430	457	451	467
Västernorrlands	224	268	328	336	337	304	333
Jämtlands	184	293	339	374	350	334	371
Västerbottens	215	249	262	301	319	289	278
Norrbottens	321	334	365	370	364	335	364
Malmö kommun	215	329	350	375	376	366	356
Göteborgs kommun	243	319	350	369	360	326	335
Hela riket	249	309	356	355	343	334	351

Preventivmedelsrådgivning länsvis

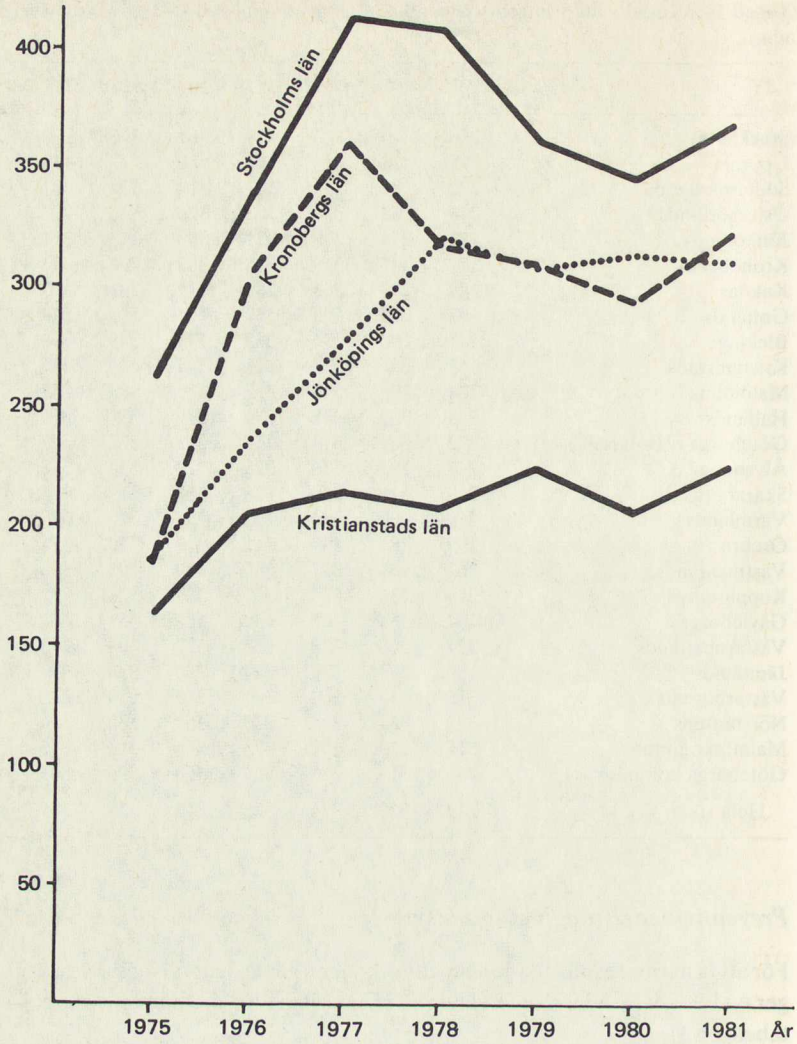
För att få närmare information om utvecklingen går vi över till figur 14:1, som ger en bild av p-rådgivningen länsvis. (Underlaget för diagrammet återges i tabell 14:3).

Andelen preventivrådgivningsbesök ligger i de allra flesta länen mellan 310–380 besök per 1 000 fertila kvinnor. Bara tre län skiljer sig i det avseendet uppåt, nämligen Gotlands, Gävleborgs och Uppsala län. Ett län har betydligt lägre andel än övriga, nämligen Kristianstads län. (Se kommentar längre fram i detta avsnitt).

Utmärkande för ett stort antal län är, att andelen rådgivningsbesök låg högst 1977 och sedan har sjunkit till en lägre nivå, i några fall betydligt lägre. De flesta länen uppvisar emellertid en klar uppgång 1981, vilket i flera fall innebär att den för länet högsta nivån återupprättats eller t.o.m passerats. Fortfarande har dock en stor del av länen en p-rådgivning som ligger nära eller strax över miniminivån i vår beräkning.

Figur 14:2 ger exempel på hur utvecklingen har sett ut i några olika län.

Stockholms och Kronobergs län exemplifierar områden där andelen rådgivningsbesök ökade mycket kraftigt under åren 1975–77 och det därefter



Figur 14:2 P-rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor i fyra län 1975–1981

skett en betydlig minskning till en nivå långt under den högsta, trots en ökning under 1981. Vid kontakt med företrädare för p-rådgivningen i Kronobergs län har framkommit, att man där inte kan bekräfta en nedgång liknande den som statistiken visar. Vid mottagningarna för p-rådgivning i Växjö och Ljungby har i stället rådgivningsbesöken stadigt ökat. Vid närmare granskning av rapporteringen visar det sig, att besöken hos läkare helt står för frekvensminskningen. Barnmorskebesöken däremot har stadigt ökat. Detta talar för att distriktsläkarnas andel av verksamheten möjligen minskat under senare år utan motsvarande ökning vid p-rådgivningsmottagningarna. Statistik från Stockholms läns landsting kan heller inte bekräfta den till synes kraftiga minskningen. Däremot talar landstingets egna uppgifter för, att rådgivningsnivån totalt sett ligger lägre.

Jönköpings län illustrerar en annan utveckling – först en kraftig ökning och

sedan stabilisering. Rådgivningsbesöken har stadigt ökat från 1975 till 1978, varefter värdet legat på ungefär samma nivå.

Kristianstads län har enligt statistiken hela tiden legat på en betydligt lägre nivå än övriga län. Vid kontakt med chefen för kvinnokliniken i Kristianstad har framkommit, att p-rådgivning ges i större omfattning än vad som framgår av statistiken. Rapporteringen av rådgivningsbesöken har varit ofullständig. Den verkliga p-rådgivningsnivån i Kristianstads län är därför okänd. Vi vet bara, att den är högre än vad RFV:s statistik ger uttryck för.

Slutsatserna av utvecklingen blir olika för de olika länen. För t.ex. Kristianstads och Jönköpings län och flertalet andra områden gäller det för sjukvårdshuvudmännen att undersöka, hur nivån på p-rådgivningen motsvarar det verkliga behovet och eventuellt hur den ska kunna höjas ytterligare. För Kristianstads del har en omorganisation och utökning av p-rådgivningen redan inletts. När det gäller Stockholms och Kronobergs län och andra områden med liknande utveckling, blir i stället frågan: Vad har hänt sedan p-rådgivningen nådde sin högsta nivå? Varför har andelen besök minskat? Vilka åtgärder bör sättas in för att den tidigare uppnådda nivån ska kunna återupprättas och eventuellt ytterligare höjas? I Stockholms län har minskningen skett, trots en stadig ökning av antalet barnmorsketjänster enligt mödrahälsovårdsutredningens intentioner.

Den sammantagna bilden av p-rådgivningen i landet föranleder några frågor:

Kan statistiken göras mer tillförlitlig?

Är 310–375 besök per 1 000 fertila kvinnor en realistisk nivå, dvs. är målet 500/1 000 för högt satt?

Kan rådgivningsbehovet variera i olika områden?

Har aktiva, uppsökande insatser någon betydelse?

Vi gör en närmare beskrivning av de fyra län som ligger högst respektive lägst i statistiken för att belysa frågorna.

Några exempel

Gotland – 524 rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor 1981.

Stor satsning på decentralisering och utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen samt information om sexualitet och samlevnad gjordes med början 1973. Samtliga barnmorskor har utbildning i preventivmedelsrådgivning och arbetar vid sidan om sin ordinarie verksamhet aktivt utåtriktat, framför allt i skolundervisningen. De höga talen 1976 och 1977 anses vara ett uttryck för att informationen då började nå ut på allvar till allmänheten, och att ett uppdämt rådgivningsbehov på så vis blev tillgodosett. Alla kvinnor som kommer till gynekologisk hälsokontroll på Gotland erbjuds preventivmedelsrådgivning. Samtliga skolsköterskor har genomgått den tredagarskurs som krävs för att man ska få bedriva ersättningsberättigad preventivmedelsrådgivning. Även skolpsykologer och skolkuratorer ger p-rådgivning.

På Gotland tycks således riktmärket 500 besök per 1 000 fertila kvinnor stämma ganska väl. Man har t.o.m. tidvis nått betydligt högre. Är Gotland speciellt i något avseende som kan förklara skillnaden gentemot övriga landet? Någonting vid sidan om "Gotlandsprojektet" är svårt att finna. Här tycks alltså en omfattande utåtriktad verksamhet ha givit resultat. Gotland ligger också lågt i abortstatistiken.

Gävleborgs län – 467 rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor 1981. Länet i stort skiljer sig inte i något väsentligt avseende från andra. I Gävle finns emellertid en ungdomsmottagning med mycket utåtriktad upplysning som ensam står för nära en tiondel av alla rådgivningsbesök i länet. Där har man också lyckats fånga upp ett dolt rådgivningsbehov. Man möter nämligen många pojkar på mottagningen, vilket är ovanligt. Även skolsköterskorna har utbildning i födelsekontroll och rätt att bedriva egen rådgivning. Vidare har man i Gävleborgs län sedan 1977 försökt fånga upp kvinnor som kommer på gynekologisk hälsokontroll för preventivmedelsrådgivning, vilket troligen bidrar till den höga andelen rådgivningsbesök. Gävleborgs län tillhör mellangruppen i abortstatistiken och ligger under medelvärdet för riket.

Uppsala län – 439 p-rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor 1981. När det gäller preventivmedelsrådgivningens organisation finns det inte något som kan förklara de höga siffrorna. Resurserna för preventivmedelsrådgivningen utökades dock tidigt i länet. Man har sedan 1977 haft ett samarbete mellan landstinget och länsskolnämnden med utbildning i sexualitet och samlevnad till olika yrkesgrupper. Åldersfördelningen inom gruppen fertila kvinnor är speciell i Uppsala. En hög andel studerande ökar antalet kvinnor mellan 20 och 30 år, kvinnor som dessutom p.g.a. studierna oftast inte planerar barn under denna period, vilket ger ett högt p-rådgivningsbehov. I Uppsala kommun finns också en ungdomsmottagning, som har omfattande utåtriktad verksamhet i skolorna och nära 10 % av alla rådgivningsbesök i länet. Uppsala ligger högt i aborthänseende – bland de högsta i landet, trots den höga andelen preventivmedelsrådgivning. Detta kan till en del förklaras av att det finns en ganska stor grupp studerande kvinnor i Uppsala, som inte är mantalsskrivna där. Både abort- och rådgivningstal räknas därför på ett annat befolkningsunderlag än det verkliga.

Kristianstads län. Kristianstads län ligger trots den enligt statistiken lägsta andelen preventivmedelsrådgivning också mycket lågt i abortstatistiken. Som redan tidigare påpekats, råder stor osäkerhet kring den faktiska omfattningen av p-rådgivningen i Kristianstads län p.g.a. underrapportering. Enligt uppgifter rapporterade till RFV gjordes i Kristianstads län 1981 226 p-rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor, dvs. inte ens hälften så många som i de tidigare beskrivna länen. Var det verkliga antalet ligger, kan man se först när fullständig rapportering genomförs. Preventivmedelsrådgivningen har fram till början av 1981 varit olika i de två sjukvårdsområdena. I Kristianstads sjukvårdsdistrikt har alla mödravårdscentraler kunnat erbjuda p-rådgivning, utom i Kristianstads kommun, där situationen t.o.m. 1980 var otillfredsställande med rådgivning endast på kvinnokliniken med långa väntetider. Ny p-rådgivningsmottagning har nu öppnats, där barnmorskan också arbetar aktivt utåtriktat i skolorna i Kristianstad. Totalt sett har det också skett en utökning av resurserna, då nya barnmorsketjänster tillsatts speciellt för p-rådgivningen enligt en beräkning av behovet i förhållande till befolkningen. I Ängelholms sjukvårdsdistrikt har det under 1982 skett en total omorganisation av preventivmedelsrådgivningen, som förts över från gynekologmottagningar till mödravårdscentraler. Utåtriktad upplysning ingår också i barnmorskornas arbetsuppgifter.

Exemplen Gotland, Gävleborgs och i viss mån Uppsala län visar att andelen rådgivningsbesök kan öka med uppsökande verksamhet. Men det finns också många län, där andelen rådgivningsbesök ligger betydligt lägre, som också har omfattande uppsökande verksamhet. Många län har också ungdomsmottagningar. Det finns heller inga enkla samband mellan andelen besök för preventivmedelsrådgivning och aborttal. Här inverkar troligen en mängd samverkande faktorer, såsom befolkningsstruktur, traditioner, samlevnadsmönster, arbetsmarknad, preventivmedelsvanor och mycket mer. I flertalet län finns det dock behov av en utökning av preventivmedelsrådgivningen. *Först då rådgivningen genom uppsökande insatser når även dem som inte har sin preventivmedelsfråga löst och av olika skäl inte själva tar initiativ till rådgivningskontakt kan man förvänta en verklig abortförebyggande effekt.* Beredskap bör också finnas för de kapacitetsökningar som tillfälliga förändringar i åldersfördelningen i befolkningsunderlaget kräver.

14.4.2 Kostnader

Kostnaderna för de abortförebyggande åtgärder som kopplades till 1974 års abortlag beräknades 1974 av en arbetsgrupp tillsatt av justitiedepartementet till totalt ca 30 miljoner kronor under det första året. I denna summa ingick kostnader för preventivmedelsrådgivningen, läkemedelsrabattering av p-piller samt ett anslag för abortförebyggande information till socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. Den merkostnad för den allmänna försäkringen som lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. skulle medföra beräknades till ca 22 milj. kr. Man uppskattade därmed antalet rådgivningsbesök under ett inledningsskede till ca 500 000 årligen, vilket kom att stämma nära överens med det faktiska antalet under de första åren med ny lagstiftning.

1975 berättigade varje rådgivningsbesök i offentlig vård till en ersättning av 45 kr. Från 1976 anpassades ersättningen till de faktiska kostnaderna för respektive yrkeskategori. Förhandlingar om ersättningens storlek har hittills tagits upp med två års mellanrum.

Tabell 14:4 Antalet rådgivningsbesök och kostnader för dessa 1975–1981

År	Tot. ant. rådg. besök	Varav hos privatläkare %	Kostnader			
			Offentl. milj. kr	Privat milj. kr	Privat %	Totalt
1975	400 317	22	14,4	6,2	30	20,6
1976	506 879	24	23,7	11,8	33	35,5
1977	581 470	22	27,1	12,7	32	39,8
1978	586 589	21	32,8	14,4	31	47,2
1979	574 527	20	30,5	14,5	32	45,0
1980	566 469	19	33,0	15,5	32	48,5
1981	597 908	18	34,1	16,9	33	51,0

Tabell 14:5 Ersättning för rådgivningsbesök i offentlig vård (kronor)

År	Besök hos läkare	Annan
1975	45	45
1976-77	85	42
1978-79	113	50
1980-81	127	55
1982-83	143	60

Ersättningen för rådgivning i födelsekontrollerande syfte inom den offentliga vården framgår av tabell 14:5.

Ersättningen för privatläkarvård är differentierad efter rådgivningens innehåll. Olika belopp gäller för rådgivning utan gynekologisk undersökning, med gyn-undersökning, vid insättning av spiral samt utprovning av pessar. Ersättningen varierar mellan 76 och 204 kr per besök (1982). För privatläkare utgår även ersättning för telefonrådgivning.

Antalet rådgivningsbesök har hållit sig ungefär inom de beräknade ramarna. 1981 noterades det hittills högsta antalet, närmare 600 000 rådgivningsbesök. Därmed har kostnaderna inte heller blivit högre än väntat. De årliga kostnaderna har totalt sett ökat, beroende på höjda ersättningsbelopp, trots att andelen besök hos barnmorska ökat och antalet rådgivningsbesök minskat åren 1978-80. 1977 rapporterades den högsta *andelen* besök, 356 besök per 1 000 fertila kvinnor.

1981 gjordes 351 rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor, dvs. närmare 600 000 besök totalt till en kostnad av ca 50 milj. kr. Om antalet rådgivningsbesök hade motsvarat det beräknade behovet av 500 besök per 1 000 fertila kvinnor, skulle det 1981 gjorts ca 850 000 rådgivningsbesök. Förutsatt att det ökade antalet besök skulle gjorts enbart inom den offentliga vården utan samband med övrig gynekologisk konsultation och att den procentuella andelen barnmorskebesök varit oförändrad skulle kostnaderna totalt ha uppgått till ca 69 milj. kronor.

Kostnaderna för preventivmedelsrådgivningen ersätts från den allmänna försäkringen. Ersättningen utbetalas till landsting, kommuner och organisationer som bedriver preventivmedelsrådgivning. Ersättningen är avsedd att täcka huvudmannens kostnader i samband med rådgivningen. För landstingens del innebär det att kostnder för det utökade behov av tjänster som preventivmedelsrådgivningen innebär samt för utökade informationsinsatser ska kunna täckas. Eventuella grundkostnader, som för exempelvis lokaler, tillkommer. För kommuner kan ersättningen i praktiken innebära ett extra tillskott, förutsatt att den preventivmedelsrådgivning som ges i kommunal regi sker inom en ordinarie verksamhet, som t.ex. skolsköterskemottagning. För den rådgivning som ges i samband med gynekologisk vård i övrigt belastas inte försäkringen av någon extrakostnad utöver den som betingas av den ordinarie ersättningen för läkarbesök i öppen vård.

Utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen bör således ha kunnat ske utan betydande ökade kostnader för kommuner och landsting, så länge som en utökad verksamhet inte tagit nya resurser i anspråk. Samhällets merkostnad för preventivmedelsrådgivningen genom den allmänna försäk-

ringen beräknad i 1981 års kostnadsnivå är mellan ca 50 och 70 milj kronor årligen med en andel rådgivningsbesök som varierar mellan 350 och 500 per 1 000 fertila kvinnor.

14.5 Preventivmedelsrådgivningen januari 1982

Under januari och februari 1982 gjordes genom abortkommitténs försorg en inventering av preventivmedelsrådgivningen i hela landet. Syftet var, att få en mer nyanserad bild än enbart uppgifterna om antalet rådgivningsbesök kan ge. Undersökningen gick till så, att en eller flera kontaktpersoner i varje landsting intervjuades per telefon. Frågorna gällde preventivmedelsrådgivningens organisation, kapacitet, lättillgänglighet och i viss mån innehåll. Följande uppgifter samlades in:

Vid vilka mottagningar ges preventivmedelsrådgivning?
Finns p-rådgivning vid mödravårdscentralerna?
Har alla barnmorskor utbildning i p-rådgivning?
Finns det någon ungdomsmottagning?
Hur långa är väntetiderna?
Finns det någon mottagning för p-rådgivning på kvällstid?
Bedrivs det någon utåtriktad verksamhet från mottagningarna?
Är kapaciteten för p-rådgivningen tillräcklig?
Har p-rådgivningen samma kapacitet året om?
I vilken utsträckning deltar skolsköterskorna i p-rådgivningen?

I samband med den enkät som sändes till alla landsting angående abortverksamheten (se kapitel 12) fick varje landsting ange någon eller några personer med överblick över den aktuella p-rådgivningssituationen i området. De kontaktpersoner kommittén på detta sätt fick uppgift om företrädde en rad olika befattningar. De personer som har bästa överblicken över preventivmedelsrådgivningen i ett område kan variera från enskilda specialintresserade barnmorskor som på eget initiativ samlar in uppgifter om den aktuella situationen till mödrahälsovårdsöverläkare som har direkt ansvar för p-rådgivningen. Överläkare och chef för kvinnoklinik, sjukvårdsföreståndare och sjukvårdssekreterare vid landstinget har också varit vanliga uppgiftslämnare. Varje person har utifrån sin befattning och sitt intresse för verksamheten haft olika mycket detaljkunskap om och inblick i p-rådgivningen.

I många län tycks det saknas en central person som har överblick över situationen i de olika sjukvårdsdistrikten, man har anvisat en kontaktperson i varje disktrikt. I vissa fall har sjukvårdsdistrikten en så självständig organisation, att p-rådgivningen kan se helt olika ut i olika områden inom ett landsting. Vissa av uppgifterna har därför varit svåra att få fram genom en enkel telefonintervju, och andra frågor har fått ungefärliga svar. I en del fall har man på landstingen gått ut med speciell förfrågan till mottagningarna för att komplettera uppgifterna, i andra fall skulle en sådan åtgärd varit för tids- och arbetskrävande.

Det samlade intrycket är, att det i många landsting saknas någon med samordnings- och uppföljningsansvar för p-rådgivningen. Ytterst få län följer t.ex. själva upp hur stor andelen p-rådgivningsbesök är i förhållande till

antalet fertila kvinnor i de olika sjukvårdsområdena. Många saknar också kunskap om de aktuella väntetiderna. Omvänt finns det ett fåtal län, där dessa och liknande uppgifter kontinuerligt följs upp, där man har god kunskap om den aktuella situationen.

Trots svarens variationer ger de tillsammans en relativt god bild av den aktuella preventivrådgivningssituationen i landet. P.g.a. de ibland stora skillnaderna inom ett län, redovisas svaren efter sjukvårdsdistrikt i åtta län. För 18 tillfrågade områden gäller svaren hela länet, för 23 områden gäller svaret ett sjukvårdsdistrikt. Fem av dessa sjukvårdsdistrikt – Stockholms läns fem förvaltningsområden – är ensamma lika stora som många län.

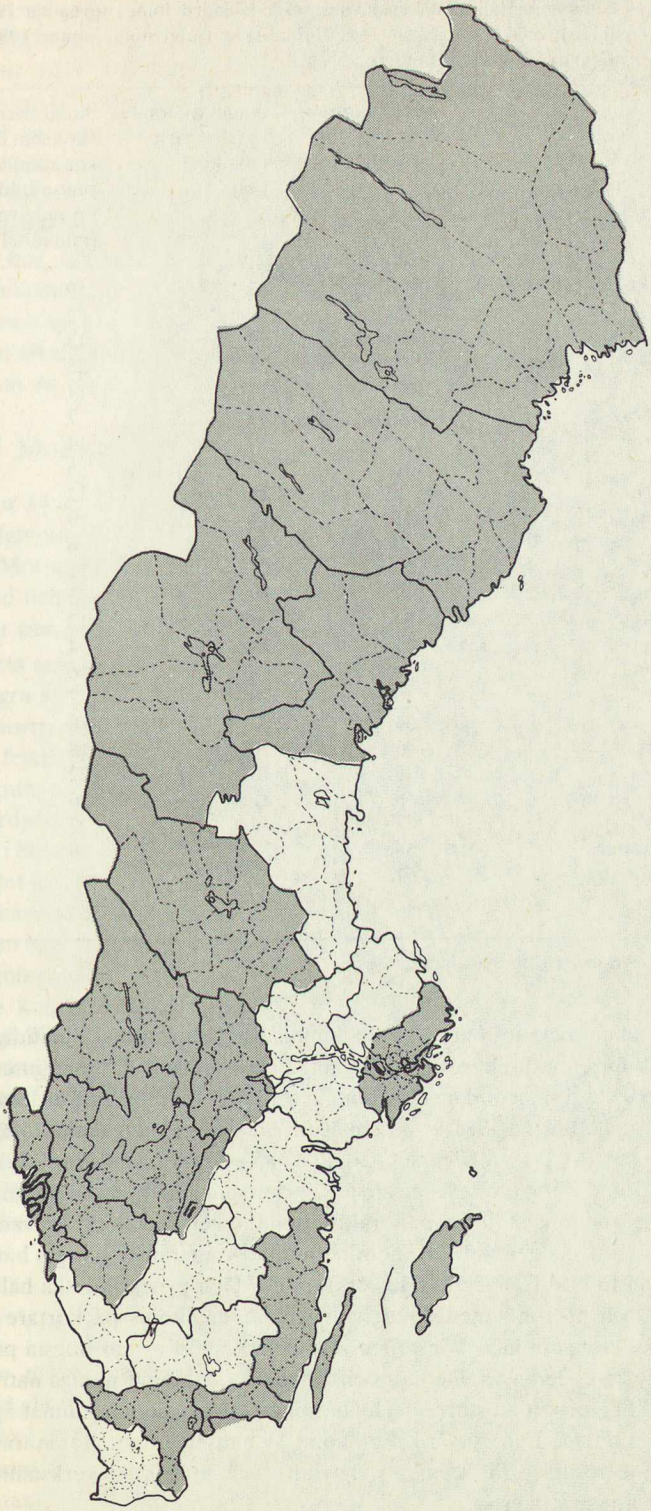
14.5.1 Barnmorskornas andel av preventivmedelsrådgivningen

Som riksstatistiken visar, har barnmorskornas andel av preventivmedelsrådgivningen stadigt ökat sedan 1975. I dag har de flesta landsting baserat den särskilt organiserade preventivmedelsrådgivningen huvudsakligen på barnmorskor. Utvecklingen har varit olika i olika områden. Barnmorskornas andel av rådgivningen varierade 1980 mellan 4 % (Malmö) och 96 % (Västmanlands län). I 16 län var andelen nära 80 % och däröver och endast två län hade en andel under 60 %, nämligen Kristianstads län med 46 % och Malmö kommun med 4 %. Barnmorskerådgivningen sker antingen inom mödrahälsovården eller vid särskilda preventivrådgivningsmottagningar. Av 41 områden (18 län, 23 sjukvårdsområden) är det 28, där p-rådgivning bedrivs vid alla mödravårdscentraler (MVC, se figur 14:3). Ytterligare åtta områden har p-rådgivning vid vissa MVC. I fem områden ges ingen preventivmedelsrådgivning vid MVC annat än i samband med efterkontroll efter förlossning. I ett område ges inte ens p-rådgivning vid MVC vid detta tillfälle. Flera av dessa har dock ändå barnmorskor engagerade i preventivmedelsrådgivningen vid särskilda mottagningar. Malmö kommun utgör ett undantag, där så gott som all preventivmedelsrådgivning ges av läkare.

Andelen utbildade barnmorskor varierar. I vissa områden har nästan alla barnmorskor inom mödrahälsovården antikonceptionsutbildning – i andra är det många som saknar sådan utbildning. Önskemål om utbildning i p-rådgivning samt den andel barnmorskor som har förskrivningsrätt av det totala antalet barnmorskor i de olika länen framgår av tabell 14:6.

14.5.2 Preventivmedelsrådgivningens kapacitet

Preventivmedelsrådgivningen har sedan 1975 byggts ut kraftigt i nästan alla områden. I flera fall har utbyggnaden baserats på ett beräknat behov av 500 rådgivningsbesök per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Andelen barnmorsketjänster varierar starkt. Några områden har enligt mödrahälsovårdsutredningens intentioner ca 125 inskrivna blivande mödrar per barnmorska. Då kan barnmorskan ägna ca 15 % av sin tid till p-rådgivning, ca 10 % till utåtriktad upplysning samt ca 30 % till föräldrautbildning. I andra områden har varje barnmorska över 200 inskrivna blivande mödrar. De allra flesta uppger att man har gott om tid för varje rådsökande på mottagningarna. Trots detta är det ett fåtal områden som har uppgivit att den totala kapaciteten är tillräcklig.



Figur 14:3 Preventivmedelsrådgivning inom mödrahälsovården. Skuggade områden markerar län, där alla mödravårdscentraler har preventivmedelsrådgivning (januari 1982)

Tabell 14:6 Barnmorskor med förskrivningsrätt, länsfördelning, november 1982 samt barnmorskor som önskar kompletteringsutbildning i p-rådgivning, januari 1983 (enligt enkätsvar till Barnmorskeförbundet)

Län	Antal barnmorskor med förskrivningsrätt	Andel av totala antalet barnmorskor[a] (%)	Antal barnmorskor som önskar kompletteringsutbildning i p-rådgivning (minimital)
Stockholms	315	33	59
Uppsala	28	20	2
Södermanlands	34	29	13
Östergötlands	41	21	25
Jönköpings	32	18	14
Kronobergs	11	13	7
Kalmar	31	30	14
Gotland	12	36	6
Blekinge	19	29	12
Kristianstads	15	14	9
Malmöhus	80	27	6
Hallands	32	27	11
Göteborgs o Bohus	132	30	33
Älvsborgs	84	38	12
Skaraborgs	71	44	4
Värmlands	50	35	16
Örebro	46	28	7
Västmanlands	34	32	8
Kopparbergs	46	30	18
Gävleborgs	26	16	22
Västernorrlands	58	37	16
Jämtlands	42	44	7
Västerbottens	56	39	9
Norrbottens	61	29	23
Summa	1 356		353

[a] som är yrkesverksamma i länet

Tid saknas också för att man ska kunna arbeta utåtriktat. Samtidigt finns det risk för en indirekt resursminskning i de områden, där man inte tillsatt extra tjänster i samband med att allmän föräldrautbildning införs. Socialstyrelsen sände hösten 1981 ut en enkät till landstingen angående föräldrautbildningen. Av svaren framgick, att 12 av 45 svarande landsting/ sjukvårdsdistrikt inte fått utökade resurser i samband med genomförandet av föräldrautbildningsreformen. Föräldrautbildningen kan bli tidskrävande och i de fall den ska genomföras inom befintliga resursramar tvingas barnmorskorna att ta tid från sin övriga verksamhet. Den gynekologiska hälsokontrollen och preventivmedelsrådgivningen får då skötas på kortare tid än tidigare, eftersom hälsokontrollen av blivande mödrar har högsta prioritet och inte kan begränsas. Det bör också påpekas, att den f.n. låga nativiteten har möjliggjort att en större del av barnmorskornas tid har kunnat ägnas åt annat än ren mödrahälsovård. En ökning av nativiteten medför automatiskt minskade resurser för t.ex. p-rådgivning och utåtriktad verksamhet vid mödravårdscentralerna.

I ett område genomförs en omorganisation av den gynekologiska hälsokontrollen som innebär att barnmorskorna på mödravårdscentralerna får en ny tidskrävande uppgift utan att resurserna utökas. Det innebär att p-rådgivningen måste skäras ned. Direkt nedskärning har också skett på flera håll, då resurser för vikarier har minskat eller dragits in helt. Från flera sjukvårdsområden uppger man, att situationen är otillfredsställande och att fler barnmorsketjänster skulle behövas för att undvika långa väntetider och tidspressade mottagningar.

Det har således sedan 1975 skett en omfattande utbyggnad av p-rådgivningen i landet – resurserna har i många fall mer än fördubblats. Denna utbyggnad tycks nu ha avstannat, trots att man på de flesta håll saknar resurser att arbeta utåtriktat i tillräcklig omfattning. I en del fall är det t.o.m. fråga om en direkt eller indirekt nedskärning av p-rådgivningsresurserna.

14.5.3 Mottagningstäthet

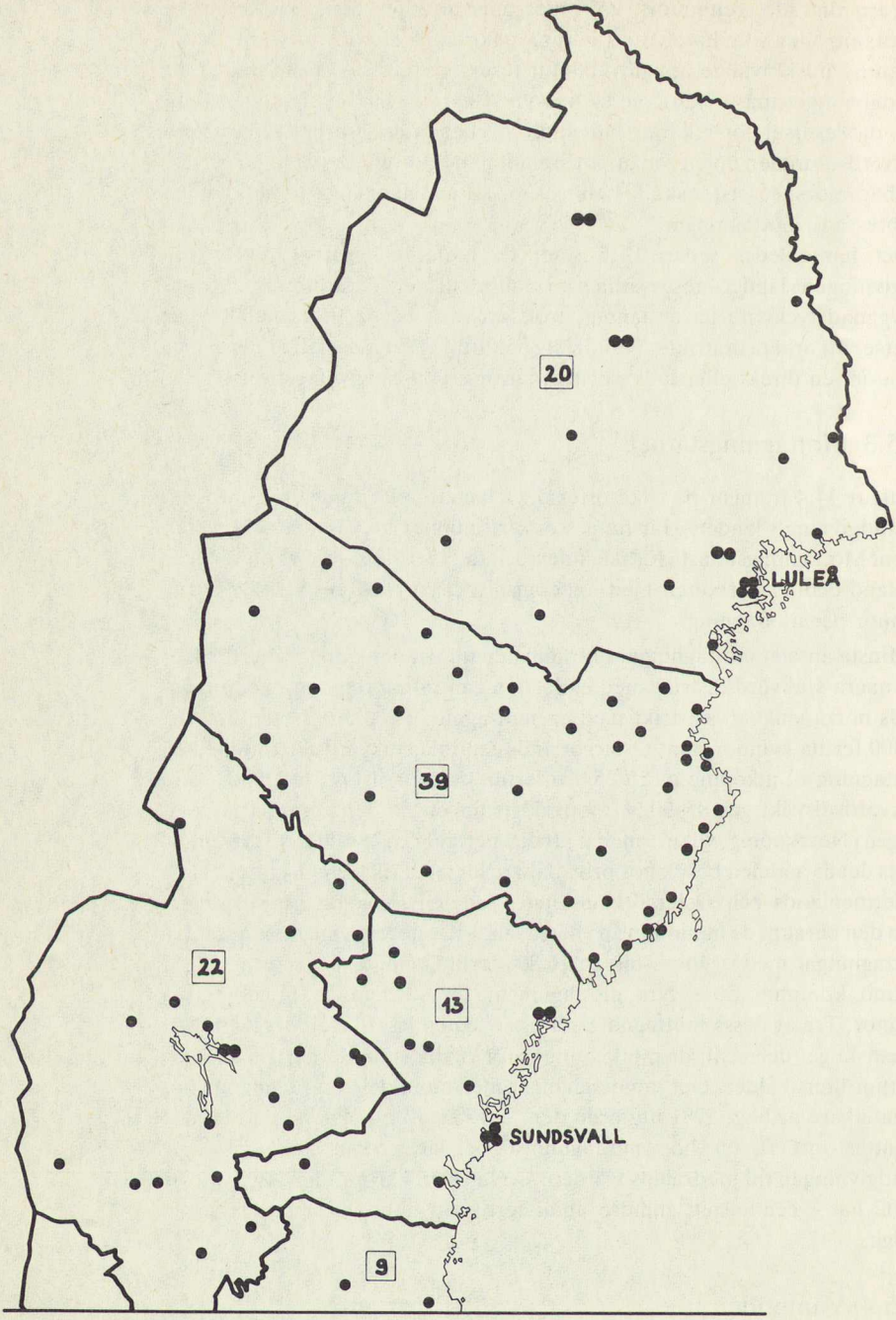
Av figur 14:4 framgår på vilka orter det i januari 1982 fanns preventivmedelsrådgivning i landet. Här finns stora variationer både inom och mellan länen. Mottagningstätast i förhållande till antalet fertila kvinnor i området är Gotland och Västerbotten med i genomsnitt cirka 1 000 resp. 1 200 fertila kvinnor per mottagning.

Minsta antalet mottagningar i förhållande till antalet kvinnor i fertil ålder har några sjukvårdsdistrikt med endast en central mottagning, Södermanlands norra sjukvårdsdistrikt med en mottagning i Eskilstuna på totalt ca 23 300 fertila kvinnor samt Östergötlands centrala sjukvårdsdistrikt med en mottagning i Linköping på ca 25 000 fertila kvinnor. I Östergötlands östra sjukvårdsdistrikt ges 85–90 % av p-rådgivningen på den centrala mottagningen i Norrköping, vilket innebär att den betjänar ca 28 000 fertila kvinnor. Trots det är andelen besök hos privatläkare lägre än riksgenomsnittet i både Södermanlands och Östergötlands län. Andelen rådgivningsbesök ligger nära den beräknade miniminivån i dessa län. I Kronobergs län dominerar två mottagningar med i genomsnitt ca 16 800 fertila kvinnor per mottagning. I Malmö kommun finns fyra mottagningar för vardera ca 11 600 fertila kvinnor. Tre av dessa mottagningar är avsedda endast för tonåringar, vilket statistiskt ger den centrala mottagningen för vuxna ett underlag på ca 39 000 kvinnor i fertil ålder. Det sammanhänger med att andelen p-rådgivning hos privatläkare är hög, 1981 utgjorde den 55 % av all p-rådgivning i Malmö.

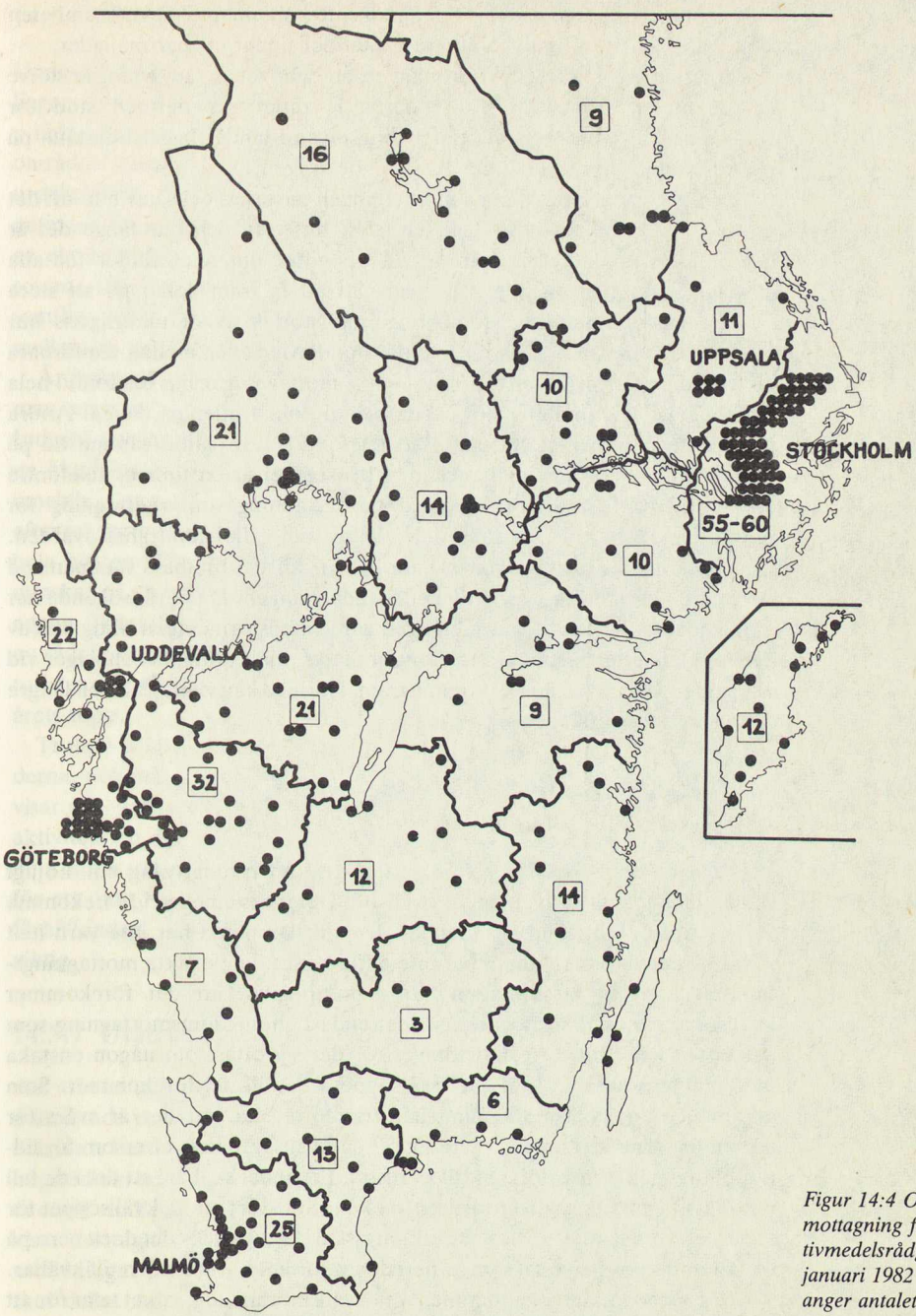
Lättast att få en hög mottagningstäthet är genom anknytning av p-rådgivningen till mödrahälsovården. De län som har p-rådgivning vid alla MVC har i genomsnitt mindre antal fertila kvinnor per mottagning än övriga.

14.5.4 Väntetider

I 24 av tillfrågade 41 områden har mottagningarna övervägande ingen väntetid eller upp till två veckors väntetid. Högst fyra veckors väntetid har uppgivits i elva områden. Vid vissa mottagningar eller vid vissa tider på året förekommer i elva områden väntetider som överstiger fyra veckor. I Södermanlands läns mellersta och norra, Jönköpings läns norra och Kalmar



läns mellersta sjukvårdsdistrikt samt Skaraborgs och Kronobergs län har man mestadels väntetider på fyra till åtta veckor. Väntetider på 2-3 månader förekommer, t.ex. tidvis vid kvinnoklinikerna i Gävle och Uppsala samt mödravårdscentralen i Örebro.



Figur 14:4 Orter med mottagning för preventivmedelsrådgivning, januari 1982 (siffrorna anger antalet mottagningar)

Den samlade bilden av p-rådgivningen visar att man på de flesta håll kan få komma till rådgivning på kort varsel. Vid vissa mottagningar och vissa tider på året kan det dock vara lång väntetid. Oftast är det vid de större mottagningarna man inte klarar att hålla korta väntetider. Vid många

mottagningar anhopas tidsbeställningarna efter sommaren då verksamheten varit minskad, vilket kan ge längre väntetider under ett par månader.

Väntetider på mer än två veckor anger, att behovet av rådgivning är större än tillgången. Bilden av väntetiderna i landet ger därmed stöd för antagandet, att den optimala rådgivningsnivån i landet ligger högre än på redovisade 350 besök/1 000 fertila kvinnor årligen.

Väntetiderna och pressen på mottagningen påverkas också av hur lätt det är att beställa tid till mottagningen, dvs. hur ofta och hur länge det är telefontid. Det har varit svårt att få uppgifter om telefontider för alla mottagningar, men de uppgifter som gått att få fram pekar på att stora variationer förekommer. Mottagningarnas storlek avgör naturligtvis hur mycket tid man kan avsätta för telefonsamtal. Men även mellan jämförbara mottagningar är variationerna stora. Vissa mottagningar har telefontid hela dagar eller flera timmmar om dagen och vid olika tider på dagen. Andra mottagningar har mycket begränsad telefontid, t.ex. alltid samma tid på dagen och/eller få timmar i veckan. Ett exempel är en timmes telefontid samma tid varje morgon för såväl tidsbeställning som rådfrågning för preventivmedel samt dessutom alla samtal som gäller mödrahälsovården. Det förekommer också att man bara har en till två timmars sammanlagd telefontid i veckan för preventivmedelsrådgivningen. Då få rådsökande har möjlighet att nå fram till mottagningen ger väntelistorna ingen riktig bild av den verkliga efterfrågan. Då telefontiderna är rejält tilltagna och ligger vid olika tider på dagen, kan fler komma fram. Därmed kan väntelistan bli längre och väntetiderna öka.

14.5.5 Kvällsmottagning

I Rätten till abort (*SOU 1971:58*) uttrycktes, att p-rådgivning om möjligt skulle tillhandahållas även under kvällstid. Det tycks emellertid förekomma vid mycket få mottagningar i landet. Uppgiftslämnarna har inte varit helt säkra på denna punkt – man har inte alltid känt till de exakta mottagningstiderna. I 20 av 40 områden har man uppgivit, att det förekommer kvällsmottagning. I sex av dessa är det endast en ungdomsmottagning som har öppet kvällstid. Överhuvudtaget rör det sig oftast om någon enstaka mottagning i området som har kvällsöppet i de fall det förekommer. Som argument mot kvällsmottagning har framförts bl.a. att det är svårt för barnmorskorna att ta på sig ytterligare en kvällsaktivitet, eftersom föräldrautbildningen ofta är förlagd till kvällstid. Ett annat skäl är, att det i de fall p-rådgivningen finns vid en vårdcentral kan vara svårt att ha kvällsöppet för endast en verksamhet av bl.a. bevakningsskäl. Oftast tycks det dock bero på att det inte finns personal som är beredd att förlägga arbetstiden till kvällar. Vid ungdomsmottagningar har man ofta kvällsmottagning, vilket talar för att en sådan möjlighet är av betydelse åtminstone för den yngsta gruppen rådsökande, som kan ha svårt att begära ledigt från skolundervisningen för att kunna besöka rådgivningen.

14.5.6 Preventivmedelsrådgivning sommartid

Undersökningen visar, att preventivmedelsrådgivningen i landet till stor del ligger nere sommartid. Endast två områden av 41 uppger att kapaciteten på p-rådgivningen är ungefär densamma året om. I så gott som samtliga områden minskas p-rådgivningen under sommarmånaderna, ofta i betydlig utsträckning. Orsaken är i första hand svårigheter med vikarietäckning, antingen för att det inte finns p-rådgivningsutbildade vikarier att tillgå eller av ekonomiska skäl. I 15 områden uppger man att mottagningar stängs sommartid i längre eller kortare perioder. I sju av dessa områden gäller det samtliga eller nästan samtliga mottagningar. Stängningstiderna varierar mellan tre veckor och tre månader.

Är behovet av p-rådgivning mindre på sommaren? I några områden har man uttryckt, att också efterfrågan på rådgivning minskar sommartid. Industriorterna töms t.ex. under industrisemestrarna. Man menar också, att en ökad insats före stängningen kan gottgöra den brist som stängningen innebär. Det motsägs dock av att det ofta blir en anhopning av rådsökande efter en period med minskad verksamhet. Vid vissa mottagningar kan det ta hela hösten att återfå acceptabla väntetider. När behovet av rådgivning minskar på en ort i semestertid, kan det samtidigt innebära en ökning på en annan. Till skillnad från många andra orter har t.ex. Västervik en anhopning av rådgivningsbesök just under sommaren. Vissa perioder vistas ca 90 000 turister i området och väntetiderna vid preventivmedelsrådgivningen når då årets topp.

Troligtvis är den sexuella aktiviteten speciellt hög under sommarmånaderna, och många nya kontakter knyts. Både abort- och gonorréstatistiken visar en ökning efter sommarmånaderna, vilket tyder på en ökad sexuell aktivitet och eventuellt speglar svårigheterna att få preventivmedelsrådgivning under sommaren. En ökning av gonorréfallen under en kort period talar för ett ökat antal nya kontakter, eftersom smittan inte sprids inom fasta förhållanden. Just i sådana lägen är preventivmedelsrådgivning speciellt viktig.

14.5.7 Utåtriktad verksamhet

Att arbeta utåtriktat är för barnmorskor ett relativt nytt arbetssätt. Den utåtriktade verkamhet som bedrivs från p-rådgivningsmottagningar innebär oftast att barnmorskor deltar i samlevnadsundervisningen på grundskolans högstadium och i gymnasieskolan eller besöker fritidsgårdar. Man kan också ta emot studiebesök från skolor och fritidsgårdar på mottagningen, då man visar mottagningen och även talar om sexualitet och samlevnad. Även i utbildningar på högskolenivå samt diskussioner i föreningar kan barnmorskor delta. Arbetsplatsbesök är ytterligare en väg att nå ut med utåtriktad upplysning, som prövats i Västerbottens län.

Bilden av den utåtriktade verksamheten vid landets p-rådgivningar är splittrad. Bara sex områden saknar helt sådan. Nästan alla områden har således viss utåtriktad verksamhet vid någon eller några mottagningar. Samtidigt är det få områden, där den är omfattande och heltäckande.

Den utåtriktade upplysningen bedrivs i stor utsträckning utanför tjänstetid. I 13 områden deltar barnmorskor regelbundet i skolans samlevnadsundervisning eller tar emot alla elever i vissa årskurser på studiebesök till mottagningen. För nio av dessa gäller insatserna inte hela området, utan vissa orter. Av barnmorskor som regelbundet deltar i skolans samlevnadsundervisning är det mindre än hälften som gör det helt inom tjänsten. Övriga gör det således helt eller delvis utanför tjänstetid. I de 35 områden som har utåtriktad upplysning bedrivs denna i hälften av fallen under tjänstetid. I nio områden tar barnmorskorna till både tjänstetid och fritid och i ytterligare nio görs insatserna helt och hållet utanför tjänstetid. I många fall är det snarast fråga om rent ideell verksamhet, då ersättningen inte motsvarar arbetsinsatsen. Av de elva områden som har en omfattande utåtriktad upplysning är det bara fem där den helt bedrivs på tjänstetid.

En enkätundersökning bland barnmorskor med förskrivningsrätt (*Rahm*, 1982) gav vid handen, att många barnmorskor arbetar utåtriktat till någon del – 52 % av de svarande uppgav detta. 23 % arbetade med den utåtriktade upplysningen helt eller delvis utanför tjänstetid, främst för att den ordinarie arbetstiden inte räcker till. Även de barnmorskor som inte arbetar utåtriktat angav tidsbrist som skäl.

I många områden pågår en försiktig uppbyggnad av den utåtriktade upplysningen. Det finns områden som inte har någon utåtriktad verksamhet alls och områden som har en omfattande verksamhet som bygger helt på barnmorskors och andra yrkesgruppers eget intresse och engagemang på fritiden. I andra områden är den utåtriktade upplysningen en självklar del i arbetsschemat. Några exempel:

Gotland. Omfattande utåtriktad upplysning. Alla barnmorskor inom mödrahälsovården och även förlossningsbarnmorskor arbetar utåtriktat. Barnmorskor deltar i samlevnadsundervisningen i alla högstadieklasser med två timmar per årskurs. Varja barnmorska går till skolorna i det egna distriktet. Man deltar även i studiedagar för lärare och i vuxenutbildning och vårdutbildning samt vid diskussioner på fritidsgårdar. Detta sker helt utanför tjänstetid. Kostnaderna ersätts delvis från skolornas anslag för externa föreläsare, delvis från anslag som hälsoupplysningskommittén på Gotland förfogar över.

Västerbottens län. Omfattande utåtriktad upplysning på skolor, fritidsgårdar och i viss mån arbetsplatser. Vid mottagningarna för preventivmedelsrådgivning arbetar både barnmorskor och kuratorer och utåtriktad upplysning ingår i arbetsuppgifterna. På försök har även kuratorer från abortrådgivningen tillsammans med p-rådgivningsbarnmorskor på arbetstid gått ut på arbetsplatser för att tala om samlevnad (se kapitel 15).

Jönköpings läns norra sjukvårdsdistrikt. Barnmorskor vid preventivmedelsrådgivningen i Jönköping bedrev tidigare på sin fritid en omfattande utåtriktad upplysning. Under sex års tid fick alla högstadieelever i årskurs 8 en timmes undervisning av barnmorska och gymnasieskolornas årskurs 2 fick 2–3 undervisningstimmar. Barnmorskorna deltog vidare i undervisningen vid landstingets skolor, folkhögskolor och i diskussioner på fritidsgårdar och i olika föreningar. Denna verksamhet upphörde helt då barnmorskorna inte längre hade möjlighet att avsätta sin fritid till den. Då undersökningen gjordes hade ingen utåtriktad upplysning bedrivits på nästan två år.

Förhoppningar fanns om att kunna ta upp den på nytt inom schemalagd arbetstid.

Södermanlands län, mellersta sjukvårdsdistriktet. Barnmorskorna vid p-rådgivningen i Katrineholm träffar alla elever innan de avslutar grundskolan. Varje morgon kommer en halvklass på studiebesök till mottagningen enligt ett särskilt schema. Detta sker således under tjänstetid. När en av barnmorskorna går ut till fritidsgårdar och föreningar blir det däremot på fritiden. Denna verksamhet bekostas till en liten del av ett anslag från RFSU:s lokalavdelning, men sker till största delen ideellt.

Kostnaderna för barnmorskornas utåtriktade verksamhet bärs således av landsting, kommuner och olika intresseorganisationer. "Vi skulle gärna gå ut mer i skolorna, men varken landstinget eller kommunen vill betala" är ett vanligt uttalande. Många har också uppgivit att man tidigare haft utåtriktad verksamhet som man inte längre hinner med.

14.5.8 Preventivmedelsrådgivning för tonåringar

Från de ordinarie p-rådgivningarna uppgavs ofta, att tonåringarna dominerade bland besökarna. I januari 1982 fanns det dessutom 37 ungdomsmottagningar med p-rådgivning i landet och ytterligare nio planerades. Ungdomsmottagning fanns i 17 län. 26 av de 37 ungdomsmottagningarna var separata mottagningar, elva bestod av för ungdomar särskilt anvisad tid inom ordinarie p-rådgivning. Åtta av mottagningarna hade mycket begränsad mottagningstid – högst några timmar eller en kväll i veckan. Ungdomsmottagningarnas personalsammansättning och därmed inriktning är olika – från mottagningar där tonåringar kan söka för alla slags frågor och problem till mottagningar med enbart p-rådgivning. Huvudmannaskapet varierar – landstingsregi och delat huvudmannaskap är ungefär lika vanligt. Mindre vanligt är det med ungdomsmottagningar som drivs helt i kommunal regi. På flera håll har delat huvudmannaskap inneburit stora svårigheter för personalen.

I många områden deltar även skolsköterskor i viss utsträckning i preventivmedelsrådgivningen. Minst 13 områden uppgav, att skolsköterskorna fått någon form av utbildning, i vissa fall sådan som ger rätt att bedriva ersättningsberättigad rådgivning, i andra fall studiedagar eller utbildning genom ständig konsultation. Deltagande i aktiv rådgivningsverksamhet bland de skolsköterskor som fått utbildning varierade efter personligt intresse. Från så gott som samtliga områden rapporterades kontakter mellan p-rådgivning och skolsköterskor. Skolsköterskorna ger ofta en första rådgivning och remitterar sedan till barnmorskan eller ringer och beställer tid på p-rådgivningen för elevernas räkning. Flera har dock påpekat, att samarbetet med skolan behöver utökas. Såsom beskrivits ovan finns det i många områden uppsökande verksamhet från p-rådgivningar bland tonåringar, i skolor och på fritidsgårdar. Verksamheten är dock långt ifrån allmän.

14.5.9 Preventivmedelsrådgivning för vuxna

Från flera områden har man förmedlat intrycket att kvinnor i åldrarna över 30 är underrepresenterade bland dem som besöker p-rådgivningarna. Tonåringarna dominerar på många håll bland de rådsökande. Uppsökande verksamhet bedrivs också med några få undantag uteslutande bland tonåringar. I flera län har man därför tagit vara på den möjlighet att nå dessa kvinnor som den återkommande gynekologiska hälsokontrollen innebär. Samtliga kvinnor erbjuds vid detta besök på mottagningen att återkomma för p-rådgivning. I vissa fall har barnmorskorna beräknat tid för ett rådgivningssamtal i direkt samband med hälsokontrollen. I andra fall får kvinnan en broschyr och tid för rådgivningsbesök för att återkomma senare.

Den uppsökande verksamhet som gjordes på försök på en manlig arbetsplats i Västerbotten resulterade i att några män sökte p-rådgivning för egen del, vilket var en unik händelse. Än så länge har bara mycket marginella insatser gjorts för att nå både vuxna män och kvinnor i uppsökande verksamhet från p-rådgivningen i landet.

Vi har i vår kartläggning av preventivmedelsrådgivningen inte särskilt berört målgruppen invandrare, då andelen invandrare i befolkningsunderlaget samt hur man möter deras olika behov sannolikt varierar starkt från mottagning till mottagning. Den i kapitel 10 redovisade intervjuundersökningen visade, att det är vanligare med abort bland kvinnor som invandrat från det östra medelhavsområdet och Östeuropa än svenska kvinnor.

Preventivmedelsrådgivningen måste nå fram även till invandrarkvinnor och -män. Det förutsätter kunskaper hos personalen om kulturella olikheter och särdrag hos aktuella invandrargrupper när det gäller frågor om sexualitet, samlevnad och prevention. Vissa preventivmetoder accepteras inte i alla kulturer, t.ex. av religiösa skäl eller p. g. a. synen på kvinnan. Rådgivningen måste förutsättningslöst utformas efter varje rådsökande. Då det gäller så djupa och känsliga områden som sexualitet och familjeplanering är det särskilt viktigt att ha gott om tid för samtal, respektera eventuella önskemål från kvinnor att bli undersökta av kvinnliga läkare samt att anlita professionell tolk vid språksvårigheter. Särskilt då det gäller invandrare från medelhavsländerna har det visat sig viktigt, att rådgivning om födelsekontroll ges även till mannen, då hans accepterande av metoden ofta är en förutsättning för att den ska kunna fungera. Abortförebyggande upplysning till invandrare beskrivs i kapitel 15.

14.6 Barnmorskor i preventivmedelsrådgivningen

Barnmorskornas arbetsområde inom mödrahälsovården har på de senaste tio åren vidgats från enbart hälsoövervakning av blivande mödrar till att omfatta även föräldrautbildning, gynekologisk hälsokontroll och preventivmedelsrådgivning. Även andra uppgifter som samtal vid graviditetstest, abortrådgivning och efterkontroll efter abort har börjat införas i verksamheten vid mödravårdscentralerna. Barnmorskorna har fått överta en del av läkarnas tidigare uppgifter. I och med att antikonception infördes i

läroplanen för barnmorskornas grundutbildning den 1 juli 1973 och särskilda kurser i rådgivning om födelsekontroll anordnades av bl.a. socialstyrelsen fr.o.m. 1972 kunde barnmorskorna i allt större omfattning bedriva preventivmedelsrådgivning, prova in pessar och applicera livmoderinlägg. Den 1 januari 1978 fick barnmorskor med denna utbildning preliminärt även rätt att förskriva p-piller. Denna rätt permanentades den 1 januari 1980. Inom mödrahälsovården har barnmorskorna också alltmer börjat ta över efterkontrollen efter förlossning, som tidigare sköttes helt av läkare. I och med att föräldrautbildning vid barnets födelse successivt införs i landet innebär det för många barnmorskor nya uppgifter och ett delvis nytt sätt att arbeta.

Det finns i Sverige ca 4 550 yrkesverksamma legitimerade barnmorskor (1982). Majoriteten av dessa, ca 3 100 (1980), arbetar inom den slutna vården och övriga inom den öppna vården.

14.6.1 Utbildning i rådgivning om födelsekontroll

De barnmorskor som avslutat sin grundutbildning 1974 och senare har i denna fått utbildning i rådgivning om födelsekontroll och kan därmed få egen förskrivningsrätt efter praktik på respektive arbetsplats. För tidigare utbildade barnmorskor har det anordnats särskild utbildning i rådgivning om födelsekontroll, som är en förutsättning för att de ska kunna få förskrivningsrätt. Totalt fanns det i december 1982 1 356 barnmorskor med förskrivningsrätt.

Socialstyrelsen har sedan 1972 anordnat 20 kurser i rådgivning om födelsekontroll med sammanlagt ca 375 deltagare. Avsikten har varit, att landstingen successivt ska ta över utbildningsverksamheten. Regionala kurser har också anordnats i en del områden. I Stockholms län har det hållits en kurs om året sedan 1976. I Göteborgs och Bohus, Malmöhus, Örebro och Älvsborgs län har det också hållits regelbundna kurser. Även i Gotlands, Västernorrlands, Västerbottens, Kalmar och Jönköpings län har det anordnats utbildning i rådgivning om födelsekontroll. Trots det kvarstår ett stort utbildningsbehov, vilket synts i det genomgående stora antalet kursanmälningar. Enligt svar på en enkät som Barnmorskeförbundet publicerade 1982 i förbundets tidskrift Jordemodern önskade minst 350 barnmorskor komplettera med utbildning i preventivmedelsrådgivning.

Socialstyrelsen angav 1981 i en skrivelse till Landstingsförbundet att uppskattningsvis 150–200 barnmorskor anställda inom mödrahälsovården saknar kompetens för preventivmedelsrådgivning samt att styrelsen i princip inte längre ska bedriva sådan utbildning. Vid en överläggning 1981 mellan socialstyrelsen och Landstingsförbundet framförde förbundet, att kurserna måste ses som en utbildning i anslutning till riksdagsbeslutet om abortlagen, och ansvaret för dessa därför åvila socialstyrelsen. Sedan socialstyrelsen undersökt utbildningsbehovet och Landstingsförbundet utrett landstingens förutsättningar och intresse för regional utbildning av barnmorskor tar socialstyrelsen på nytt ställning till centrala utbildningsinsatser inför budgetåret 1984/85.

Utbildningen i rådgivning om födelsekontroll omfattar en två veckor lång kurs med både teoretisk och praktisk undervisning som följs av en ca 30

timmars handledd praktik på den egna arbetsplatsen. Under praktiken handleds barnmorskan oftast av både annan barnmorska och läkare. Den läkare, under vars ledning barnmorskan arbetar delegerar förskrivningsrätt till henne. Denna registreras sedan av socialstyrelsen, varefter barnmorskan har rätt att börja utöva den. Hon kan sedan utöva den så länge hon arbetar inom en verksamhet, där p-rådgivning ingår. Även för barnmorskor som genomgått grundutbildningen gäller, att intyg om förskrivningsrätt utfärdas efter ca 30 timmars handledd praktik.

14.6.2 Fortbildning för barnmorskor

En arbetsgrupp för familjeplaneringsfrågor inom Svensk gynekologisk förening gjorde 1982 en enkätundersökning bland barnmorskor med förskrivningsrätt. Frågorna gällde bl.a. den fortbildning i antikonception som barnmorskorna fått efter genomgången utbildning (*Rahm* 1982).

Undersökningen omfattade de barnmorskor med förskrivningsrätt, närmare 900, som då fanns i Apoteksbolagets register. Enkäten besvarades av ca hälften av dessa, vilket bedömdes motsvara ungefär det antal barnmorskor som var aktiva inom preventivmedelrådgivningen. 62 % av de svarande barnmorskorna arbetade inom mödrahälsovården med p-rådgivning. Hälften av de svarande barnmorskorna hade fått sin utbildning i rådgivning om födelsekontroll före 1977.

29 % av barnmorskorna uppgav att de inte fått någon fortbildning i rådgivning om födelsekontroll efter sin utbildning. Under de två senaste åren (1980–81) hade 65 % av barnmorskorna inte fått någon fortbildning av sin arbetsgivare. 50 % hade bara fått sådan fortbildning som anordnas av olika läkemedelsföretag. 16 % hade någon gång deltagit i den fortbildning som socialstyrelsen anordnar.

39 % av de svarande barnmorskorna visste inte vem som ansvarar för deras fortbildning eller uppgav "ingen" som svar. Några barnmorskor svarade "jag själv" eller "i praktiken ingen" på frågan.

En mer organiserad fortbildning tycks enligt undersökningen vara beroende av om det finns utbildningsklinik i länet. I rapporten påpekas, att de decentraliserade mottagningarna ger fördelar i rådgivningssituationen, såsom kortare väntetid, närhet för den rådsökande och god personkännedom hos rådgivaren. Samtidigt har de decentraliserade mottagningarna nackdelar ur fortbildningssynpunkt. P-rådgivningen är då bara en av de arbetsuppgifter barnmorskan har som kräver fortbildning. Långa avstånd gör att barnmorskorna får svårare att delta i regelbundna sammankomster, vilka ofta är förlagda till centralsjukhusen. 77 % av barnmorskorna deltar inte regelbundet i personalkonferenser.

Även tidsbrist och pressade mottagningar har i enkätsvaren angivits som ett hinder för deltagande i fortbildning. 56 % av de barnmorskor som deltagit i läkemedelsindustrins fortbildning har gjort detta utanför tjänstetid. I en del fall har barnmorskor nekats tjänstledighet, vikarie eller reseersättning för deltagande i fortbildning. Totalt var 86 % av de svarande barnmorskorna missnöjda med sin fortbildning.

14.7 Utbildning i rådgivning om födelsekontroll för andra än barnmorskor och läkare

Kommuner och landsting kan enligt lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. även få ersättning för p-rådgivning som ges av annan än barnmorska och läkare. Skolsköterskor, distriktssköterskor, företagssköterskor, kuratorer och psykologer kan efter viss utbildning få bedriva sådan rådgivning. Socialstyrelsen har utarbetat förslag till uppläggning av kurser i rådgivning om födelsekontroll för dessa personalkategorier som vägledning för de landsting och kommuner som anordnar sådan utbildning.

I en skrivelse från socialstyrelsen, som 1977 gick ut till landstingens kanslier samt kommunkanslierna i Göteborg, Malmö och på Gotland, anges målgrupper, mål och innehåll för sådan utbildning. Efter genomgången kurs ska deltagarna:

Ha god kännedom om och kunna ge råd om moderna och traditionella preventivmetoder, ha kännedom om lagstiftning kring abort, sterilisering och preventivmedelsrådgivning, kunna sätta in frågan om preventivmedel i ett sammanhang av sexualitet och samlevnad mellan människor samt förstå vikten av de psykologiska faktorernas betydelse för en individs inställning till födelsekontroll och därmed också värdet av en omsorgsfull personlig rådgivning.

En kursdag bör ägnas åt preventivmedel med både faktainformation och diskussion kring värderingar. Kursen föreslås dessutom ta upp abort, sterilisering, sexualitet och samlevnad i dagens samhälle samt samtal kring rådgivningssituationen, ev. med rollspel.

I skrivelsen skissas också ett utbildningsförslag för två studiedagar för andra yrkesgrupper, som inte bedriver självständig rådgivning, men ändå ska kunna ge information om födelsekontroll samt i förekommande fall hänvisa till lämplig mottagning. Målgruppen för denna typ av utbildning utgörs enligt förslaget av lärare, fritidsledare, socialarbetare, distriktssköterskor, sjuksköterskor inom primärvården, psykologer m.fl. Genomgången kurs berättigar inte till ersättning från allmänna försäkringskassan.

Förutom de försökskurser som genomfördes av socialstyrelsen i samarbete med Uppsala och Stockholms läns landsting, har ett stort antal liknande kurser genomförts i landet. Kurser har bl.a. anordnats i Göteborgs och Bohus, Gotlands, Gävleborgs, Jämtlands, Norrbottens, Skaraborgs, Stockholms, Uppsala, Värmlands, Västerbottens och Västernorrlands län. Deltagarna har efter genomgången kurs i varierande omfattning börjat bedriva egen ersättningsberättigad preventivmedelsrådgivning inom respektive yrkesfält. Det är framför allt skolsköterskor som införlivat p-rådgivning med sitt ordinarie arbete.

15 Abortförebyggande upplysning

15.1 Direktiven

I kommitténs direktiv anges, att effekten av den abortförebyggande satsning som gjorts sedan 1974 års abortlag infördes bör belysas samt även h-nämndens roll i upplysningsarbetet om sexualitet, samlevnad och födelsekontroll. Med utgångspunkt i analysen bör kommittén söka lägga fram konkreta förslag om abortförebyggande åtgärder i syfte att minska abortfrekvensen i landet. Om möjligt bör kommittén föreslå särskilda åtgärdsprogram för en förbättrad information om samlevnadsfrågor och om abortförebyggande åtgärder.

15.2 Abortförebyggande åtgärder i samband med 1974 års abortlag

Utöver stimulansen för utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen gavs i samband med abortlagen stöd för ökad information i abortförebyggande syfte.

I socialutskottets betänkande över abortlagspropositionen (*SoU 1974:21*) sägs följande:

> Med utgångspunkt i att abort måste betraktas som en nödfallsutväg och att födelsekontrollen måste ske med hjälp av olika preventiva åtgärder skärps kraven på information i abortförebyggande syfte vid ett genomförande av den i propositionen föreslagna abortlagstiftningen. (s. 50)

Vid socialstyrelsens dåvarande nämnd för hälsoupplysning utarbetades redan 1973 ett långsiktigt handlingsprogram för samhällets abortförebyggande åtgärder. I enlighet med abortlagspropositionen tillförsäkrades socialstyrelsen 1,6 miljoner årligen under fem år för genomförande av detta. I propositionen förutsattes också att socialstyrelsens insatser skulle följas upp av en ökad regional verksamhet i syfte att förebygga aborter.

Samtidigt inrättade socialstyrelsen en halvtidstjänst för en föredragande läkare med ansvar för abort- och preventivmedelsrådgivning vid hälsovårdsbyrån. Frågor om abortförebyggande rådgivning och upplysning kunde därmed samordnas inom socialstyrelsen.

Som andra viktiga förmedlare av upplysning i abortförebyggande syfte nämns i propositionen RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) samt

skolans samlevnadsundervisning. Vidare påtalar man, att massmedia kvantitativt sett står för en stor del av den information som ges på samlevnadsområdet.

Såväl i socialstyrelsens handlingsprogram som i propositionen betonas att ungdomar är en viktig målgrupp för upplysningen. Man ansåg, att ungdoms- och kvinnoorganisationerna hade en speciell möjlighet att nå ut till ungdomsgruppen, varför det anslogs ett särskilt bidrag om 2 miljoner för preventivmedelsinformation att fördelas av nämnden för hälsoupplysning i samråd med SÖ och Statens ungdomsråd till kvinno- och ungdomsorganisationer under budgetåret 1974/75. Det första årets erfarenheter från denna verksamhet skulle sedan ligga till grund för ytterligare bidrag. Bidrag till ungdoms- och kvinnoorganisationer kom att utgå under sammanlagt fyra år.

15.3 Socialstyrelsens abortförebyggande upplysning

15.3.1 Bakgrund

Det långsiktiga handlingsprogram för preventivmedelsinformation som utarbetats vid socialstyrelsen 1973 innebar en utvidgning av arbetsfältet för nämnden för hälsoupplysning. Tidigare hade socialstyrelsens information med anknytning till samlevnadsområdet endast omfattat veneriska sjukdomar.

Då socialstyrelsens abortförebyggande verksamhet startade innebar det att samhället på allvar tog på sig ansvaret för samlevnadsupplysning vid sidan om skolans undervisning. Tidigare hade sådan endast bedrivits av RFSU.

Vid denna tidpunkt byggde skolornas sexualupplysning fortfarande på 1956 års handledning, som uttalade en relativt sträng sexualmoral och behandlade såväl sexualitet som preventivmedel kortfattat och medicinsktekniskt. Preventivmedelsrådgivning bedrevs i ringa omfattning i samhällets regi. Det saknades också grundläggande fakta- och diskussionsmaterial på samlevnadsområdet. Samtidigt ökade antalet aborter, i synnerhet bland tonåringar. Mot denna bakgrund skulle en ny upplysningsverksamhet byggas upp med de nya förutsättningarna fri abort, gratis preventivmedel och ersättning som möjliggjorde kraftig utbyggnad av p-rådgivningen i samhällets regi.

Olika sociologiska studier och inte minst utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbete (USSU), som blev klar 1974, gav ett betydelsefullt kunskapsunderlag för det abortförebyggande arbetet. Utredningen tog bl.a. upp de stora förändringar av sexuella normer och beteenden som skett under de senaste årtiondena och redovisade studier av ungdomars sexualvanor. Den beskrev sexualupplysningen i ett historiskt perspektiv samt redovisade kunskapsnivån bland skolelever och andra grupper.

Vid uppläggningen av socialstyrelsens upplysningsverksamhet stod det klart att frågan om födelsekontroll, preventivmedel och abort inte kan ses isolerat från sexualitet, könsroller och samlevnadsmönster. Man rör sig här i

en sfär av känslor, relationer, attityder och djupt personliga frågor. Det abortförebyggande upplysningsarbetet definierades därför som upplysning kring sexualitet och samlevnad.

Principen för socialstyrelsens insatser blev att åtgärder på flera områden skulle följas åt för att åstadkomma en verklig abortförebyggande effekt. Man satsade samtidigt på rådgivning, utbildning och upplysning.

Lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet innebar en stimulans till utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen och en förstärkning av rådgivningens kvalitet. Den gav möjlighet att sprida preventivmedelsrådgivningen från läkare till barnmorskor och även till andra yrkesgrupper såsom skolsköterskor, kuratorer m.fl. Detta krävde emellertid fortbildning för nya yrkesgrupper, om preventivmedel och om samlevnad, könsroller och sexualitet. Väsentligt var också, att de yrkesgrupper som berördes av den abortförebyggande upplysningen skulle börja samarbeta för att komplettera varandras kunskaper och erfarenheter och erbjuda en enhetlig upplysning i många olika sammanhang.

15.3.2 Handlingsprogrammet

Mål

Målet för den abortförebyggande upplysningen är i första hand att förebygga oönskade graviditeter för att därigenom minska antalet aborter. Man vill genom upplysningsarbetet öka människors möjligheter att planera sitt föräldraskap så att de barn som föds är önskade. Det planerade föräldraskapet skall i första hand uppnås genom preventiva åtgärder med aborten som en nödlösning.

Arbetssätt

Avsikten med den abortförebyggande upplysningen var inte enbart att förmedla kunskap, utan även att påverka människors attityder mot ett mer medvetet planerat föräldraskap, mindre stereotypa könsroller och en positiv syn på sexualiteten.

Attitydpåverkan förutsätter andra informationsmetoder än ren kunskapsförmedling. Som grund för upplysningsverksamheten låg antagandet, att kunskap kan förmedlas neutralt till en passiv mottagare, medan ett attitydpåverkande budskap förutsätter både en engagerad informatör och en aktiv mottagare som kan ifrågasätta, pröva och eventuellt ta emot budskapet och införliva det med sina egna värderingar. Information om känslomässigt laddade ämnen väcker lätt mottagarens försvar. Som metod för den abortförebyggande upplysningen, som ju berör djupa och personliga frågor, valde man därför att förmedla fakta och bearbeta attityder genom personlig kommunikation, i rådgivning, undervisning etc. Man ville därför nå de personer som var engagerade i rådgivnings- eller undervisningssituationer med fortbildning i frågor kring sexualitet och samlevnad, för att de skulle vara bättre rustade att i sina respektive yrken hantera dessa frågor.

"Allmänheten" skulle på så sätt nås genom personlig kontakt med olika yrkesgrupper. Dessutom skulle man nå ut med skrivet material som i första

hand skulle användas som ett komplement till den information som ges av rådgivare och upplysare.

I handlingsprogrammet formulerades tre huvuduppgifter för socialstyrelsens abortförebyggande upplysning:

1. produktion av kunskapsförmedlande och attitydbearbetande material
2. regionala projekt med samordnade insatser för preventivmedelsrådgivning, fortbildning av rådgivare och upplysare samt upplysning till allmänheten
3. särskild upplysning till vissa målgrupper, t.ex. tonåringar, invandrare, män, förskolebarn

15.3.3 Materialproduktion

En viktig grund för upplysning, rådgivning och fortbildning är, att det finns tillgång till bra böcker, broschyrer, bildband m.m. som redogör för grundläggande fakta eller kan vara utgångspunkt för diskussion kring födelsekontroll, samlevnad och sexualitet.

Det material som producerats vid socialstyrelsen har varit faktamaterial, diskussionsmaterial samt rapporter om särskilda projekt. En del riktar sig till personal inom hälso- och sjukvård, skola, social- och fritidssektorn m.m. med syftet att ge dem en bred kunskapsgrund för rådgivning och upplysning kring samlevnadsfrågor. Annat riktar sig till allmänheten och är avsett att fungera som komplement till den personliga kommunikationen mellan rådsökare och rådgivare/upplysare eller i rent undervisningssyfte, t.ex. inom skolundervisningen. Visst material riktar sig till särskilda målgrupper och tar fasta på deras speciella behov. En viktig princip är, att allt informationsmaterial skall vara kommersiellt obundet och kostnadsfritt för den enskilde.

Det faktamaterial som producerats har rört ämnesområdena födelsekontroll (preventivmedel, abort, sterilisering), graviditet och föräldraskap samt sexuellt överförbara sjukdomar. Det som vänder sig till personal tar upp medicinska, sociala och psykologiska fakta och synpunkter till hjälp i rådgivnings- och upplysningsarbetet. Motsvarande material för allmänheten tar upp det som är relevant för målgruppen. Ett exempel är häftet Våga fråga, som riktar sig till tonåringar. Det innehåller fakta om preventivmedel samt diskussion om sexualitet och könsroller, om attityder, föreställningar och normer i tonårsgruppen.

Diskussionsmaterial kompletterat med studiehandledningar har producerats för olika grupper, t.ex. tonåringar, vuxna, män, personal vid barnstugor. De används framför allt i studiecirkelverksamhet och även i skolundervisning och fortbildning.

I en samling rapporter beskrivs olika erfarenheter av upplysningsarbetet och i en särskild handbok, Att arbeta med sex och samlevnad, beskrivs detaljerat hur man kan bedriva abortförebyggande upplysning. Den riktar sig till beslutsfattare, tjänstemän, landstingspersonal och enskilda.

Fullständig förteckning över det material kring samlevnadsfrågor som Producerats av socialstyrelsen ges i bilaga till kapitel 15. Planerat material och sådant som producerats från 1981 och framåt beskrivs även i kapitel 15.3.8.

15.3.4 Gotlandsprojektet

Bakgrund

Tanken med ett försöksprojekt med abortförebyggande upplysning inom ett begränsat område väcktes i en riksdagmotion 1973. Samma år startades av socialstyrelsen det s.k. Gotlandsprojektet , i vilket man ville pröva arbetssätt och innehåll i den abortförebyggande upplysningen och utarbeta en modell för upplysningsverksamheten, som skulle kunna användas i andra landsting och kommuner. Skälet till att man valde Gotland till försöksområde var bl.a. att man i kommunen planerade en utbyggnad och decentralisering av preventivmedelsrådgivningen och var positiv till att komplettera den med en bred upplysning till allmänheten. Man hade också uppmärksammat och ville minska den oroväckande höga andelen aborter bland tonåringar på Gotland. Parallellt med Gotlandsprojektet bedrevs liknande försöksverksamhet med stöd från socialstyrelsen i Haninge kommun i Stockholms län och i Västerbottens län.

Mål

Målet för det abortförebyggande projektet på Gotland var ytterst att nedbringa antalet aborter genom att *förhindra oönskade graviditeter* och *motivera för aktiv familjeplanering* samt *skapa diskussion och ökad medvetenhet kring samlevnadsfrågor.*

Arbetssätt

Målet skulle uppnås genom

- utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen
- utbildning av barnmorskor i rådgivning om födelsekontroll
- utbildning i samlevnadsfrågor för personer engagerade i rådgivning och undervisning
- upplysning till allmänheten genom dessa utbildade rådgivare och upplysare, genom massmedia, teater och skriftlig information.

Samarbetsformer

Projektet drevs av socialstyrelsen i samarbete med Gotlands kommun under åren 1973–76. Socialstyrelsens insatser bestod av kostnadsansvar för utbildning av upplysare och rådgivare samt personella resurser för planering och samordning av projektet, kursledning samt kostnaderna för materialproduktion och en speciell konsulenttjänst i samlevnadsfrågor vid länsskolnämnden på Gotland. Gotlands kommun stod för utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen och personella resurser för planering och genomförande av projektet.

Som utgångspunkt för projektarbetet bildades en referensgrupp med personer från skolan, sjukvården, socialvården, familjerådgivningen, psykiska barn- och ungdomsvården, kyrkan och massmedia på Gotland samt från socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. Referensgruppens möten var det forum, där insatserna planerades, växte fram och diskuterades. I

starten gjordes en probleminventering genom en serie intervjuer med personer som kunde bidra med en bild av samlevnadssituationen på Gotland. De intervjuade var en abortkurator, en barnmorska, en gynekolog, en skolsköterska och en biologilärare.

Utgångsläge

Gotland är ett län med glesbygdskaraktär som vid projektstarten hade ca 55 000 invånare, varav ca 20 000 var bosatta i Visby. Ca 11 000 av invånarna var kvinnor i fertil ålder. Åldersfördelningen visade på relativt sett fler personer i de yngre och äldre åldrarna samt en mindre andel av personer mellan 20 och 40 år på grund av avflyttning av arbetsmarknadsskäl. Sommartid invaderas Gotland av turister – ca 350 000 årligen.

Födelsetalet var på Gotland ungefär som genomsnittet för landet. Antalet aborter i förhållande till antalet kvinnor i fruktsam ålder var lägre än genomsnittet för landet, men högre än för andra glesbygdslän. Tonårsaborternas antal i förhållande till antalet tonårsflickor var betydligt högre än för andra glesbygdslän och landet i övrigt. Det var i nivå med storstadsområdena, där abortfrekvensen är som högst.

Preventivmedelsrådgivningen fanns endast vid en central mottagning på Visby lasarett. Väntetiden var 3–4 månader. Det förekom, att kvinnor som fanns på väntelista till preventivmedelsrådgivningen under väntetiden kom till lasarettet för abort. Från norra eller södra delen av ön kunde ett besök för preventivmedelsrådgivning ta en hel dag i anspråk med fram- och återresa och besök på mottagningen. Kostnaden var heller inte obetydlig, resa, läkarbesök och preventivmedel (som då inte var kostnadsfria) kunde sammanlagt kosta mer än hundra kronor.

I bakgrundsintervjuerna framskymtade en bild av det gotländska samhället med stora generationsklyftor. Vuxengenerationen betraktade fortfarande ofta sexualiteten som något skamligt och hade svårt att tala med sina barn och tonåringar om samliv och preventivmedel. Den yngre generationen hade vuxit upp med helt andra bilder av sexualiteten, med moderna preventivmedel och med massmedia som kanske enda källa till kunskaper och förebilder på sexualitetens och samlevnadens område. Flickor och pojkar formades till helt olika roller och fick helt motstridiga förväntningar på samvaron genom de olika beskrivningarna och synsätten i sina respektive tidningar. Tonåringarna framstod härigenom som den viktigaste målgruppen för upplysningsinsatserna.

Insatser

Gotlandsprojektet har beskrivits i tre faser, som delvis sammanfaller med de tre projektåren, men också till en del överlappar varandra. (*Försöksverksamheten med sex och samlevnad på Gotland 1973–1976, Socialstyrelsen, 1977*).

Den första fasen utgjordes av det planerings- och informationsarbete som krävdes för att ge projektet en bra start. Då gjordes en probleminventering och man tog kontakt med politiker och beslutsfattare i olika kommunala förvaltningar för att ge ordentlig information om vad upplysningsinsatserna skulle innebära för att få stöd och undanröja risken för eventuella senare

missförstånd och oklarheter. Man var vid denna tidpunkt dock inte klar över den stora betydelse förankringen i den kommunala förvaltningens olika organ har för att upplysningsverksamhet av det här slaget skall fortleva.

Alla barnmorskor fick utbildning i rådgivning om födelsekontroll varefter preventivmedelsrådgivningen kunde decentraliseras till de åtta mödravårdscentralerna. Man anordnade också en studiedag för lärare, skolsköterskor, barnmorskor och gynekologer kring projektet och kring samlevnadsfrågor samt ett informationsmöte med föräldrar. En teatergrupp gav en föreställning på temat samlevnad och sexualitet vid alla högstadieskolor och på föräldramöten med efterföljande diskussion.

I den andra fasen genomfördes en omfattande fortbildningsverksamhet. Sammanlagt hölls fem femdagarskurser med totalt ca 170 deltagare. Fortbildningen vände sig till alla, som i sin yrkesutövning hade tillfälle att informera i samlevnadsfrågor eller på annat sätt kom i kontakt med människor, särskilt tonåringar, där kunskap om och förmåga att hantera frågor kring sexualitet och samlevnad var av betydelse. Samarbetet mellan personer i olika yrkesgrupper var centralt i utbildingen och i det abortförebyggande arbetet. De som deltog i utbildningen var kuratorer, distriktsläkare, barnmorskor, gynekologer, lärare, skolsköterskor, kuratorer, psykologer, socialarbetare, familjerådgivare, barnstugeföreståndare, fritidsledare och försvarets personalkonsulenter. Dessutom deltog präster och journalister, representanter för olika fackförbund, Hem och Skola och bildningsförbunden. Journalisterna följde projektet och beskrev det fortlöpande både i lokalpressen och lokalradion. Varje kurs hade deltagare från olika yrkesområden.

Innehållet i och uppläggningen av fortbildningen byggde delvis på några då aktuella sociologiska och psykologiska undersökningar.

Sociologen Rita Liljeströms beskrivning av abortens sociala historia, "det kontraceptiva samhället" och våra könsroller kom att bli betydelsefull inte bara för innehållet i fortbildningen utan för den abortförebyggande upplysningen överhuvud taget (se t.ex. *Socialmedicinsk tidskrift* 2, 1975).

En sociologisk undersökning bland ungdomar under senare hälften av 60-talet (*Eliasson* 1973) hade visat att det trots den nya frispråkigheten i sexuella frågor, förkastandet av den puritanska sexualmoralen och den ökade möjligheten till sexuell utlevelse som de högeffektiva preventivmedlen gav, fortfarande fanns mycket av dubbelmoral kvar, och markanta skillnader mellan män och kvinnor.

I en då aktuell rapport, Idématerial kring ungdom och sexualitet, (*Mannheimer* 1975) beskrevs i hur hög utsträckning sexuella budskap användes i kommersiella sammanhang och hur det i sin tur påverkade några intervjuade tonårsflickors syn på sig själva, sin sexualitet och deras sexuella beteende.

Diskussion och fakta om bakgrunden till dagens samlevnadsformer, mans- och kvinnorollen samt den kommersialiserade sexualiteten kom därför att bli centrala i fortbildningen.

Syftet med fortbildningen var följande:

- öka deltagarnas kunskaper om preventivmedel, sexualitet och samlevnad, familjens sociala historia, könsroller, massmedias påverkan av våra attityder och beteenden

- ge deltagarna möjlighet att diskutera dessa frågor i grupp för att öka deras medvetenhet om egna attityder och få perspektiv på dessa genom att ta del av andras synsätt
- ge deltagarna möjlighet till kontakter över yrkesgränserna för att komplettera varandras kunskaper och erfarenheter från respektive yrkesfält

Kurserna avslutades med diskussion och planer för hur kursdeltagarna skulle föra erfarenheter och kunskaper från fortbildningen vidare i sitt dagliga arbete samt eventuellt som studiecirkelledare.

Förutom femdagarskurserna hölls under den andra fasen studiedagar för olika yrkesgrupper, studiedagar för blivande studiecirkelledare samt föreläsningar inom de militära förbanden. Barnmorskorna började gå ut med samlevnadsupplysning i skolorna och två journalister som delade en konsulenttjänst på länsskolnämnden diskuterade samlevnads- och könsrollsfrågor med lärare och elever inom skolans samlevnadsundervisning. Dessa journalister skrev också ett studiematerial kallat Leva tillsammans som skulle användas i studiecirkelverksamheten. Ett stort antal kvinno- och ungdomsorganisationer fick bidrag från socialstyrelsen och genomförde kurser, temadagar etc. kring samlevnadsfrågor.

Under den tredje fasen riktade sig informationen mer direkt till allmänheten. Detta skedde dels genom att de personer som deltagit i fortbildningen nu använde sig av sina erfarenheter och kunskaper från denna i sina arbeten. Dessutom startade en studiecirkelverksamhet kring samlevnadsfrågor, till att börja med inom projektet med fem s.k. pilotcirklar. Man samlade där erfarenheter för den fortsatta uppläggningen av cirklarna, som sedan fortsatte inom bildningsförbundens ram. Deltagarna i cirklarna var värnpliktiga, lärare, föräldrar, tonåringar m.fl. Som exempel kan nämnas att det hösten 1975 hölls 30 sådana cirklar i bildningsförbundens regi. Vidare anordnades det föreläsningskvällar på temat samlevnad som var öppna för allmänheten. Projektet avslutades med en studiedag där man redovisade erfarenheterna och informerade politiker m.fl. om den genomförda verksamheten. Vidare distribuerades en tidning som beskrev projektet och tog upp det väsenliga innehållet i den abortförebyggande upplysningen till alla hushåll på Gotland.

Efter projekttiden

Socialstyrelsens insatser på Gotland avslutades i och med våren 1976. Tanken var, att den abortförebyggande upplysningen på Gotland skulle fortsätta även efter projekttidens slut som en naturlig del i kommunens verksamhet. Verkligheten blev, att erfarenheterna kom att föras vidare och upplysningsverksamheten fullföljas av en ideell förening. Det var den s.k. Gotlandskommittén för god samlevnad, en sammanslutning av ett 40-tal föreningar på Gotland som bildades 1974 och gemensamt sökte anslag för samlevnadsupplysning från det statliga bidraget till kvinno- och ungdomsorganisationer. Gotlandskommittén fick sådant bidrag under fyra år från socialstyrelsen med 170 000, 120 000, 100 000 resp. 50 000 kr. under åren 1974-78 och medlemsföreningarna anordnade många temadagar, temakväl-

lar, veckoslutskurser, teaterföreställningar m.m. De personer som hade varit mest engagerade i projektarbetet på Gotland fortsatte nu att ideellt inom ramen för Gotlandskommittén bedriva det abortförebyggande arbetet, till en början helt utan ekonomiska bidrag. Först 1979 fick kommittén ett ekonomiskt bidrag från Gotlands kommun, och har sedan dess fått ett bidrag av ca 35 000 kr. årligen till sin verksamhet. Föreningen har anordnat en mängd temadagar, kurser och teaterföreställningar kring samlevnadsfrågor på Gotland. 1977 hölls t.ex. 42 temadagar och -kvällar kring samlevnad, öppna för allmänheten, med sammanlagt ca 1 800 deltagare, 19 kurser med ca 450 deltagare samt 19 teaterföreställningar bl.a.i skolor med efterföljande diskussioner kring samlevnadsfrågor. Sedan 1979 samarbetar alla barnmorskor regelbundet med lärarna i skolans samlevnadsundervisning. Man har vidare utbildat alla skolsköterskor, -kuratorer och -psykologer i preventivmedelsrådgivning.

Under senare tid har man också aktivt börjat ta upp sambandet mellan samlevnad och droger. Den abortförebyggande upplysningen har också levt vidare genom speciella insatser för tonåringar som initierats av personer som deltagit i fortbildningen och aktivt fört vidare erfarenheterna från den. Dels gäller det skolans samlevnadsundervisning, som intensifierats. På Gotland får t.ex. även alla elever på de praktiska gymnasielinjerna omfattande och regelbunden samlevnadsundervisning. Dels är det ett arbetssätt som utvecklats på en fritidsgård, där man har regelbundna kurser och diskussioner kring samlevnad, sexualitet och könsroller samt eftersträvar att ge tonåringarna nya förebilder och bryta det s.k. majoritetsmissförståndet när det gäller sexual- och alkoholvanor. Arbetet har givit tydliga resultat i form av nya gruppnormer bland tonåringarna – en mjukare stämning på fritidsgården, mindre hård sexuell jargong och minskat drogbruk. (Se även kapitel 15.5.2).

Erfarenheter

Den abortförebygande upplysningen på Gotland fick stor spridning och möttes av stort intresse och engagemang bland många människor. Samlevnadsfrågorna känns centrala och angelägna för de flesta. Det stora intresset från dem som erhållit fortbildning visade, att upplysningsinsatserna och fortbildningen fyllt ett stort behov hos berörd personal som saknat och efterfrågat hjälp med att hantera samlevnadsfrågorna i sina respektive yrkessituationer.

En summering av vad projektet innebar:

Många personer fick fortbildning som hjälpte dem att i sitt arbete på ett mer aktivt, medvetet och avspänt sätt hantera frågor kring sexualitet och samlevnad. Alla barnmorskor fick utbildning i antikonception och därigenom blev preventivmedelsrådgivningen utökad, decentraliserad, mer lättillgänglig och av högre kvalitet. Skolsköterskorna fick genom utbildning rätt och möjlighet att bedriva ersättningsberättigad preventivmedelsrådgivning. I skolorna fick samlevnadsundervisningen större utrymme och lärarna började samarbeta sinsemellan och med barnmorskorna kring denna. Många människor deltog i diskussioner kring sexualitet, samlevnad och könsroller i studiecirklar, på temadagar, kurser, efter teaterföreställningar eller som

resultat av radioprogram eller artiklar i lokalpressen.

Resultatet av Gotlandsprojektet måste också sökas i abortutvecklingen. Målet för verksamheten var ju ytterst att förebygga aborter.

Gotland är med sina 55 000 invånare ett litet län. Det årliga antalet aborter på Gotland har under 1970-talet varierat mellan ca 95 och 200. Det absoluta antalet aborter är således litet. Om man ser på hur många aborter som görs i olika åldersgrupper, blir talen ännu mindre. De procentuella variationerna från år till år blir då betydande, även om det är förskjutningar med ett litet antal aborter. En sådan nedgång kan bero på tillfälligheter och statistiskt signifikanta skillnader kan därför inte påvisas. Effekten av den abortförebyggande upplysningen måste avläsas i den långsiktiga utvecklingen.

Man kan t.ex. se, att antalet aborter i förhållande till kvinnor i fertil ålder har minskat betydligt sedan projektet startade och att detta är som mest markant i tonårsgruppen. Från att ha legat strax under riksgenomsnittet 1972 hör Gotland nu till de län som har minst aborter i förhållande till antalet fertila kvinnor. Det förefaller rimligt att tolka denna utvecklingslinje som en konsekvens av de abortförebyggande upplysningsinsatserna.

Det relativa aborttalet bland tonåringar låg före projektets start på storstadsnivå. 1982 gjordes det 31 aborter bland tonåringar på Gotland, vilket omräknat till aborter per 1 000 tonårsflickor ger talet 14,8. Skulle Gotland även 1982 legat i nivå med storstäderna, vilket innebär ca 28 aborter bland 1 000 tonårsflickor, skulle det ha gjorts runt 57 tonårsaborter i stället för det faktiska 31 (se tabell 15:1 och 15:2).

Sammantaget kan man alltså se, att det görs betydligt färre aborter bland tonåringar idag än före den intensiva satsningen på abortförebyggande upplysning. Denna utveckling är gemensam med landet i övrigt under senare år, men minskningen är särskilt markant på Gotland. Även i landet i övrigt har ju den abortförebyggande upplysningen till tonåringar intensifierats genom skolans samlevnadsundervisning, öppnandet av ungdomsmottagningar m.m.

Ett annat kvantitativt mått på resultatet av upplysningsverksamheten

Tabell 15:1 Fruktsamhets- och aborttal för tonåringar. (Antal födslar och aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år) Hela riket 1973–1982

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Fruktsamhetstal	31,1	32,0	28,8	25,0	22,1	19,2	17,3	15,7	14,5	13,2
Aborttal	23,2	28,5	28,6	24,9	25,0	22,8	21,8	21,3	21,0	19,6
Summa	54,3	60,5	57,4	49,9	47,1	42,0	39,1	37,0	35,5	32,8

Tabell 15:2 Fruktsamhets- och aborttal för tonåringar. Gotland 1973–1982

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Fruktsamhetstal	20,1	20,5	17,6	17,1	18,6	22,2	22,1	20,6	19,6	16,2
Aborttal	15,9	35,5	32,0	24,0	22,6	14,0	14,1	17,6	17,1	14,8
Summa	36,0	55,0	49,6	41,1	41,2	36,2	36,2	38,2	36,7	31,0

utgör statistiken över antalet besök för preventivmedelsrådgivning. (Se tabell 15:3 samt även kapitel 14.4.1).

Besöken för preventivmedelsrådgivning ökade markant i samband med utbyggnaden och decentraliseringen av densamma 1974 på Gotland, liksom den gjorde i övriga landet i samband med den nya abortlagen 1975. Inte något län har emellertid nått upp till samma rådgivningsnivå som Gotland, där andelen rådgivningsbesök i förhållande till antalet fertila kvinnor hela tiden varit högst i landet, t.o.m. betydligt över det beräknade rådgivningsbehovet (se kapitel 14.4.1). Man har antagit, att den mycket höga andelen rådgivningsbesök 1976 beror på, att man då uppfyllde ett uppdämt rådgivningsbehov.

Sammanfattande synpunkter

Upplysningsarbetet har varit innehållsrikt, engagerande och omfattande, men trappats av med åren. Efter projekttiden har en begränsad grupp engagerade personer drivit verksamheten på ideell grund. Då projektet avslutades för socialstyrelsens del minskade också insatserna från Gotlands kommun. Resurserna för upplysningsverksamheten minskade därmed drastiskt – både ekonomiskt och personellt. Man hade således inte lyckats med att inlemma den abortförebyggande upplysningen i kommunens ordinarie verksamhet. Man hade heller inte kunnat hålla liv i det engagemang för samlevnadsupplysningen som väckts hos många i fortbildningen. Det var en liten grupp personer, i stort sett desamma som från början engagerats i arbetet genom att de kom att tillhöra referensgruppen, som fortsatt driva verksamheten. Utan dessa personers engagemang riskerar hela den abortförebyggande upplysningen på Gotland att avstanna.

Erfarenheten visar, att den abortförebyggande upplysningen står och faller med dess förankring i den reguljära verksamheten i landsting och kommuner. Därför är det av stor betydelse att någon tjänsteman är ansvarig för planering och samordning av den fortlöpande upplysningen. Annars blir insatserna tillfälliga och har kortvarig effekt. Återkommande fortbildning i

Tabell 15:3 Antalet rapporterade besök för preventivmedelsrådgivning på Gotland 1973–1981

År	Antal besök för preventivmedelsrådgivning				
	Offentlig regi		Privat regi	Summa	Per 1 000 fertila kvinnor
	läkare	annan			
1974	–	2 248	–	2 248	219
1975	–	4 703	125	4 828	463
1976	2 764	4 148	58	6 970	663
1977	3 023	3 239	26	6 288	595
1978	2 529	2 747	420	5 696	530
1979	1 932	2 728	543	5 203	474
1980	1 973	3 439	604	6 016	542
1981	1 806	3 504	545	5 855	524

Källor: 1974, 1976 Öl Ingrid Emgård, 1975, 1977–1981 Riksförsäkringsverket

samlevnadsfrågor än nödvändig för de yrkesgrupper som berörs. Det tillkommer ständigt nya befattningshavare som inte fått de grundläggande kunskaperna och möjligheter att bearbeta egna och ta ställning till andras värderingar i samlevnadsfrågor och de som en gång fått fortbildning behöver aktualisera och utveckla kunskaperna på nytt efter en tid.

För att hålla engagemanget för verksamheten vid liv och fördjupa kunskaperna hos kursdeltagarna behövs en återkommande uppföljning av fortbildningen. För att underlätta för rådgivare och upplysare att utnyttja erfarenheterna från fortbildningen och ta egna initiativ till abortförebyggande insatser är det fördelaktigt att bilda arbetsgrupper med företrädare för olika yrkesgrupper inom mindre områden, med ansvar för samlevnadsupplysningen där.

Erfarenheterna från den abortförebyggande upplysningen på Gotland visade således, att

- det går att nå resultat i form av ett ökat antal besök för preventivmedelsrådgivning och troligen ett minskat antal aborter
- det är viktigt med en central planerings- och samordningsfunktion samt medel för kontinuerlig fortbildning m.m.
- det är viktigt med regelbunden uppföljning för att verksamheten skall hållas vid liv

Gotlandsprojektet har intresserat och stimulerat många andra landsting till liknande satsningar. Även internationellt har projektet rönt stort intresse.

15.3.5 Regionala kontakter

En av h-nämndens viktigaste uppgifter har varit att initiera och stimulera regional abortförebyggande upplysningsverksamhet. I det arbetet har man tagit till vara och spridit de erfarenheter som Gotlandsprojektet och andra försöksverksamheter med abortförebyggande upplysning givit. Målsättningen har varit, att det i alla län ska finnas en permanent abortförebyggande upplysning.

De regionala kontakterna har bestått av s.k. metodkurser för deltagare från de län där uppbyggnad av abortförebyggande upplysningsverksamhet planerades, samt täta kontakter med enskilda, centrala tjänstemän, politiker m.fl. som varit intresserade av att verka för en större satsning på samlevnadsupplysning eller enstaka upplysningsinsatser inom det egna området.

Sammanlagt har det hållits metodkurser med deltagare från 13 landsting. Kravet för deltagande har varit, att varje län ska representeras av företrädare för olika yrkesgrupper, som redan var eller sedan skulle kunna bli en regional arbetsgrupp. Deltagarna har representerat både landsting och kommuner. Det har varit tjänstemän vid landstingens kanslier, representanter från länsskolnämnder och kommunförbundets länsavdelningar, gynekologer, barnmorskor, skolsköterskor, socialarbetare och fritidsledare. Syftet med kurserna har varit dels att delge de samlade erfarenheterna av abortförebyggande upplysning, dels ge deltagarna möjlighet att själva diskutera fram en plan för upplysningsverksamhet inom det egna området.

I flera deltagande län har kursen varit en upptakt till uppbyggnaden av en

långsiktig abortförebyggande verksamhet. Så har exempelvis skett i Jämtlands, Västernorrlands, Värmlands, Kristanstads och Malmöhus län. Det pågår ett kontinuerligt uppföljningsarbete med ständigt utbyte av erfarenheter mellan socialstyrelsen och bl.a. dessa landsting.

I andra deltagande län har det varit svårare att få igång upplysningsverksamheten. Skälen till detta har varit skiftande. Även där gör socialstyrelsen en ständig uppföljning med kontakter, diskussioner m.m. för att ge intresserade personer stöd i att verka för en organiserad upplysning. För andra landsting där aktivt intresse för att starta organiserad abortförebyggande upplysning saknas, har h-nämnden kunnat erbjuda stöd och råd till enskilda upplysare eller för enstaka upplysningsinsatser. Detta stöd har haft formen av förslag och hjälp med temadagar, kursuppläggning, föreläsningar, kursledarskap, diskussioner med politiker och tjänstemän samt ibland även ekonomiska bidrag. Ett aktivt stöd till engagerade personer och grupper har också varit en förutsättning för att ett mer långsiktigt upplysningsarbete så småningom ska komma till stånd. Fortfarande saknas i många län ett samlat program för abortförebyggande upplysning. En redovisning av verksamheten i landet ges i kapitel 15.4.

15.3.6 Målgruppsorienterad upplysning

De insatser som gjordes inom Gotlandsprojektet och andra liknande verksamheter gav erfarenheter av en brett upplagd samlevnadsupplysning med den främsta målgruppen tonåringar. Dessa erfarenheter är inte alltid direkt överförbara till andra målgrupper. Vissa andra grupper kan också behöva särskilda riktade insatser. Det är t.ex. inte möjligt att direktöversätta den svenska informationen till de olika invandrargrupperna, utan insatserna måste anpassas efter varje grupps speciella behov och förutsättningar.

Traditionellt har det varit lättast att engagera och rikta sig till kvinnor i den abortförebyggande upplysningen. Många av de yrkesgrupper som berörs domineras t.ex. av kvinnor. Det ekonomiska bidrag som i samband med abortlagen betalades ut för särskilda upplysningsinsatser gick också till kvinno- och ungdomsorganisationer. Det har därför krävts särskilda insatser för att pröva hur den abortförebyggande upplysningen till män ska utformas.

Bakgrunden till det traditionella könsrollsmönstret och de stora skillnaderna mellan pojkars och flickors förväntningar på varandra under tonåren har varit en viktig diskussionsfråga i samlevnadsupplysningen. Det traditionella könsrollsmönstret grundläggs redan i förskoleåldern. Att börja samlevnadsdiskussionen redan bland de små barnen har därför känts angeläget. I samlevnadsupplysningen till barn behövs andra metoder och kunskap om de förutsättnignar som förskolan ger, vilket krävde särskilda insatser.

Nedan beskrivs kortfattat socialstyrelsens samlevnadsupplysning till dessa särskilda målgrupper.

Samlevnadsupplysning till invandrare

Socialstyrelsen har sedan 1978 bedrivit samlevnadsupplysning till invandrare. Grunden för denna är ett s.k. kulturrelativistiskt synsätt – på samma

sätt som upplysningen till svenskar utgår från den svenska historien, kulturen och normerna i det svenska samhället utgår upplysningen till olika invandrargrupper ifrån deras egen kultur och deras värderingar. Detta innebär, att upplysningen till varje grupp måste utformas i nära samarbete med företrädare för respektive språk och kultur.

Arbetet inleddes med en behovsinventering i form av intervjuer med invandrare från olika kulturer, representanter för invandrarorganisationer och personal som kommer i kontakt med invandrare, t.ex. vid mödravårdscentraler och kvinnokliniker. Vidare togs kontakter med representanter för familjeplaneringen i invandrarnas hemländer samt med internationell familjeplanering. I rapporten Invandrare, sexualitet och samlevnad (*Socialstyrelsen* 1981) beskrivs de slutsatser om upplysningen till invandrare som denna behovsinventering ledde till.

Sexualitet är varje människas och varje kulturs innersta kärna – själva livsnerven som bär individer, familjer, släkter, kulturer och nationer vidare. Att arbeta med dessa frågor ställer därför nya krav på informatören. Kanske speciellt när människor från en kultur skall informera människor i en annan.

I rapporten betonas, att det inte finns några enhetliga behov av upplysning för invandrare. Dessa varierar, dels mellan de olika invandrargrupperna, dels inom grupperna beroende på individernas bakgrund. Faktorer som bakgrundsmiljö (stad/landsbygd), social tillhörighet, utbildning, religion, ålder och kön påverkar människor i deras inställning till sexualitet och preventivmedel. Många invandrare kommer från länder som saknar sexualupplysning, där preventivmedel är svåråtkomliga och där illegal abort är vanlig som familjeplaneringsmetod. Livet i Sverige ger nya förutsättningar till familjeplanering men det tar tid att införliva dessa med de egna värderingarna. Behoven ser också olika ut beroende på vilken generation man vänder sig till. Den vuxna generationen har med sig sin kulturs värderingar kring sexualitet och samlevnad och kan få svårigheter i mötet med de värderingar som finns i Sverige. De barn och tonåringar som växer upp i det svenska samhället kan komma i konflikt mellan olika synsätt och med föräldragenerationen allteftersom de anammar de värderingar som omger dem. Det är också viktigt att nå invandrarmännen med upplysning. Förutsättningen för en fungerande prevention är att både mannen och kvinnan är införstådda med och accepterar valet av preventivmedel och dess funktion. Många behöver i första hand en grundläggande faktaupplysning om kroppens anatomi, preventivmedel, abort, rådgivningsmöjligheter etc.

Mötet med människor från främmande kulturer i rådgivningssituationen skapar ofta osäkerhet hos den svenska personalen. Konfrontationen med andra värderingar väcker också ofta frågor kring den egna identiteten och kulturen. Personalen behöver mer kunskaper om andra kulturer och olika värderingar kring sexualitet och samlevnad för att kunna möta invandraren på ett förtroendefullt sätt i rådgivningssituationen.

Socialstyrelsens samlevnadsupplysning till invandrare består av följande delar:

- materialproduktion
- utbildning av personal som i sitt arbete kommer i kontakt med invandrare och samlevnadsfrågor

- upplysning riktad direkt till invandrare
- samarbete med invandrarorganisationer samt ekonomiskt stöd till dessa
- regional verksamhet: initiera och ge stöd till regional upplysning
- ett forskningsprojekt om invandrarmäns attityder till sexualitet och samlevnad.

Materialproduktionen har haft som utgångspunkt, att alla invånare, oavsett kulturell tillhörighet, har rätt till grundläggande upplysning på samlevnadsområdet. Den har inriktats på produktion av basfaktamaterial på olika språk och material om olika kulturers inställning till sexualitet och samlevnad. Basfaktamaterialet har utgjorts av översatta och delvis omarbetade versioner av befintlig svensk information. Diskussionsmaterialet har utgjorts av artiklar kring olika kulturers sätt att se på samlevnadsfrågor och familjeplanering samt dokumentation av utbildning och forskningsprojekt. (Förteckning över materialet ges i bilaga).

Om den *utbildning av personal* inom hälso- och sjukvården, social-, fritids- och kultursektorn samt skolan om invandrare och samlevnad som bedrivits av socialstyrelsen som s.k. pilotkurser i några kommuner sägs i rapporten:

Kurserna har tagit upp ämnen som: sexualitet och samhälle, födelsekontroll i olika kulturer, könsroller, invandrare inom den svenska hälso- och sjukvården, olika kulturer, sexualundervisning i skolan, vad vi kommunicerar till varandra genom vårt kroppsspråk, gester, mimik m.m. samt metodiska frågor kring kulturmöten.

Syftena med kurserna har varit bl.a. att

- åstadkomma medvetenhet om den egna inställningen till sex- och samlevnadsfrågor
- att bli medveten om begreppet kultur och hur vi själva formats av vår kultur
- att öka kunskaperna om livsåskådningar och värderingar inom sexualitets- och samlevnadsområdet som förekommer i olika kulturer
- att träna förmågan till inlevelse i olika kulturers syn på sexualitet och samlevnadsfrågor
- att träna förmågan att behandla sexualitets- och samlevnadsfrågor inom yrkesområdet till människor som kommer från andra kulturer
- ge kunskap och förståelse för migrationsprocessen.

Den *direkta upplysningen* till invandrare består av materialproduktion samt upplysning kanaliserad genom de olika invandrarorganisationerna. Genom invandrarorganisationernas arbete nås invandrare som det svenska samhällets samlevnadsupplysning annars har svårt att nå. Det har också drivits ett försöksprojekt med informations- och diskussionsträffar bland turkiska kvinnor.

Samarbetet med olika *invandrarorganisationer* sker dels i direkta kontakter med organisationerna, dels genom en referensgrupp med representanter för olika organisationer som deltagit i diskussioner kring upplysningsarbetet.

Många invandrarorganisationer fick också bidrag inom ramen för det särskilda bidraget till ungdoms- och kvinnoorganisationer. I rapporten beskrivs kort den verksamhet som möjliggjordes på detta sätt:

Det innehåll organisationerna har gett sitt arbete har varierat utifrån de olika gruppernas förutsättningar och behov: inom den finska gruppen har man diskuterat ungdomssexualitet, könsroller, homosexualitet, Inom den grekiska inriktade man sig på att ge mycket faktainformation, inom den jugoslaviska har man försökt att arbeta utifrån hela familjens situation, den turkiska gruppen har enbart vänt sig till kvinnor.

– – –

Syrianerna har gjort en behovsinventering inom den egna gruppen och prövat en upplysningsmodell genom att i en lokalförening samla till två veckoslutskonferenser, en för kvinnor och en för män. Syrianerna är den första grupp som på allvar har samlat män för upplysning i samlevnadsfrågor.

Socialstyrelsen initierade 1981 ett *forskningsprojekt* kring invandrarmännens syn på samlevnadsfrågor. Invandrade män från olika kulturer har regelbundet samlats för att diskutera och ge sin syn på olika samlevnadsfrågor, på den svenska kulturen och mötet med den. Syftet är, att öka kunskaperna om invandrarmännens situation och olika kulturers värderingar. Materialet kommer att utgöra underlag för utarbetande av en adekvat samlevnadsupplysning riktad till invandrarmän.

Ur socialstyrelsens rapport:

Erfarenheterna visar att det finns ett stort behov av sex- och samlevnadsupplysning inom de olika invandrargrupperna, att behoven ser olika ut samt att det finns ett stort positivt gensvar hos invandrare att ta del av familjeplanering.

Målgruppen män

De samhällsinstitutioner som har med samlevnad, sexualitet, familjeplanering etc. att göra vänder sig nästan enbart till kvinnor. Det finns få tillfällen för män till naturliga diskussioner kring dessa frågor. Det är viktigt att även männen blir delaktiga i familjeplanering, graviditet, förlossning, barnavård och abort. Därför måste berörda institutioner aktivt rikta sig även till männen. En ytterligare väg är att speciellt rikta sig till män med samlevnadsupplysning. Ett givet tillfälle för sådan upplysning är värnpliktstiden, som de flesta män genomgår under en period då de ofta inlett sitt sexuella liv och redan har eller står i begrepp att inleda mer varaktiga relationer. Samlevnadsfrågorna är centrala under värnpliktstiden och kommer ofta än mer i fokus genom de speciella krav militärlivet ställer. De som tydligast möter de värnpliktigas behov att diskutera samlevnadsfrågor är försvarets personalkonsulenter.

Socialstyrelsen genomförde i samarbete med försvarets personalvårdsenhet 1979 ett antal femdagarskurser kring könsroller, sexualitet och samlevnad för samtliga personalkonsulenter i landet. Syftet var att ge personalkonsulenterna möjlighet att initiera och leda samlevnadsdiskussioner på sina respektive förband. Utbildningen gav dels faktakunskaper, dels tillfälle till diskussion kring egna värderingar och var samtidigt en modell för hur diskussioner av detta slag kan hållas bland de värnpliktiga. Kurserna resulterade även i en skriven handledning för diskussionsgrupper bland värnpliktiga.

Utbildningen ledde till, att man vid några förband startade studiecirkelverksamhet med samlevnadsdiskussioner bland de värnpliktiga, t.ex. i Härnösand och Karlstad. Redan efter kort tid fick man flera positiva erfarenheter av verksamheten. Bl.a. minskade drogbruket bland de värnpliktiga och det känslomässiga klimatet på förbanden förbättrades. De gemensamma diskussionerna där man kunde ta upp känsliga frågor minskade grupptrycket och behovet att leva upp till förväntade roller och beteenden, som t.ex. hög alkoholkonsumtion och sexuell vidlyftighet. Detta är effekter av sexualitets- och samlevnadsinformation som kunnat ses även på andra håll, t.ex. fritidsgårdar (se kapitel 15.5.2). Trots de goda erfarenheterna har studiecirklarna inte kunnat fortsätta. Många personalkonsulenter är intresserade av att fortsätta verksamheten, men den ekonomiska situationen begränsar möjligheterna till detta.

Förutom utbildningen av personalkonsulenterna har det vid socialstyrelsen producerats ett diskussionsmaterial för män, kallat Mansbilder (se bilaga). I kapitel 15.3.8 beskrivs planerade upplysningsinsatser riktade till män.

Tonåringar

Ända sedan socialstyrelsens abortförebyggande upplysningsverksamhet startade, har tonåringarna stått i fokus för insatserna. Bakgrunden är följande:

Det relativa antalet aborter bland tonåringar (antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldrarna 14–19 år) ökade kraftigt under första hälften av 70-talet. Olika undersökningar visade att den sexuella debuten skedde allt tidigare, speciellt bland flickor. Detta kunde också avläsas i gonorréstatistiken, som visade en kraftig ökning av andelen gonorréfall bland tonårsflickor i slutet av 60-talet. Tonåringarna dominerade även totalt sett i gonorréstatistiken.

60-talet hade också fört med sig en mer liberal syn på sexualiteten och en öppnare skildring av sexuella ting i bl.a. massmedia. Detta kom att många gånger öka klyftan mellan tonåringarna, som växte upp med den nya sexualsynen, och den äldre generationen, som ofta tog avstånd från den. Massmedia fick på så vis större genomslagskraft och kom många gånger att ersätta föräldrarna och andra vuxna som fostrare på sexualitetens och samlevnadens område. Därmed blev också ofta den förvrängda bild av sexualiteten som förmedlades i massmedia ideal och förebild för de unga. Det samhälle som dagens tonåringar växer upp i kan beskrivas som starkt sexualiserat över huvud taget. Överallt möts ungdomarna av sexuella budskap, i reklam, på film, video och i tidningar. Pornografiska skildringar av sexualitet har stor spridning. Detta gör speciellt invandrarungdomarna särskilt utsatta.

Den utveckling från barn till vuxen som sker under tonårstiden gör tonåringarna till den viktigaste målgruppen för upplysning kring sexualitet och samlevnad (för en utförlig beskrivning av tonårsutveckling se t.ex. *Schedin* 1977):

I tonåren ska man lämna barndomen bakom sig, frigöra sig från sina föräldrar, finna en egen identitet och livsväg, lära känna sin sexualitet och utforska den tillsammans med andra.

Utvecklingen i tonåren bygger på den tidigare utvecklingen. Tonårsfrigörelsen bygger också på den första separationen från föräldrarna. På samma sätt som det för det lilla barnet är viktigt att föräldrarna finns till hands som en trygghet, men samtidigt vågar släppa barnet ifrån sig, är det för tonåringen viktigt att föräldrarna finns där om han eller hon behöver dem, men i övrigt släpper på banden så att tonåringen kan söka sitt eget liv och sina egna erfarenheter. Det är också viktigt, att det finns andra, mer neutrala vuxna förebilder.

Det faktum att ungdomarna knappast möter ungdomar i andra åldrar än den egna och än mindre andra vuxna än föräldrarna bidrar till att försvåra frigörelsen från föräldrarna. Om man inte ser människor i olika aspekter av vuxenlivet, blir det svårt att själv hitta ett sätt att bli vuxen som inte är en exakt kopia av föräldrarnas." (*Szebehely & Wall* 1979)

I tonåren kommer oftast den första förälskelsen. Den kan ses som ett steg mot vuxenlivet och samtidigt som en längtan tillbaka till barndomen. I förälskelsen finns drag av den allra första kärleken – den till föräldrarna. Där finns önskan att vara helt uppslukad av en annan, älskad hel och hållen utan förutsättningar. Det bäddar för ömsesidiga besvikelser – och nya försök. Kanske leder upprepade förälskelser och erfarenheter till en insikt om att det totala, allt uppslukande förhållandet inte kan återuppstå. Förhoppningarna och relationerna till andra människor kan på så vis bli mer realistiska och mogna. Detta är en av tonårens viktigaste uppgifter.

Många barn och tonåringar börjar sina första utforskningar av sexualiteten tillsammans med någon av samma kön. Det är ett sätt att lära känna sig själv, sin kropp och sina sexuella funktioner. Även de första sexuella kontakterna med det motsatta könet kan vara av den arten. Så småningom får sexualiteten en annan innebörd. Förälskelsen och gemensamheten ger den en ny dimension, men vägen dit kan vara svår. Mycket beror här på den tidigare utvecklingen och den samtida påverkan av kamrater, samhälleliga idealbilder och vuxna förebilder.

Sexualiteten i tonåren är starkt frikopplad från barnalstring. Den är en upptäcktsfärd i ett okänt landskap, ett sätt att i egna och andras ögon tillägna sig ytterligare ett bevis på vuxenhet. Att vid de första, trevande samlagen ha både förutseende och mod nog att använda preventivmedel kräver stor mognad.

I många andra kulturer markeras övergången från barn till vuxen med en särskild rit eller ceremoni och medför ibland automatiskt vissa rättigheter. För flickor brukar det ske i samband med den första menstruationen – i och med den upptas flickan i kvinnogemenskapen. För pojkar får den första sädesuttömningen motsvarande betydelse. I vårt samhälle förbigås oftast dessa händelser med tystnad. Att frågorna trots det är många, visar erfarenheter från ungdomsmottagningar, vars personal ofta är de enda vuxna många tonåringar kan vända sig till med sina undringar. Är jag normal? – den frågan ställer sig de flesta tonåringar, oftast i hemlighet. Att få bekräftelse på det är en viktig hjälp till en positiv självuppfattning och könsidentitet – i brist på andra "inträdesbiljetter" till vuxenlivet.

I takt med att tonåringarnas möjligheter att skapa sig en vuxenidentitet minskar ökar risken för att sexualiteten för dem kommer att fylla helt andra

behov än de ursprungliga. Samlaget och sexualiteten kan få ett symbolvärde som enda tecken på att man nått vuxenlivet, när t.ex. möjligheter till arbete och andra "vuxenbevis" saknas. De som arbetar på ungdomsmottagningar möter problemet med att tonåringar är fångna i myten om den tidiga sexuella debuten som ett tvång:

Ungdomar påverkas i hög grad av den myten, som pressar en del ungdomar att skaffa sig sexuell erfarenhet trots att de inte är känslomässigt mogna för detta. Det är inte ovanligt att de med stor besvikelse berättar om upplevelser kring ett samlag som skett utan något ömsesidigt känslomässigt förhållande, inte ens för en enda kväll. Andra vädjar om stöd att man inte behöver ge sig in i sexuella förbindelser även om de upplever omgivningens förväntningar på detta. --- Det vanliga idag är fortfarande att de flesta flickor har största delen av sin identitet förankrad i vad de betyder för det motsatta könet." (*Sundström* 1978)

Tonåringarnas sökande efter normer och förebilder, parat med ämnets känslighet, bäddar för det s.k. majoritetsmissförståndet när det gäller sexuella frågor. Majoritetsmissförstånd innebär, att människor på de områden som är känsliga eller tabubelagda är osäkra på vad andra tycker och hur de handlar. Detta medför i sin tur att tystnaden på området ökar – man vill inte avslöja sin eventuella okunskap eller avvikande uppfattning. Normer och föreskrifter kommer därför att bygga på gissningar om vad som är rätt och riktigt, om hur andra förhåller sig. Dessa gissningar är ofta felaktiga eller ofullständiga. Trots det kan de i sig bli den officiella normen. Det har visat sig, att en grupp kan hålla fast vid en officiell norm som varje enskild medlem egentligen tar avstånd ifrån. I en intervjuundersökning bland ca 4 000 högstadieelever 1980 visade det sig, att en klar majoritet av eleverna överskattade sina jämnårigas samlagserfarenhet, vilket kan ses som ett uttryck för majoritetsmissförstånd kring sexualitet (*Marklund* 1980). Trycket att leva upp till den inbillade normen är stort i tonårsgruppen. I samma undersökning uppgav en tredjedel av de elever som hade samlagserfarenhet, att de varit alkoholpåverkade vid det första samlaget. I en mindre intervjuundersökning bland 16-åringar uppgav så många som 40 % av flickorna och 63 % av pojkarna att de varit berusade vid första samlaget (*Lewin* 1980).

Abortförebyggande insatser bland tonåringar måste bygga på kunskaper om deras verklighet. Könsroller, massmedia och alkohol hör i hög grad till och påverkar denna verklighet.

Skolans samlevnadsundervisning är viktig, men inte tillräcklig som stöd för tonåringarna i deras sexuella utveckling. Läraren är en auktoritetsperson och klassen en heterogen grupp med tonåringar på olika mognadsnivåer. Detta begränsar möjligheten till öppenhet och upplysning som är adekvat för alla tonåringar. Vid sidan om samlevnadsundervisningen spelar därför skolsköterskan, personalen på fritidsgården, ungdomsmottagningen och preventivmedelsrådgivningen en viktig roll med möjligheten till samtal och personlig rådgivning av mer neutrala vuxna. Även skrivet material speciellt avpassat efter tonåringarnas behov fyller en viktig funktion.

Socialstyrelsens samlevnadsupplysning har i första hand vänt sig till tonåringarna indirekt, genom att man utbildat de yrkesgrupper som möter tonåringarna – i skolan, på fritidsgården, vid preventivmedelsrådgivningen

etc. för att ge dem mer kunskap och bättre beredskap att möta frågor kring sexualitet och samlevnad i sitt arbete. Man har haft nära samarbete med personal på ungdomsmottagningar för att ta vara på deras kunskap om tonårssexualitet. Socialstyrelsen har också stött försök med samlevnadsupplysning på fritidsgårdar i olika kommuner. Dessutom har det producerats både fakta- och diskussionsmaterial som riktar sig speciellt till tonåringar och behandlar sexualitet, samlevnad och könsroller (se bilaga).

Uppgången i andelen aborter bland tonåringar vände till en nedgång under andra hälften av 1970-talet. Samtidigt har antalet födslar bland tonåringarna minskat under hela 1970-talet. Det totala antalet tonårsgraviditeter har därigenom minskat kraftigt (se kapitel 8.6.3). Tonåringarna är inte heller längre dominerande i gonorréstatistiken. En kohortstudie (se kapitel 8.7.2) över aborter i olika årskullar tyder också på, att samlevnadsvanorna förändrats märkbart under de senaste tio åren.

Det finns starka skäl att anta, att de sexualmönster som etableras under tonåren bibehålls genom hela livet. Samlevnadsupplysning bland tonåringar bidrar inte bara till att begränsa antalet oönskade graviditeter, utan också till bättre relationer mellan män och kvinnor i riktning mot ökad jämställdhet. Samlevnadsfrågorna har också visat sig vara en utmärkt utgångspunkt för att arbeta drogförebyggande. Ständigt nya tonårskullar ställs inför frågorna om sexualitet och droger. Tonåringarna är alltjämt den viktigaste målgruppen för en fortlöpande abortförebyggande upplysning.

Förskolebarn, könsroller, sexualitet och samlevnad

Under förskoletiden utvecklas barnens könsidentitet. Då formas också könsrollerna och grunden läggs till kunskaper och värderingar kring sexualitet och samlevnad. Allt vad barnet lär sig tar det från vuxna i sin närhet. Alla som är tillsammans med barn utgör förebilder för dem och påverkar dem. Som vuxen måste man därför vara medveten om sina egna normer och sitt eget förhållningssätt för att bli varse vilken påverkan man utövar på barnen. Dessutom behöver vuxna vara medvetna om annan påverkan som barnen utsätts för, för att vid behov kunna motverka denna och komma med klargöranden. Det är viktigt att det även under förskoleåren sker en medveten fostran i stället för en omedveten attitydöverföring i samlevnadsfrågor.

Under åren 1977-79 bedrev nämnden för hälsoupplysning i samarbete med förskoleenheten på socialstyrelsens barnavårdsbyrå ett försöksprojekt kallat Könsroller, sexualitet och samlevnad i barnomsorgen (*Fortbilda bort könsroller, går det? Socialstyrelsen 1980*). Grundtanken för projektet var, att samlevnadsinformationen på ett naturligt sätt skulle ingå i förskolans ordinarie verksamhet och målsättningen för denna. Personalen måste ges kunskaper om barns behov samt möjlighet att diskutera samlevnadsfrågor. Först då kan de arbeta med barnens fostran på detta område på ett mer aktivt och målmedvetet sätt.

Personalen på fem barnstugor i två försöksområden fick fortbildning, diskussionstid och material kring könsroller och samlevnad. För två av barnstugorna skedde det i samband med öppnandet av barnstugan, för de tre övriga kom projektet in i redan pågående verksamhet. I båda fallen innebar

projektet en impuls till utökade diskussioner bland personalen, både kring könsroller och samlevnadsfrågor och målsättningsfrågor över huvud taget. Projektet gav också bekräftelse på att samlevnadsfrågorna är ett svårt område, som rymmer många möjligheter till vidareutveckling i arbetet på barnstugan men samtidigt ofta är upphov till konflikter personal emellan och mellan föräldrar och personal. Fortbildning ökar kunskapen på området och beredskapen att möta och arbeta igenom sådana konflikter samt att i högre utsträckning vara uppmärksam på den påverkan barnen utsätts för. Personalen behöver också fler möjligheter till gemensamma diskussioner kring dessa och andra grundläggande frågor för att kunna ha en klart definierad målsättning med sitt arbete.

I samband med projektet producerades bl.a. ett diskussionsmaterial för barnomsorgspersonal (*Könsroller i barnomsorgen* 1980). Erfarenheterna från projektet har också förts vidare till kommunförbundets fortbildningsavdelningar och samlevnadsfrågor finns med i det fortbildningsutbud som kommunerna förfogar över.

15.3.7 Bidrag till ungdoms- och kvinnoorganisationer

Det särskilda bidrag för samlevnadsupplysning till ungdoms- och kvinnoorganisationer som var ett led i de abortförebyggande insatserna i samband med 1974 års abortlag kom att utgå under fyra budgetår. Fördelningen av bidraget gjordes av socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning i samråd med SÖ och Statens ungdomsråd. Sammanlagt fick 41 organisationer bidrag. H-nämnden skötte information om och fördelning av anslaget, kontakter med organisationerna, besök vid aktiviteter inom de olika projekten, deltagande och föreläsning vid kurser och konferenser samt sammanställning av organisationernas utvärderingar. De samlevnadsprojekt som genomfördes med bidragen för de två första budgetåren redovisades i h-rapport nr 5 (*Redovisning av samlevnadsprojekt i 29 ungdoms- och kvinnoorganisationer 1974/75 och 1975/76. Socialstyrelsen 1977*).

Under dessa två år erhöll sammanlagt 29 organisationer bidrag för samlevnadsinformation på mellan 5 000 och 400 000 kr vardera, varav 20 under båda åren. Det var elevorganisationer, politiska och ideella ungdoms- och kvinnoförbund, invandrarföreningar, handikapporganisationer m.fl. som fick bidrag. Organistionernas storlek varierade mellan ett medlemsantal från 600 till drygt 100 000. Syftet för organisationernas insatser var främst att uppnå ökad kunskap om abortlagen, preventivmedel och rådgivning, diskussion kring attityder till sexualitet, samlevnad och preventivmedel samt att göra upplysning och diskussion kring dessa frågor till en integrerad del av organisationernas verksamhet. De flesta organisationerna riktade upplysningen till egna medlemmar, men även utåtriktad verksamhet förekom. Organisationerna producerade även eget fakta- och diskussionsmaterial samt stod för översättning av material till invandrarspråk. Även utbildningspaket, teater, film, musik och utställningar framställdes inom ramen för bidragen. Insatserna inleddes oftast med planering centralt inom organisationen. Därefter genomfördes utbildning av regionala ledare, varefter samlevnadsupplysningen genom dessa fördes ut på lokal nivå.

Erfarenheterna av projekten var genomgående goda och man konstate-

rade att det i många organisationer var första gången man diskuterade samlevnadsfrågor. Många organisationer hade dock behövt längre förberedelsetid för att få ut mesta möjliga av upplysningssatsningen.

15.3.8 Byrån för hälsoupplysning – pågående och planerad abortförebyggande verksamhet

Den nya hälso- och sjukvårdslagen innebär för landstingen ett ökat ansvar för förebyggande hälsovård, dvs. även den abortförebyggande upplysningen. Detta ger på sikt även socialstyrelsen en ny roll. Socialstyrelsens omorganisation 1980 innebar för hälsoupplysningens del att den tidigare fristående nämnden för hälsoupplysning med tillgång till egna medel upphörde och att verksamheten i stället drivs från byrån för hälsoupplysning inom avdelningen för Förebyggande arbete och planering (FAP) i nya socialstyrelsen. Antalet tjänster för hälsoupplysningen halverades i och med den nya organisationen. Den tidigare indelningen i olika hälsoupplysningsområden såsom sexualitet och samlevnad, droger samt kost och motion upphörde till förmån för en integrerad hälsoupplysning med utgångspunkt från aktuella målgrupper. Omorganisationen innebar även att socialstyrelsens resurser för bevakning och samordning av abortförebyggande upplysning och rådgivning inom hälso- och sjukvården minskade. Beträffande hälsoupplysning om sexualitet och samlevnad har socialstyrelsen inte samma möjligheter som tidigare att bedriva ett utvecklingsarbete, utan måste huvudsakligen ägna sig åt löpande uppgifter som att upprätthålla inledda kontakter med landstingen samt uppdatera tidigare producerat material. De projekt som beskrivs nedan sköts för närvarande delvis av personer som inte ingår i socialstyrelsens nya organisation.

I socialstyrelsens abortförebyggande arbete är alltjämt stimulans till regionalt upplysningsarbete, satsning på särskilda målgrupper och materialproduktion de viktigaste uppgifterna.

Regionala kontakter

Socialstyrelsen kommer att bistå landsting, kommuner och enskilda som efterfrågar stöd av olika slag vid planering och uppläggning av upplysningsverksamhet.

Vid årliga seminarier kommer socialstyrelsen att redovisa det abortförebyggande arbetet, ge fakta, beskriva metoder, förmedla erfarenheter samt ge stöd till de landsting som efterfrågar service.

Dessutom ska socialstyrelsen i samarbete med olika landsting genomföra ett femdagarsseminarium varje år i ett aktivt landsting för att summera erfarenheterna av det abortförebyggande arbetet, diskutera arbetsmetoder, innehållet i upplysningen samt den regionala situationen.

Särskilda målgrupper

Under de närmaste åren kommer upplysningsverksamheten att koncentreras till målgrupperna tonåringar, män och invandrare. Olika studier som gäller dessa målgrupper kommer att dokumenteras och ge underlag för materialproduktion som bas för upplysningsarbetet.

Man planerar också att närmare undersöka hur man med upplysning ska nå de kvinnor och män som befinner sig i den riskgrupp där aborterna ökar och preventivmedelsfrågan kan vara svår att lösa, dvs. då kvinnan är över 35 år.

Material

Materialproduktionen följer satsningen på ovan beskrivna målgrupper, upplysningsinsatserna bygger på produktion av aktuellt och relevant material.

Det planeras ett grundmaterial som ska belysa männen och manligheten utifrån psykologiska och sociologiska teorier. Materialet ska användas dels i utbildning, dels som underlag för de upplysningsinsatser som riktar sig till män.

En intervjuundersökning bland pojkar i de tidiga tonåren ska ge en bild av hur unga pojkar upplever sin sexualitet och vilka deras viktigaste funderingar är. Undersökningen ska ligga till grund för ett material som riktar sig till tonårspojkar och ge svar på deras viktigaste frågor då det gäller den egna kroppen, att bli vuxen, om könsidentitet, homosexualitet, flickor, preventivmedel och det s.k. majoritetsmissförståndet när det gäller droger och sexuella erfarenheter.

Rapporten Brukets döttrar som nyligen publicerats ger en beskrivning av unga kvinnors liv på en ort med tung mansdominerad industri. Rapporten bygger på intervjuer och bidrar till att öka kunskaperna om hur de sociala villkoren styr unga människors liv. Den belyser sambanden mellan kulturellt arv, social- och arbetsmarknadssituation, kvinnoroll och graviditet.

Vidare görs en beskrivning av ett mångårigt upplysningsarbete på en fritidsgård på Gotland där man försöker bearbeta låsta könsrollsmönster, sexuella attityder och undanröja majoritetsmissförståndet beträffande sexuell erfarenhet och drogbruk. Rapporten är under produktion. Dessa arbeten ska användas i utbildning och studiecirkelverksamhet samt som stöd för personal på fritidsgårdar.

Erfarenheterna från samlevnadsupplysningen till invandrare ska sammanfattas i en rapport som underlag för fortsatt regionalt upplysningsarbete till denna målgrupp. Landstingen ska stimuleras till kontakt och samarbete med olika invandrarorganisationer.

Ett forskningsprojekt kring invandrarmäns inställning och attityder till sexualitet och samlevnad pågår. Vidare produceras ett socialantropologiskt informationsmaterial om begreppen heder och skam. Syftet är att ge kunskaper och skapa förståelse för vissa grundläggande kulturella värdesystem inom sexualitets- och samlevnadsområdet som uppbärs av människor från främst medelhavsområdet. Materialet riktar sig till personal som arbetar med invandrare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Sedan budgetåret 1981/82 har det producerats en serie samlevnadshäften som bilaga till socialstyrelsens tidskrift Vigör med syfte att skapa diskussion inom en rad för samlevnadsupplysningen angelägna områden. De häften som hittills utkommit har behandlat abortfrågan, sexualupplysningens öppenhetsideologi samt preventivmedelsdebatten. Planerade ämnen för kommande häften är könsroller och jämställdhet och myter om sexualitet i massmedia.

Mot bakgrund av den utveckling som skett på preventivmedelsområdet krävs en omarbetning av faktabroschyren En liten bok om preventivmedel. Även för övrigt material krävs en ständig bevakning, komplettering, uppdatering och omarbetning vid behov.

Kring aborter och abortverksamheten produceras tre nya material. Ett häfte kallat Varför är det så svårt med abort? tar upp olika argument ur abortdebatten vänder sig till allmänheten och är tänkt som ett diskussionsunderlag i exempelvis skolundervisningen. Två material har personal inom hälso- och sjukvården, speciellt dem som arbetar i abortverksamheten, som målgrupp. Ett bildband kallat Fri abort? beskriver en kvinnas svårigheter i samband med ett abortbeslut och kan användas som utgångspunkt för diskussion. Ett studiematerial under produktion redogör för abortlagen och ger en historisk bakgrund, beskriver olika par som hamnar i abortsituation och tar upp frågor kring abortverksamhetens innehåll och organisation.

Socialstyrelsen stöder också ekonomiskt ett initiativ från RFSU om en handledning i samlevnadsfrågor för förskolepersonal som är under produktion.

Övrigt

I propositionen om åtgärder mot prostitution (prop. 1981/82:187) framhålls betydelsen av att ett långsiktigt förebyggande arbete mot prostitution integreras i den samlevnadsupplysning som bedrivs i landet genom diskussion om könsroller och sexualitet. Socialstyrelsen föreslås initiera särskilda projekt mot prostitution.

Det finns nu mångårig erfarenhet av fortbildning i samlevnadsfrågor för olika yrkesgrupper. Däremot tar inte respektive grundutbildning i tillräcklig omfattning upp samlevnadsfrågor. Abortkommitténs kartläggning av lärarutbildningen gav t.ex. vid handen, att en mycket liten del av biologilärarnas utbildning behandlade samlevnad och sexualitet, trots att en av biologilärarens uppgifter är att bedriva samlevnadsundervisning. Grundutbildningen för barnskötare, förskollärare, fritidspedagoger, fritidsledare, socionomer, elevvårdspersonal, lärare, barnmorskor, läkare m.fl. bör ta upp såväl fakta som egna attityder kring samlevnad och sexualitet enligt samma modell som i fortbildningen för att dessa yrkesgrupper ska kunna verka abortförebyggande i sina respektive yrkesroller. Socialstyrelsen ska därför verka för att erfarenheter från fortbildningen i sexualitet och samlevnad tas till vara och kommer att ingå i grund- och vidareutbildningar för dessa yrkesgrupper.

15.4 Abortförebyggande upplysning i länen 1982

I samband med vår kartläggning av preventivmedelsrådgivningen samlades också uppgifter in om den abortförebyggande upplysningsverksamhet som bedrevs i landstingens regi under 1982 och tidigare. Uppgifter har också inhämtats från socialstyrelsens byrå för hälsoupplysning.

Skillnaderna är stora i landet. Vissa landsting satsar ekonomiskt och personellt mycket resurser på abortförebyggande upplysning medan andra varken har eller planerar sådan verksamhet. Variationerna är stora också när

det gäller uppläggning, ansvars- och samarbetsformer, intensitet och innehåll i upplysningsverksamheten. Snabba förändringar på kort tid inom en verksamhet förekommer och gör det svårt att beskriva situationen i landet på ett enhetligt sätt.

Nedan följer en kortfattad redogörelse för den centalt organiserade verksamhet som bedrevs i landstingen i januari 1982 och tidigare. Den kan tyvärr inte ge rättvisa åt de viktiga och många gånger omfattande upplysningsinsatser som görs av engagerade enskilda personer. Statistiska uppgifter om preventivrådgivningsbesök och aborter gäller t.o.m. 1981.

15.4.1 Stockholms län

Den abortförebyggande upplysningen organiseras vid länskommittén för hälsoupplysning. 1975 bedrevs i samarbete med socialstyrelsen en försöksverksamhet med samlevnadsupplysning i Haninge kommun i Stockholms län. Utvärderingen av denna låg sedan till grund för ett beslut om ett länsprogram för samlevnadsupplysning. Under åren 1976–78 anordnades en fortbildningskurs i varje kommun i länet för berörd personal inom främst skolan samt fritids- och socialsektorn. Sedan 1978 har man koncentrerat sig på personal vid högstadieskolor i Stockholms kommun med fortbildning för tre rektorsområden årligen. Denna fortbildningsverksamhet avslutas under 1982, varefter den utvärderas. En utvärdering av länsprogrammet gjordes redan 1979 (*Sexualitet och samlevnad. Utvärdering av sex- och samlevnadsprogrammet,* 1979). I alla kommuner bildades efter genomgången fortbildning arbetsgrupper som skulle föra upplysningsverksamheten vidare i sina respektive områden. Utvärderingen visade, att det i de flesta områden i fortbildningens spår följde många upplysningsaktiviteter i skolor och på fritidsgårdar. Det fördes också diskussioner om hur p-rådgivningen för tonåringar skulle förbättras, bl.a. startades flera ungdomsmottagningar i länet i samband med detta. Genomgående har emellertid insatserna glesnat med tiden och arbetsgrupperna upphört att fungera p.g.a. tidsbrist, personalomsättning m.m.

De närmaste planerna är att fortbilda personal vid gymnasieskolor i Stockholms kommun. 1982 fanns det 350 000 kr avsatt för abortförebyggande verksamhet i Stockholms län.

Preventivmedelsrådgivningen har av den centrala statistiken att döma minskat kraftigt i länet sedan 1977. 1981 gjordes ca 369 besök/1 000 fertila kvinnor. Andelen aborter ligger högt över riksgenomsnittet (ca 37 % 1981) med 26,9 aborter per 1 000 fertila kvinnor och har under senare år ökat något i åldersgrupperna över 20 år. I tonårsgruppen har aborterna stadigt minskat sedan 1975.

15.4.2 Uppsala län

1977 upprättades ett åtgärdsprogram för abortförebyggande upplysning i samarbete mellan landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning och länsskolnämnden. Man planerade en fortbildningskurs i varje kommun i länet. Med början 1979 hölls två fortbildningskurser årligen med lika många deltagare från skolan, landstinget och den sociala sektorn i varje. I fortbildningens spår

har det bl.a. hållits studiecirklar och temakvällar kring samlevnadsfrågor.

I och med att centralt ansvariga personer bytt tjänstgöring riskerar verksamheten att avstanna. Det finns planer på att föra över verksamheten till avdelningen för hälsoupplysning, där det finns intresse för att ta upp samlevnads- och drogfrågor i ett sammanhang. För 1982 fanns 30 000 kr. disponibla för samlevnadsupplysning.

Andelen preventivmedelsrådgivningsbesök ligger i länet nära det beräknade behovet och bland de högsta i landet med 1981 ca 440 besök/1 000 fertila kvinnor. Andelen aborter låg 1981 16 % högre än riksgenomsnittet med 22,7 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Tonårsaborterna har minskat kraftigt sedan 1976. I övriga åldersgrupper har det successivt skett en ökning med en topp 1979–80.

15.4.3 Södermanlands län

En arbetsgrupp från länet har deltagit i en av socialstyrelsens metodkurser 1979, men sedan legat i träda. Det finns intresse för att starta abortförebyggande upplysning, men politiska beslut saknas. Planering av verksamheten pågår och det är stor efterfrågan från länet på service från socialstyrelsen. Länsskolnämnden har bedrivit egen fortbildning i samlevnadsfrågor för främst skolpersonal, men även barnmorskor har deltagit i viss utsträckning. I landstingets nya hälsoplan tas även samlevnadsfrågorna upp. 1982 fanns 10 000 kr. avsatta för detta ändamål.

Preventivmedelsrådgivningen i länet har inte uppnått i tidigare planering uppsatta mål; särskilt gäller det norra sjukvårdsdistriktet, där man har mycket långa väntetider. Andelen rådgivningsbesök har legat relativt konstant sedan 1977 runt ca 330 besök/1 000 fertila kvinnor.

Länet låg 1981 1 % under riksgenomsnittet i abortstatistiken med 19,2 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborter bland tonåringar har minskat kraftigt sedan 1975 och i övriga grupper var det en tillfällig minskning åren 1976–77 som förbyttes i åter stigande aborttal under åren närmast efter.

15.4.4 Östergötlands län

På samlevnadsupplysningens område har endast enstaka insatser gjorts, t.ex. av specialintresserade barnmorskor och läkare. Man har t.ex. hållit studiedagar kring samlevnadsfrågor för bl.a. skolsköterskor. Efterfrågan på service från socialstyrelsen är stor från enskilda personer i länet.

P-rådgivningen ökade kraftigt t.o.m. 1977. 1978–80 låg antalet rådgivningsbesök kring 330/1 000 fertila kvinnor. 1981 ökade så rådgivningstalet till 360. I östra sjukvårdsdistriktet har man haft problem med tidspressade mottagningar och långa väntetider. I aborthänseende låg länet 1981 närmare 19 % under riksgenomsnittet med i stort sett konstanta aborttal i alla åldersgrupper sedan 1975 och 15,6 aborter per 1 000 fertila kvinnor. I åldrarna 30–39 år hade länet 1981 en av de lägsta abortfrekvenserna i landet.

15.4.5 Jönköpings län

Intresse finns bland landstingspersonal att starta organiserad abortförebyggande upplysning. Enstaka insatser har gjorts, men resurser och samordning saknas. I norra sjukvårdsdistriktet har man genomfört en studiedag för skolsköterskor kring samlevnadsfrågor.

P-rådgivningen har inte ökat sedan 1978. 1981 gjordes ca 310 besök per 1 000 fertila kvinnor i området. I norra sjukvårdsdistriktet har man sedan länge haft problem med långa väntetider. Aborttalet i länet låg 1981 ca 27 % under riksgenomsnittet med 14,2 aborter per 1 000 fertila kvinnor. En liten minskning har skett i tonårsgruppen. Åldrarna 30–34 samt 40–44 år visar på en ökning, i viss mån även gruppen 35–39 år. I åldersgruppen 20–24 år ligger länet bland de lägsta i landet i abortstatistiken.

15.4.6 Kronobergs län

Länets friskvårdsplan tar inte upp abortförebyggande upplysning. Enstaka insatser görs av specialintresserade personer, bl.a. har en studiedag kring sexualitet och samlevnad genomförts för skolsköterskor.

Endast två mottagningar för p-rådgivning finns i hela länet med ca en månads väntetid. Andelen rådgivningsbesök har minskat kraftigt i länet sedan 1977. 1981 ökade dock besöken till ca 320/1 000 fertila kvinnor. Kronobergs län har ett aborttal nära 20 % under riksgenomsnittet och 1981 15,6 aborter per 1 000 fertila kvinnor. I tonårsgruppen har aborterna minskat kraftigt sedan 1975, i övrigt märks genomgående en ökning, utom i den äldsta gruppen kvinnor i åldern 40–44 år. I denna grupp samt bland tonåringarna ligger abortfrekvensen bland de lägsta i landet.

15.4.7 Kalmar län

Centralt organiserad upplysningsverksamhet saknas. Det görs enstaka insatser av intresserade barnmorskor och läkare. I norra sjukvårdsdistriktet har politikerna valt att låta göra en särskild informationssatsning i skolorna för att presentera p-rådgivningen som alternativ till att starta en ungdomsmottagning.

Andelen p-rådgivningsbesök i länet har inte ökat sedan 1977 och var 1981 ca 300 besök per 1 000 fertila kvinnor. Länet ligger nära 26 % under riksgenomsnittet i abortstatistiken med 14,3 aborter per 1 000 fertila kvinnor. En minskning av andelen aborter har skett i åldrarna 15–19 år sedan 1975. I de äldre åldersgrupperna har aborterna ökat något. I åldrarna 20-24 år hör länet till dem med den lägsta abortfrekvensen i landet.

15.4.8 Gotlands län

Under åren 1973–76 bedrev socialstyrelsen i samarbete med Gotlands kommun en intensiv upplysningsverksamhet i det s.k. Gotlandsprojektet. Någon centeralt organiserad verksamhet har därefter inte förekommit. Däremot förs insatserna vidare av en ideell förening som får ett kommunalt

bidrag med 35 000 kr. årligen. Föreningen anordnar fortbildning, temadagar m.m. (Se kapitel 15.3.4).

Som resultat av Gotlandsprojektet finns det dessutom en mycket väl utbyggd p-rådgivning med en omfattande uppsökande verksamhet (inom skolans samlevnadsundervisning t.ex.) och landets högsta andel rådgivningsbesök, 1981 ca 525 besök/1 000 fertila kvinnor.

Gotland ligger näst lägst i landet då det gäller aborter i förhållande till antalet kvinnor i fruktsam ålder, 1981 28 % under riksgenomsnittet och 14,1 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Andelen aborter bland tonåringar har halverats sedan 1974. Även i åldersgruppen 25–29 år har aborterna minskat till en nivå som 1981 var bland de lägsta i landet. I övriga åldrar har aborttalet legat relativt konstant med en tillfällig uppgång 1980.

15.4.9 Blekinge län

Sedan 1979 har det bedrivits organiserad abortförebyggande upplysningsverksamhet. Kostnaderna täcks av hälsoupplysningsanslaget varur ca 30 000 kr. årligen går till samlevnadsinformation. En tjänsteman vid landstingets informationsavdelning administrerar fortbildning med uppföljning för personal inom landsting, skola, social- och fritidssektor. Som ett resultat av fortbildningen har det bildats arbetsgrupper i kommunerna som formulerar konkreta handlingsplaner för sina resp. områden. Det planeras en fortbildningskurs och en uppföljning årligen. Ett övergripande politiskt beslut och långsiktig plan för verksamheten saknas dock och i landstingets hälsoplan intar samlevnadsupplysningen en undanskymd plats.

Preventivmedelsrådgivningen ökade i andelen besök t.o.m. 1979 varefter den åter minskat. 1981 gjordes ca 355 besök/1 000 fertila kvinnor. Det är tidvis långa väntetider till p-rådgivningen. Alla barnmorskor arbetar utåtriktat i sina resp. rektorsområden. Andelen aborter i länet låg 1981 drygt 12 % under riksgenomsnittet med 14,9 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborterna har sedan 1975 ökat i alla åldersgrupper utom bland tonåringarna. I gruppen 20–24 år låg andelen aborter 1981 bland de lägsta i landet.

15.4.10 Kristianstads län

1980 bildades på initiativ av intresserade personer en arbetsgrupp för abortförebyggande upplysning i sjukvårdsnämnden med politiker, tjänstemän och representanter från kvinnokliniken och primärvården. Gruppens arbete har lett till att p-rådgivningen utökats och att landstinget har beslutat genomföra en fortbildningskurs om samlevnad med uppföljning för berörd pesonal i varje kommun. Förutom de sedvanliga deltagarna för sådana kurser har även präster och polis deltagit. I samband med fortbildningen bildas arbetsgrupper i kommunerna, en för varje ort. Kristianstads län utgör exempel på ett fruktbart samarbete mellan landsting och kommunförbundets länsavdelning. Landstinget och kommunförbundets länsavdelning har delat på kostnaderna för genomförda kurser. 1982 inrättades en halvtidstjänst vid landstinget för planering och samordning av denna verksamhet.

Den verkliga nivån på p-rådgivningen är inte känd p.g.a. underrapportering. Länet låg 1981 drygt 22 % under riksgenomsnittet i andelen aborter

med 15 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Dessa har sedan 1975 minskat något i tonårsgruppen och legat relativt konstant resp. ökat i övriga grupper.

15.4.11 Malmöhus län

Den aktuella hälsoplanen tar inte upp abortförebyggande verksamhet. Vid hälsoupplysningsenheten prioriteras kost-, motions- och drogfrågor. 1979 bildades en arbetsgrupp för abortförebyggande upplysning på politiskt initiativ med representanter från landstinget, kommunala förvaltningar, Hem och Skola m.fl. Det ledde till att det 1980 på försök anordnades fortbildning för personal i två rektorsområden (lärare, hemspråkslärare, elever, barnmorskor, socialvårds- och fritidspersonal). Fortbildningen fick starkt gensvar och ledde till intensiv verksamhet med samlevnadsupplysning vid skolor och på fritidsgårdar. Man valde att ta upp samlevnads- och drogfrågor i ett sammanhang och även sätta det i samband med ungdomarnas situation på arbetsmarknaden. En ledningsgrupp för verksamheten består av representanter för landstinget, länsskolnämnden och kommunförbundets länsavdelning. Fortbildning anordnas i de rektorsområden där det finns intresse. Kostnaderna täcks av hälsoupplysningsanslaget. Planering och samordning av fortbildningen har skötts av en specialintresserad tjänsteman vid landstingets kansli som i huvudsak har helt andra uppgifter. Då verksamheten fått spridning i de olika sjukvårdsdistrikten, kommer troligen det centrala ansvaret att upphöra. Utvärdering av upplysningsinsatserna sker fortlöpande.

Sedan 1977 har ingen ökning av andelen p-rådgivningsbesök skett. Runt 330–340 kvinnor av 1 000 i fertil ålder får rådgivning varje år. Länet hade 1981 ett aborttal ca 14 % under riksgenomsnittet och 17,1 aborter per 1 000 fertila kvinnor.

15.4.12 Hallands län

Någon organiserad abortförebyggande verksamhet har inte kommit igång men enstaka insatser görs. En inbjudan till kurs i samlevnadsfrågor som sändes ut från landstingets hälsogrupp mötte inget gensvar. Inom hälsoupplysningen arbetar man främst med drogfrågor och friskvård – kost och motion.

Andelen p-rådgivningsbesök ökade t.o.m. 1977, minskade t.o.m. 1979 och har sedan åter ökat. 1981 gjordes ca 350 besök/1 000 fertila kvinnor. Hallands län har färre aborter i förhållande till antalet fertila kvinnor än genomsnittet för riket (ca 17 % lägre) med 16,1 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Utvecklingen i abortstatistiken visar på en minskning i tonårsgruppen och en inte obetydlig ökning i åldrarna över 35 år.

15.4.13 Göteborgs och Bohus län

Inom hälsoupplysningen har man under flera år prioriterat samlevnads- och drogfrågor, som tas upp i ett sammanhang. Arbetet har inledningsvis koncentrerats till Uddevalla kommun, där man i samarbete med skolläkaren drivit ett samlevnadsprojekt sedan 1979. Insatserna har varit intensiva med

fortbildning, uppföljningar, studiedagar, utställningar, en temavecka för allmänheten m.m. Inom kyrkan har det anordnats temadagar kring sexualitet och samlevnad. Vid regementet har det bedrivits studiecirkelverksamhet på detta tema inom värnpliktsutbildningen. Utvärdering av hittillsvarande insatser har gjorts. Erfarenheterna och verksamheten har successivt börjat föras över till övriga kommuner, där det bildats arbetsgrupper. Verksamheten är grundad på politiska beslut och 1982 beräknades denna kosta ca 100 000 kr.

P-rådgivningen ökade t.o.m. 1977, minskade sedan i tre år för att 1981 åter nå 1977 års nivå med ca 375 besök/1 000 fertila kvinnor. I aborthänseende ligger länet drygt 23 % under riksgenomsnittet; det gjordes 1981 14,8 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Länet låg 1981 bland de lägsta i abortstatistiken för åldersgruppen 25–29 år.

15.4.14 Älvsborgs län

Någon organiserad central abortförebyggande verksamhet finns inte. Inom hälsoupplysningen centralt har man prioriterat andra frågor. I kommunerna bildas arbetsgrupper för hälsoupplysning, som tar upp det som är mest aktuellt för respektive område. Där finns det möjlighet att även ta upp samlevnadsfrågor.

P-rådgivningen låg 1981 på drygt 370 besök per 1 000 fertila kvinnor, vilket är en kraftig ökning jämfört med åren närmast före. Aborttalet låg 1981 22 % under genomsnittet för landet med 15 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborterna bland tonåringar har minskat sedan 1975. I övriga åldersgrupper har inga större förändringar skett under tidsperioden.

15.4.15 Skaraborgs län

Inom landstingets hälsoupplysning arbetar man med samlevnadsfrågor sedan 1978, då en arbetsgrupp bildades. I varje kommun finns en hälsoinformatör. Det kommer också att göras probleminventeringar och bildas arbetsgrupper för samlevnadsinformation i kommunerna. De centrala hälsoupplysarna fungerar som kontaktpersoner och samordnare och anordnar fortbildning för hälsoinformatörerna. Verksamheten är under uppbyggnad. I flera kommuner görs insatser på samlevnadsområdet, t.ex. utbildning av skolpersonal. I Mullsjö kommun pågår ett lokalt hälsoupplysningsarbete med utgångspunkt ifrån samlevnadsfrågor och i några kommuner finns ett system med utbildning av elever på högstadiet som sedan fungerar som upplysare bland sina kamrater. 1982 hade man ca 120 000 kr. av landstingets medel till sitt förfogande för abortförebygande upplysning.

Sedan 1977 har andelen besök för p-rådgivning minskat och låg 1981 på ca 325 besök/1 000 fertila kvinnor. Väntetiderna är genomgående en månad eller mer. Länet hade 1981 landets lägsta aborttal, ca 34 % under riksgenomsnittet med 12,8 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Det är speciellt bland kvinnor över 25 år som länet utmärker sig i förhållande till landet i övrigt. Aborttalet i de olika åldersgrupperna har legat relativt konstant sedan 1975, utom i tonårsgruppen, där en kraftig minskning skett.

15.4.16 Värmlands län

Sedan 1980 har man efter en motion i landstinget satsat på abortförebyggande upplysning efter en femårsplan. En tjänsteman vid landstingets hälsoupplysningsenhet ansvarar för verksamheten tillsammans med en fristående projektledare. Man bedriver fortbildning för viktiga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård, skola, socialvård samt präster. Efter fortbildningen har det bildats ca 20 lokala arbetsgrupper länet. Alla som genomgått fortbildning samlas till regelbunden uppföljning med studiedagar kring olika ämnen på samlevnadsområdet. Fortbildningen har följts av många lokala insatser, bl.a. temadagar för all skolpersonal inom vissa rektorsområden. Även bildningsförbunden är engagerade i verksamheten. Utvärdering sker fortlöpande. Anslaget för de fem första projektåren är 250 000 kr./år, därefter 150 000 kr. årligen.

Antalet p-rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor har varierat kraftigt under senare år. 1980 skedde en uppgång till 320 besök, ungefär samma tal som man haft 1977. Antalet besök 1981 höll sig på samma nivå. Länets aborttal låg 1981 ca 2 % över riksgenomsnittet med 19,8 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborterna har sedan 1975 ökat något i alla åldersgrupper utom bland tonåringarna. Länet har en högre frekvens aborter i åldrarna 40–44 år än de flesta andra län i landet.

15.4.17 Örebro län

Någon central abortförebyggande verksamhet eller planer på sådan finns inte. 1979 gjordes ett försök med ett sex- och samlevnadsprojekt i en Örebro-förort vilket inte lyckades få lokalt gensvar. Inom hälsoupplysningen har man prioriterat satsning på friskvårdscentraler. Personalen vid ungdomsmottagningen i Örebro har i samarbete med kommunförbundets länsavdelning anordnat fortbildning för skolsköterskor och skolläkare. Ytterligare tre ungdomsmottagningar planeras i länet.

P-rådgivningen har sedan 1977 legat kring 330–340 besök/1 000 fertila kvinnor årligen. 1981 gick andelen upp till ca 375. Tidvis förekommer långa väntetider på vissa mottagningar. Abortandelen var 1981 7,5 % lägre än genomsnittet för riket med 17,9 aborter per 1 000 fertila kvinnor, en kraftig minskning i tonårsgruppen och relativt konstanta tal för övriga åldersgrupper sedan 1975.

15.4.18 Västmanlands län

Landstingspolitikerna är intresserade av att starta organiserad abortförebyggande verksamhet, men det har varit svårt att få kommunerna intresserade av samarbete. Inom hälsoupplysningen har andra frågor prioriterats. Bl.a. planeras en handledarutbildning i drogfrågor, där samlevnadsfrågorna kan komma att beröras.

Andelen besök för p-rådgivning har minskat sedan 1977. 1981 gjordes ca 305 besök/1 000 kvinnor i fertil ålder. En del mottagningar har väntetider på en till två månader. Länets aborttal låg 1981 2 % över riksgenomsnittet med 19,7 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Sedan 1975 har andelen aborter

minskat kraftigt i tonårsgruppen. Även i åldern 20-29 år har en minskning skett. I övriga åldrar har det i stället varit en liten ökning. Länet har i åldrarna 30–39 år en av de högsta abortfrekvenserna i landet.

15.4.19 Kopparbergs län

Några personer verksamma inom landstinget gjorde 1979 i samarbete med socialstyrelsen ett förslag till ett abortförebyggande projekt i länet, som förkastades i landstinget av ekonomiska skäl. Senare avsattes ändå medel för viss abortförebyggande upplysning som skulle bedrivas från landstingets hälsoupplysningsenhet. 1981 samlades intresserade personer i länet till ett möte där samlevnadsupplysningen diskuterades. Sedan dess har ingen organiserad verksamhet förekommit. Kommunerna har möjlighet att få ekonomiska bidrag från landstinget om de själva tar initiativ till temadagar i skolorna och liknande. Enstaka sådana insatser har också gjorts, bl.a. i Hedemora kommun. I länet finns två ungdomsmottagningar och en tredje planeras.

Andelen p-rådgivningsbesök ökade fram till 1980, då de minskade ordentligt till ca 330 besök/1 000 fertila kvinnor, vilket även var talet för 1981. Länet hade 1981 ett aborttal 3,5 % över riksgenomsnittet med 20,1 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborterna har minskat kraftigt i åldrarna 15–19 år. Andra åldersgrupper påvisar en liten ökning (20–24 och 30–34 år) respektive i stort sett oförändrade tal under tidsperioden.

15.4.20 Gävleborgs län

Trots upprepade landstingsmotioner har det inte startat någon centralt organiserad abortförbyggande upplysning, men lokala insatser görs. Länsskolnämnden har t.ex. i samarbete med Gävle kommun anordnat fortbildning i samlevnadsfrågor för skolpersonal. Personal från ungdomsmottagningen i Gävle arbetar aktivt med samlevnadsupplysning i skolor och utbildningar. På fritidsgårdar i Gävle pågår ett projekt med fortbildning i samlevnads- och drogfrågor. Under åren 1979–80 erhöll alla skolsköterskor och -kuratorer i länet utbildning i preventivmedelsrådgivning. Inom hälsoupplysningen är det kost-, motions- och drogfrågor som står i centrum.

P-rådgivningsbesöken har stadigt ökat i länet och var 1981 uppe i ca 465 besök/1 000 fertila kvinnor årligen. En ungdomsmottagning finns och en planeras. Vid den centrala mottagningen på Gävle lasarett har man väntetider för p-rådgivning på två till tre månader. Länet låg 1981 mycket nära riksgenomsnittet i abortfrekvens – 0,5 % lägre med 19,3 aborter per 1 000 fertila kvinnor. I tonårsgruppen har aborterna minskat medan det i övriga grupper inte skett några större förändringar sedan 1975. 1977–78 låg dock aborttalen i alla åldersgrupper lägre än angränsande år.

15.4.21 Västernorrlands län

Efter en av socialstyrelsens metodkurser, där en arbetsgrupp från länet deltog, tillsattes det 1979 en ledningsgrupp med representanter från

landstinget, länsskolnämnden och kommunförbundets länsavdelning och det fattades beslut om ett abortförebyggande projekt i länet. Under en inledningsperiod anställdes en projektledare på halvtid för samordning av verksamheten. I varje sjukvårdsdistrikt bildades en arbetsgrupp som erhöll fortbildning av landstinget och som svarar för den lokala planeringen. I Örnsköldsvik hade det redan tidigare, på initiativ av en grupp engagerade personer, bedrivits aktiv sexualitets- och samlevnadsupplysning i bl.a. skolorna. Man har i samarbete med kommunförbundets länsavdelning genomfört fortbildningskurser och studiedagar för personal från skola, fritid, hälso- och sjukvård och socialvård. Skolsköterskor och -kuratorer har fått utbildning i preventivmedelsrådgivning. I landstingets hälsoplan tas abortförebyggande upplysning upp, framförallt med inriktning på skolan. Inom hälsoupplysningen har tidigare andra frågor prioriterats, men ett samarbete med samlevnadsprojekt börjar etableras. 1982 gick 155 000 kr. av hälsoupplysningsanslaget till den abortförebyggande verksamheten. Långsiktig plan för verksamheten saknas dock.

P-rådgivningen i länet ökade år från år t.o.m. 1979. 1980 gick andelen rådgivningsbesök tillfälligt ned för att 1981 åter öka till ca 335 besök/1 000 fertila kvinnor. Inom det abortförebyggande projektet har man sammanställt en broschyr som presenterar p-rådgivningen i länet och distribueras via hälso- och sjukvård, skolor, bibliotek och apotek. Länet ligger i aborthänseende med 16,5 aborter per 1 000 fertila kvinnor drygt 14 % under genomsnittet för landet. Utvecklingen sedan 1975 visar på en kraftig minskning av aborterna bland tonåringar och endast mindre förändringar i andra åldersgrupper.

15.4.22 Jämtlands län

En arbetsgrupp från länet deltog i socialstyrelsens metodkurs 1978. Samma år fattades i landstinget beslut om ett långsiktigt handlingsprogram för abortförebyggande upplysning. Ledningsgrupp, projektgrupp och projektledare tillsattes. Kommunstyrelser, kommunala nämnder och sjukvårdsdirektioner i länet informerades om projektet genom personligt besök av projektledaren och representanter för projektgruppen. Projektet fick stöd av samtliga utom Bergs kommun. En omfattande fortbildning har genomförts i kommunerna med bildande av lokala arbetsgrupper och intensiv lokal upplysningsverksamhet som följd. Projektet, som är en tillämpning av erfarenheterna från Gotlandsprojektet, bedrivs i nära samarbete med socialstyrelsen och utgör därmed en viktig erfarenhetsgrund för det fortsatta upplysningsarbetet. En av de viktigaste förutsättningarna för projektet är den politiska förankringen, såväl i landstinget som i kommunerna. Det finns dessutom förslag till organisation och ansvarsfördelning för verksamheten i ett längre perspektiv, knutet till ett långsiktigt handlingsprogram. Man använder lokalradio, utställningar, teater och ett särskilt nummer av landstingets tidning (Tillsammans) för att presentera projektet, sprida kunskap och starta debatt. Man diskuterar också en samlevnadsutbildning inom högskolan samt bedriver en återkommande seminarieverksamhet för personer engagerade i samlevnadsupplysningen. Samarbete börjar etableras mellan projektet och hälsoupplysningsenheten i landstinget. I planen för

mödrahälsovården uttrycks sambandet mellan samlevnadsupplysningen och föräldrautbildningen. 1982 hade man i landstingets budget avsatt 250 000 kr. för denna verksamhet. (Se vidare kapitel 15.5.3).

Inom projektets ram ses också p-rådgivningen över och verksamheten utökas där så behövs. I Östersund har det startats en ungdomsmottagning. Statistiken över antalet rådgivningsbesök visar på en ökning fram till 1979 och en tillfällig minskning 1980. 1981 gjordes drygt 370 besök/1 000 fertila kvinnor i länet. Länet hade 1981 en abortfrekvens på 17,1 aborter per 1 000 fertila kvinnor, 12 % under genomsnittet för riket. I tonårsgruppen har det sedan 1975 skett en mycket kraftig minskning av antalet aborter. Även övriga åldersgrupper visar på en minskning, utom i åldern 35–39 år, där en markant ökning ägt rum. I gruppen 40–44 år ökade aborterna 1979–80, för att sedan åter minska 1981, då länet hade en av de lägsta abortfrekvenserna i landet i denna åldersgrupp (se även kapitel 8.8.4).

15.4.23 Västerbottens län

Redan 1973 utformades med anledning av en motion i landstinget ett abortförebyggande program i länet. En tjänsteman vid landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning ansvarade för verksamheten och fortbildningsinsatser startade 1975. Bl.a. fick alla skolsköterskor och -kuratorer utbildning i p-rådgivning. Insatserna och innehållet i upplysningsverksamheten beskrevs i en särskild tidning till allmänheten och flera utvärderingar har gjorts under arbetets gång. Fortbildningsverksamheten har under en tid legat i träda och fortsatta insatser diskuterades våren 1982 under en konferens som hölls i samarbete med socialstyrelsen. Anslag för fortsatt fortbildning finns. Det finns också möjlighet att ge ekonomiska bidrag till verksamhet på lokala initiativ. I samband med upplysningsverksamheten har en kraftig utbyggnad och utveckling av p-rådgivningen skett med utrymme för utåtriktad verksamhet. I landstinget görs också fortlöpande uppföljning av rådgivningen med återkommande sammankomster där centrala tjänstemän tillsammans med barnmorskor och kuratorer från fältet diskuterar verksamheten. Det har också i länet gjorts flera försök med samlevnadsupplysning på arbetsplatser (se kapitel 15.5.1). Inom hälsoupplysningen arbetar man främst med kost-, motions- och drogfrågor. 1982 hade man avsatt 50 000 kr. för abortförebyggande upplysning centralt.

Trots en omfattande satsning på p-rådgivningen ligger länet relativt lågt i antalet rådgivningsbesök med en minskning sedan 1980. 1981 hade man knappt 280 besök/1 000 fertila kvinnor. Vid mottagningarna registreras även telefonrådgivning, som är av betydande omfattning. I abortfrekvens ligger länet drygt 24 % under riksgenomsnittet med 14,8 aborter per 1 000 fertila kvinnor och ett särskilt lågt aborttal bland tonåringarna. Sedan 1975 har man iakttagit en minskning av aborterna i åldrarna 15–24 år, i stort sett oförändrat tal i gruppen 25–29 samt en ökning i övriga åldersgrupper.

15.4.24 Norrbottens län

Sedan 1977 har man på grundval av ett politiskt beslut bedrivit abortförebyggande upplysning. Verksamheten bygger på samarbete mellan lands-

tingets informations-, utbildnings- och hälso- och sjukvårdsavdelningar, skolförvaltningen samt kommunförbundets länsavdelning. Även finska invandrarföreningen har varit engagerad i upplysningsinsatserna. Ansvarig tjänsteman har varit den sjukvårdssekreterare som även har hand om mödrahälsovården, vilket inneburit fördelar för satsningen på p-rådgivningen. Det finns också en central arbetsgrupp för verksamheten. P.g.a. personbyte har insaterna tillfälligt trappats av. Tidigare hölls en fortbildningskurs årligen. Man har koncentrerat sig på tonårsgruppen och satsat mycket på ungdomsmottagningar (i Luleå, Kiruna, Gällivare och Boden), studiedagar i skolor samt samlevnadsupplysning på fritidsgårdar. Det finns också landstingsmedel till stöd för lokala initiativ. 1977 utbildades alla skolsköterskor och -kuratorer i länet i rådgivning om födelsekontroll. Upplysningsverksamheten och innehållet i upplysningen har presenterats i en särskild skrift till allmänheten. 1982 fanns 10 000 kr. avsatta för samlevnadsinformation centralt.

P-rådgivningen ökade fram till 1979. 1980 inträffade dock en tillfällig minskning. 1981 gjordes ca 365 besök per 1 000 kvinnor i fertil ålder. Länet har en abortfrekvens som ligger 4 % över genomsnittet för landet med 20,6 aborter per 1 000 fertila kvinnor. Aborterna har minskat kraftigt bland tonåringar. I åldrarna 25–29 år har talet legat relativt konstant frånsett en markant, men tillfällig ökning 1976. I övriga grupper har det varit fråga om ökningar, speciellt i åldrarna 35–39 år, där andelen aborter fördubblades mellan åren 1976 och 1979. Sjukvårdsstyrelsen har givit landstingstjänstemännen i uppdrag att särskilt ägna denna grupp uppmärksamhet i upplysningsarbetet.

15.4.25 Malmö kommun

Hälsovårdsförvaltningens utbildnings- och informationsavdelning svarar för den abortförebyggande verksamheten i samarbete med skol- och fritidsförvaltningen med utgångpunkt från en arbetsgrupp. Sedan 1979 har man bedrivit omfattande fortbildning av personal inom skolan och fritidsverksamheten. Efter varje fortbildningskurs anordnas uppföljning. I upplysningsinsatserna tar man upp samlevnads- och drogfrågor i ett sammanhang. Förutom studiedagar i skolorna har man använt sig av teater och utställningar som ett sätt att sprida kunskap och starta diskussion. I ett särskilt projekt har hemspråkslärare fått utbildning i samlevnadsfrågor.

Sedan 1980 drivs på försök en ungdomsmottagning av kommunen. I övrigt ges p-rådgivning vid kvinnokliniken och hos privatläkare som har 55 % av rådgivningsbesöken. Andelen rådgivningsbesök ökade t.o.m. 1979 varefter de minskat. 1981 låg de på ca 355 besök per 1 000 fertila kvinnor. Malmö kommun har landets tredje högsta abortfrekvens, 22,8 aborter per 1 000 fertila kvinnor, nära 17 % över riksgenomsnittet. Abortfrekvensen är extremt hög i tonårsgruppen och upp till 34 års ålder. I åldrarna 35–44 år avviker talen inte fullt lika mycket från landet i övrigt.

15.4.26 Göteborgs kommun

Ingen central abortförebyggande verksamhet finns. Inom hälsoupplysningen arbetar man med andra frågor med ett totalt anslag av 44 000 kr. årligen. I

kommunen drivs flera sociala projekt med drogupplysning, inom vilka man hos tonåringarna upplever ett stort behov av samlevnadsupplysning och efterfrågar sådan service från socialstyrelsen.

P-rådgivningen i kommunen ökade t.o.m. 1978, varefter en minskning skett. 1981 gjordes ca 335 rådgivningsbesök per 1 000 fertila kvinnor. I Göteborg ligger abortfrekvensen nära 25 % över riksgenomsnittet med 25 aborter per 1 000 fertila kvinnor, vilket är näst högst i landet. Det höga aborttalet går igen i alla åldersgrupper.

15.5 Abortförebyggande arbete i praktiken – några exempel

15.5.1 Arbetsplatsbesök – Volvo Umeverken

Under våren 1981 diskuterade en arbetsgrupp bestående av kuratorerna på kvinnokliniken vid regionsjukhuset i Umeå, kurator och barnmorska vid preventivmedelsrådgivningen samt tjänstemän vid Västerbottens läns landsting den ökning av aborter bland kvinnor över 30 år som man iakttagit i länet. Vid p-rådgivningen hade man också konstaterat, att kvinnor i åldrarna över 30 var underrepresenterade bland de rådsökande. Man beslöt göra en insats för att söka nå dessa kvinnor.

Personalen vid p-rådgivningen hade redan utåtriktad upplysning som en del av sin tjänstgöring. Kuratorerna vid kvinnokliniken hade däremot inte haft möjligheter att arbeta utåtriktat. De upplevde det som otillfredsställande att vara helt uppbundna vid mottagningen. De rika kunskaper om aborter, födelsekontroll och samlevnad som de fick i sitt arbete kom därmed att stanna enbart inom kliniken. De fem timmar i veckan som de vanligtvis ägnade åt att ta emot samtal i tidsbeställningen frigjordes för utåtriktad upplysning. Tidsbeställningen övertogs av mottagningssköterskan.

I Lycksele sjukvårdsdistrikt hade barnmorskan vid p-rådgivningen långt tidigare prövat att vid besök på kvinnodominerade arbetsplatser upplysa om preventivmedel. I Umeå beslöt man att bygga vidare på erfarenheterna från Lycksele, men samtidigt pröva något nytt genom att i stället besöka en mansdominerad arbetsplats. Man valde att gå ut till Volvo Umeverken (VUV) med abortförebyggande upplysning. Företaget har ca 1 100 anställda. De flesta är män (ca 1 000), majoriteten i åldern 20–40 år.

Kontakt med företagsledningen och fackliga representanter med diskussion om planerna på samlevnadsupplysning bland personalen gav positivt gensvar. Man beslöt börja med att presentera en utställning om samlevnad, preventivmedel och abort vid en s.k. familjedag vid företaget, anordnad av VUV:s fritidssektion. Samma utställning skulle sedan placeras en vecka i taget i de tre fabriksbyggnaderna. Under familjedagen fanns två kuratorer och en barnmorska på plats vid utställningsskärmarna för att öka intresset för dem, initiera samtal bland besökarna (anställda med familjer) samt svara på frågor. Därefter besökte kurator och barnmorska de tre fabriksbyggnaderna under tre fredagar i samband med att utställningen placerats i resp. lokaler och vandrade runt i pausrutorna där de anställda tog rast för att starta

diskussioner kring samlevnadsfrågor och ge av sin kunskap och erfarenheterna i rådgivningsarbetet.

"Vi ville informera män och kvinnor om de rön som görs för att alla ska kunna planera sin familj utifrån egna önskningar och möjligheter. Vi ville också visa på att sexualiteten är viktig för både man och kvinna och att ett delat ansvar i familjeplaneringen ger trygghet och tillfälle att utveckla och bejaka sitt sexliv.
– – –
Vi har funnit, att trots att vi lever i en upplyst värld, bär var och en – man som kvinna – på många funderingar och fantasier om hur samlivet skall eller inte skall vara, utan att riktigt våga lyfta fram och tala om det. Vi vill kunna ge en kick till att slå hål på tystnaden, vill försöka kunna tränga igenom en tuff attityd och få igång öppna och naturliga samtal om samlevnad man och man/kvinna emellan." (*Ett besök hos Volvo Umeverken,* s. 12.)

Erfarenheter

Försöket med samlevnadsinformation på Volvo Umeverken mötte ett starkt positivt gensvar och visade, att det finns ett stort behov att samtala kring dessa känsliga frågor.

"– – – vår medverkan i familjedagen resulterade inte i att de anställda spontant tog initiativ till att komma till oss. Då vi aktivt valde något av motsatsen dvs. att vända på det hela och gå till dem i verkstäderna och till pausrutorna fann vi ett naturligt behov att få tala om gemensamt p-medelsval och pröva sina funderingar om samlevnad.
– – –
Vi var slagna av den öppenhet männen visade. Kanske var det våra egna fördomar om män som bidrog till vår förvåning? Men, några sade att så här hade man aldrig tidigare talat med varandra på den arbetsplatsen. Vi känner själva en djup respekt och ödmjukhet inför alla de förtroenden om samlevnad som man delgav oss" (s. 15 f.).

Efter besöket på Volvo Umeverken har den arbetsgrupp som planerade försöket mer fått karaktären av en idégrupp för fortsatt utveckling av den abortförebyggande verksamheten i sjukvårdsdistriktet. En av de saker gruppen diskuterat är en eventuell uppföljning av Volvo-besöket. De tänkbara uppföljningsinsatser som man diskuterat är att träffa mindre grupper av anställda, gå ut med mer faktainformation om preventivmetoder och att stimulera de anställda till att starta studiecirklar kring samlevnadsfrågor. Ett resultat av gruppens diskussioner är samlevnadsinformation, lunchteater, utställning och diskussioner, som genomförts på en annan av de större arbetsplatserna i länet – Regionsjukhuset i Umeå.

15.5.2 Arbete med tonåringar – fritidsgården Puma

Fritidsgården Puma ligger i ett förortsområde utanför Visby. Ända sedan 1974 har samlevnadsupplysning varit en av grunderna för arbetet med ungdomarna på gården. Speciellt för Puma är också, att man länge haft en stabil personalgrupp med heltidsanställda fritidsledare. Detta har givit förutsättningar för ett långsiktigt och målmedvetet arbete med ungdomarna, inte bara på fritidsgården, utan även i samhället utanför i samarbete med föräldrar, skola, socialvård och polis.

På Puma har man tagit fasta på ungdomarnas behov av tydliga gränser, vuxna förebilder och den betydelse gänget och dess normer har för frigörelsen från föräldrarna (se även kapitel 15.3.6). Man har sett, att ledargestalter bland ungdomarna, värderingar i massmedia och det s.k. majoritetsmissförståndet är det som starkast påverkar tonåringarnas normer, värderingar och beteenden. Ledarna på gården går in för att aktivt motverka sådana normer i tonårsgruppen som manar till omfattande alkoholbruk, traditionellt könsrollsmönster, tidig sexualdebut, slarv med preventivmedel och en tuff sexuell jargong.

Man gör det genom att i gårdsarbetet ständigt gå in i samtal, aktivt ta ställning och söka påverka dem som exempelvis är på väg in i drogmissbruk. Man försöker också påverka normer och värderingar i ungdomsgruppen genom en regelbunden utbildning i samlevnadsfrågor. Ett 40-tal av gårdens ungdomar samlas under en två-årsperiod till sammanlagt fyra internatkurser med diskussioner kring samlevnad, könsroller och sexualitet. Genom dessa diskussioner ökar ungdomarnas kunskaper och minskar behovet att leva upp till de gruppnormer kring alkohol och sexualitet som ingen av dem egentligen upplever som sina egna. En annan effekt av kurserna är, att ledargestalterna inom tonårsgruppen genom att tillägna sig dessa nya kunskaper och insikter kommer att utgöra nya, positiva förebilder för övriga tonåringar. Dessutom får fritidsledarna genom kurserna större inblick i tonåringarnas personligheter, liv, bakgrund och svårigheter. Det blir tillsammmans med den fördjupade kontakten mellan tonåringar och ledare en stabil grund för arbetet på gården.

Kurser om sexualitet och samlevnad

Under hösten introduceras temat samlevnad på gården genom utställningar och diskussioner. Ungdomarna får anmäla sig till den kommande kursen och det första femdagarsinternatet äger rum i samband med Allhelgonahelgen. Ledarna gör upp kursprogrammet med ett diskussionstema varje dag och står själva för en inledande föreläsning varje morgon. Diskussionerna förs sedan i smågrupper med vardera 8–10 ungdomar och en manlig och kvinnlig ledare. De ämnen som tas upp är t.ex. preventivmedel, påverkan från herr- och damtidningar, könsroller, alkohol och sexualitet, onani. Kursen upprepas med samma deltagare under våren och påföljande höst med nya ämnen och fördjupning av dem man diskuterat tidigare. Kursens uppläggning innebär i sig ett stöd för tonåringarnas utveckling mot självständighet genom att ledarna successivt ger dem mer ansvar för den. Innehållet i den andra kursen utformas av ledare och ungdomar gemensamt och den tredje kursens ämnen bestämmer ungdomarna själva. Onani brukar tas upp till diskussion varje gång, vilket illustrerar gapet mellan de normer som finns och hur ungdomarna själva upplever sexualiteten. Tidiga samlag och sexuell jargong hör till det accepterade och förväntade i tonårsgruppen, samtidigt som onani, utforskande av den egna kroppen, ett uttryck för en positiv syn på den egna sexualiteten fortfarande är tabu- och skuldbelagt.

En utvärdering, som också den sker i smågruppsdiskussioner under några dagars internat under våren, avslutar de två kursåren. Mellan kurserna hålls diskussionerna vid liv och sprids till övriga gårdsbesökare genom insatser

från ungdomarna själva i form av utställningar, studiebesök, temakvällar, teater m.m. En del av de ungdomar som tidigare utbildats fungerar sedan som ledare för en ny kull gårdsbesökare på samlevnadskurs.

Erfarenheter

Kurserna kring sexualitet och samlevnad på Puma har medfört en mjukare stämning på gården. Drogbruket och den sexuella jargongen har minskat. Ungdomarna tar mer ansvar för arbetet på gården och för varandra, t.ex. genom att vända sig till ledarna om någon har problem. Vid intervjuer på Puma (*Olsson,* 1982) gavs exempel på den stora betydelse som Puma och samlevnadskurserna har haft för många tonåringar.

För en tjej på 16 år har samlevnadsutbildningen givit stöd i utvecklingen mot en egen identitet:

"Det är på kurserna som jag framför allt lärt mig att prata. Kurserna har fått mig att fatta att jag inte är så jävla ovanlig som jag trott (onani, första samlaget osv). På kurserna har jag också lärt mig mycket om preventivmedel och jag har också genom att prata med killar på kursen fått veta lite hur de fungerar. Vad de tycker är mysigt, hur de ser på tjejer osv. – – – Jag har genom kurserna fått prata mycket om mig själv och fått veta mycket om hur andra fungerar. Fått diskutera mig fram till vad jag tycker och tänker. Och allt det där följer sen med till Puma. Man lär sig att bry sig om andra, och andra bryr sig om mig. Man har lärt sig att stå upp för saker man tycker."

En kille som är 17 år har upplevt kurserna på följande sätt:

"Man blir mjukare. Man har inget som helst behov att gå någon konstlad väg. Man kommer nära sig själv, den man verkligen är. Vi har hemskt roligt, det skrattas mycket. Vi driver ganska hejdlöst med varandra och oss själva. – – – Jag tror att man sätter på masken för att man är osäker, rädd. Kontakt, det är hemskt svårt, det märker man på alla. Att man inte vet någonting om varandra. Det är vad jag tror."

De första sexuella erfarenheterna är viktiga:

"Jag är väldigt glad att jag väntade med att ha mitt första samlag, för det blev så bra. Mycket berodde på att jag då hade gått i studiecirkeln. Den gav mig mod, eftersom jag såg att alla andra vara likadana. De hade inte heller legat med någon. Jag vågade alltså säga nej och det gjorde att när jag hade samlag första gången var det med en kille som jag verkligen tyckte om. Det blev väldigt bra och positivt. Dessutom hade jag då preventivmedel, så jag behövde aldrig känna rädsla." (Tjej, nu 23 år)

Personalen på Puma ger stöd och ställer krav:

"Jag har haft mycket problem i skolan och hemma, så jag får mycket stöd från Puma. Nästan hela min fritid går åt på Puma. Man dricker inte lika mycket på helgerna längre, för då vågar man inte gå upp på Puma. Mycket som gör att man går upp på Puma är att man har sina polare där (och man kanske inte har något annat att göra). Ledarna är hemskt goa och rara." (Kille, 15 år)

Sociala insatser

På Puma har man ett intensivt samarbete med områdets polis, som tillbringar en stor del av sin tjänstetid bland ungdomarna på gården. Sedan samarbetet

inleddes har brottsligheten i området minskat markant.

Man tar också aktivt hand om de tonåringar som har problem, t.ex. om de är på väg in i drogmissbruk eller blir sexuellt utnyttjade. Man arbetar efter ett s.k. fyrpunktsprogram, som inleds med att man har allvarliga samtal med tonåringen, när man märker att han eller hon druckit, t.ex. Nästa steg är kontakt med föräldrarna och samtal tillsammans med dem. Om problemet kvarstår, tas tonåringens situation (med dennes vetskap) upp till diskussion i en samarbetsgrupp med representanter för fritidsgården, skolan, socialvården och polisen i området. En kontaktperson utses och man lägger upp en plan för hur man ska hantera situationen och hjälpa tonåringen. När dessa ansträngningar ändå inte räcker till behövs det oftast större insatser från de sociala myndigheternas sida.

Fritidsgården Puma är ett exempel på hur arbete med samlevnadsupplysning kan växa och utvecklas till ett socialt arbete med betydligt vidare målsättning än att förebygga aborter.

15.5.3 Sexualitets- och samlevnadsupplysning i Jämtlands län

Initiativ

Socialstyrelsen höll 1977 en kurs i sexualitet och samlevnad med deltagare från bl.a. Jämtlands län. Temat samlevnad fördes av dessa vidare vid s.k. öppenvårdsdagar för distriktssköterskebarnmorskor m.fl. i länet, dit representanter från socialstyrelsen och personer engagerade i upplysningsarbetet på Gotland var inbjudna. I slutet av 1977 väcktes en motion i landstinget om abortförebyggande upplysning och i januari 1978 beslutades i sjukvårdsstyrelsen att en arbetsgrupp skulle tillsättas med uppgift att utarbeta ett handlingsprogram för åtgärder i abortförebyggande syfte. Delar av arbetsgruppen samt personer från Östersunds kommun deltog sedan 1978 i en av socialstyrelsens metodkurser, där de fick ta del av erfarenheter av abortförebyggande upplysning i andra län.

Sjukvårdsstyrelsen inbjöd våren 1979 ett stort antal berörda personer från landstinget, kommunerna, politiska och fackliga organisationer samt kyrkan till information om projektets syften, innehåll och uppläggning.

I december 1979 beslutade förvaltningsutskottet i Jämtlands läns landsting att starta projektet Sex och samlevnad, att drivas gemensamt av landstinget, kommunförbundets länsavdelning och länsskolnämnden i Jämtlands län.

Uppläggning

Upplysningsinsatserna planerades efter modellen från Gotland med basen i en utbyggd preventivmedelsrådgivning, utbildning av rådgivare och fortbildning för personal inom hälso- och sjukvård, skola, fritids- och socialsektor. Dessa skulle sedan inom sitt ordinarie arbete föra kunskap och diskussion om samlevnadsfrågor vidare till allmänheten. Dessutom engagerades studieförbunden, teatergrupper och massmedia för att föra ut diskussionen kring samlevnadsfrågorna ytterligare.

Projektet planerades löpa under fyra år, varefter samlevnadsupplysningen ska integreras i den ordinarie verksamheten.

Mål

Huvudmålet för projektet är att motivera till planerat föräldraskap – förhindra oönskade graviditeter. Dessutom finns tre delmål:

att samordna insatser för p-rådgivning med utbildning och upplysning

att sätta in frågan om födelsekontroll i ett sammanhang av sexualitet och samlevnad och verka för ökad öppenhet och positiv syn på sexualitet

att utveckla former för samarbete mellan olika yrkesgrupper, på regional och lokal nivå, samt genom utbildning skapa ett gemensamt förhållningssätt i frågor som rör sexualitet och samlevnad.

Ekonomi

De direkta kostnaderna för de fyra projektåren väntas uppgå till ca 680 000 kr. Landstinget svarar för hälften av kostnaderna och kommunerna för resten. För varje kommun innebär det en kostnad av ca 15 000 kr. årligen. Landstinget avsatte vid projektets början medel för detta i en femårsbudget. De personer som deltar i upplysningsarbetet gör det inom ramen för sitt ordinarie arbete, men med omprioritering av sina arbetsuppgifter under projekttiden. Vid en beräkning av även indirekta kostnader, t.ex. den arbetstid som personer engagerade i projektet avsatt för verksamheten, vikariatsersättningar vid fortbildning etc. har kostnaderna för de fyra projektåren beräknats till totalt ca 4,7 milj. kr.

Projektets organisation

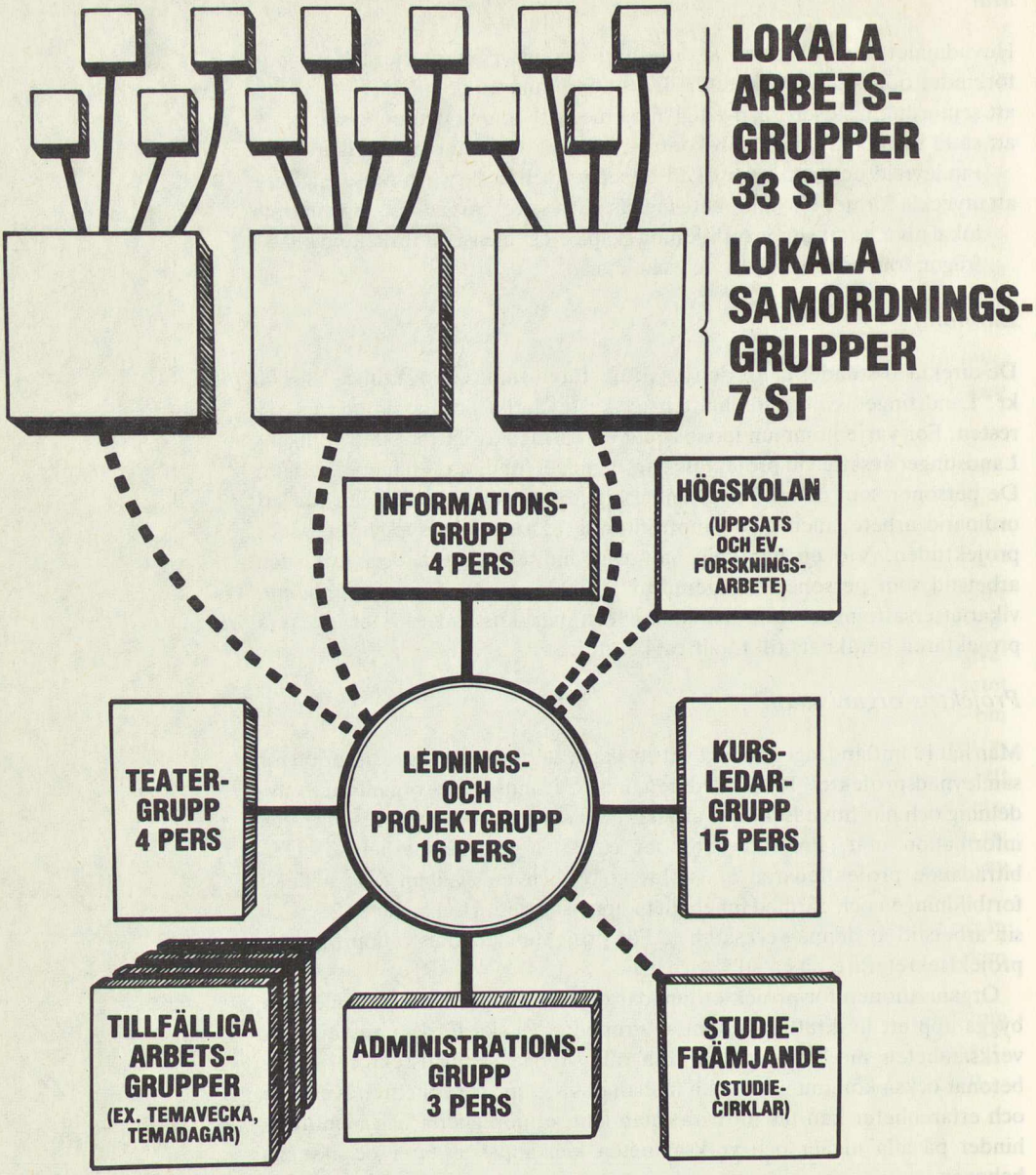
Man har i Jämtland lagt stor vikt vid att skapa en fungerande organisation för samlevnadsprojektet. Projektledaren finns vid landstingets organisationsavdelning och har huvudsakligen arbetat med strategiska frågor, resurser och information utåt. Projektarbetet tar ca 35 % av hans arbetstid. Den biträdande projektledaren är skolpsykolog och en av dem som håller i fortbildningen och därmed innehållet i upplysningen. Hon ägnar ca 25 % av sin arbetstid åt denna verksamhet. För projektets administration finns en projektsekreterare på ca 20 % arbetstid.

Organisationen för projektet innebär ett försök att etablera kanaler och bygga upp ett livskraftigt system av grupper som ska fördela ansvaret för verksamheten med medverkan från alla viktiga samhällssektorer. Man betonar också kommunikationen mellan olika grupper i systemet. Kunskap och erfarenheter kan tas till vara, man kan se möjligheter och identifiera hinder på alla nivåer och verksamheten kan anpassas efter de aktuella behoven.

Lednings- och projektgrupp

Centralt i organisationen för projektet finns en lednings- och projektgrupp.

Ledningsgruppen är politiskt tillsatt och består av nio medlemmar. Det är politiker från landstinget, representanter från kommunförbundet, länsskolnämnden samt fackliga representanter. Projektgruppen är en arbetande grupp med medlemmar från landsting, kommun och länsskolnämnd, totalt åtta personer.



Figur 15:1 Projektorganisation för sexualitets- och samlevnadsarbetet i Jämtlands län

Direkt underordnad projektledningen

Samarbete och stöd från projektledningen

Som utgångspunkt för projektarbetet deltog medlemmarna i lednings- och projektgruppen i gemensam fortbildning kring sexualitet och samlevnad, så att alla skulle vara förtrogna med ämnesområdet och utgå ifrån samma kunskaper och gemensamma attityder i det fortsatta upplysningsarbetet. Kursen utgjorde också en förberedelse för den information om projektet som medlemmarna i lednings- och projektgruppen skulle ge till kommunstyrelser, kommunala nämnder och sjukvårdsdirektioner i länet. Lednings- och projektgruppen har återkommande gemensamma fortbildnings- och planeringsdagar.

Ur lednings- och projektgruppen har det bildats ett antal centrala arbetsgrupper med speciella uppgifter inom projektet.

Information

En informationsgrupp sköter projektets interna information och informationen utåt. Man har t.ex. framställt ett temanummer om sexualitet och samlevnad i landstingets tidskrift, kallad Tillsammans, som dels tjänar som information om projektets innehåll, dels ska användas som diskussionsunderlag i studiecirkelverksamhet. (Se exempel ur tidningens beskrivning av syftet med projektet sist i detta kapitel.) Projektet presenteras också genom affischering med en beskrivning av mål och arbetssätt samt en beskrivning av abortutvecklingen i länet och landet i övrigt. Även en folder som beskriver projektet har tagits fram. Informationsgruppen ger också i samarbete med de lokala arbetsgrupperna ut ett informationsblad kallat Sesam, som fungerar som kontaktorgan mellan projektledning och lokala arbetsgrupper och grupperna emellan.

Administration

En grupp sköter all administration inom projektet. Det gäller t.ex. allt det praktiska kring fortbildningen, anställningar inom projektet m.m.

Fortbildning

En arbetsgrupp har hand om planering och genomförande av fortbildningen. Ansvaret för kursledning, föreläsning etc. har fördelats på ett 15-tal personer, barnmorskor, kurator, psykolog, läkare, fritidsledare och administrativ personal. Varje kurs har tre kursledare. Man har valt att sprida kunnighet, erfarenheter och ansvar för fortbildningen på flera personer, dels för att göra den mindre sårbar, dels för att en omfattande fortbildningsverksamhet är personligt krävande. Samtidigt har man varit angelägen att utbilda egna kursledare för att ha sådan kompetens i länet i stället för att vara tvungen att anlita personer utifrån.

Högskolan

En central arbetsgrupp svarar för kontakter med högskolans socionomutbildning. Vid högskolan finns det en särskild handledare för de uppsatsarbeten som berör detta ämnesområde. Utbytet mellan projektet och högskolan är ömsesidigt, då högskolan får förslag på angelägna undersökningsområden och projektet nya kunskaper för arbetet.

Teater

Knutet till projektet centralt finns också en teatergrupp, som ger teaterföreställningar på samlevnadstemat vid länets högstadie- och gymnasieskolor samt håller i diskussioner i anslutning till dessa.

Temavecka

Vid behov bildas ytterligare centrala arbetsgrupper. Det har t.ex funnits en tillfällig arbetsgrupp som planerat och organiserat en temavecka kring samlevnad och sexualitet i Östersunds kommun under oktober 1982.

Lokala arbetsgrupper

Efter varje fortbildningskurs bildas lokala arbetsgrupper bland kursdeltagarna, en för varje större ort respektive kring en vårdcentral/i ett rektorsområde i kommunen. Deras uppgift är att göra en probleminventering i kommunen eller kommundelen, diskutera konkreta mål för den abortförebyggande upplysningen i området, planera för det fortsatta arbetet och informera politiker och andra berörda om planerna.

Sammanlagt finns det 33 arbetsgrupper i länet (se figur 15:2). För att de ska kunna hålla kontakten och utbyta erfarenheter med varandra, ger landstinget centralt ut ett kontaktblad kallat Sesam, där de olika arbetsgrupperna bl.a. redogör för den lokala verksamheten.

Arbetsgrupperna arbetar självständigt med en sammankallande i varje grupp. I varje kommun finns en kontaktperson från projektledningen som länk mellan de lokala arbetsgrupperna och projektet centralt. Det är samma person som varit kursledare för fortbildningen i just den kommunen. Arbetsgrupperna träffas regelbundet till uppföljningsseminarier, ca två gånger per år. Då anordnas föreläsningar och diskussioner kring ett speciellt tema. De temadagar som hittills hållits har berört samlevnad ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv samt könsroller.

Lokal förankring

Man har i projektet varit mån om att sprida information och få stöd för verksamheten av alla berörda i hela länet. Kommunernas medverkan och

Figur 15:2 Lokala arbetsgrupper inom sex- och samlevnadsprojektet i Jämtlands län

stöd är en av de viktigaste förutsättningarna för genomförandet och för att verksamheten ska fortleva.

Representanter för projektledningen har gjort en noggrann genomgång av projektets syften, innehåll och organisation för kommunstyrelserna i länet. Deras beslut om medverkan i projektet har därmed kunnat fattas på grundval av en mer ingående inblick i verksamhetens innehåll och betydelse för kommunen och länet.

I Bergs kommun beslutade man på så tidigt stadium att inte stödja projektet, att man inte hann ta del av denna information. Kommunen står därför delvis utanför projektet; i Bergs kommun utbildas endast landstingspersonal, utom i Svenstavik, där även skolan ingår i projektet.

Då en kommun står i tur för fortbildning börjar man med att representanter för projektledningen informerar de berörda nämnderna i kommunen – social-, fritids- och kulturnämnd samt skolstyrelse – om projektets innehåll.

Fortbildning

Fortbildningen riktar sig till följande yrkeskategorier:

- hälso- och sjukvårdspersonal (t.ex. gynekologer, barnmorskor, distriktssköterskor och distriktsläkare)
- skolpersonal (t.ex. lärare i biologi och religionskunskap, kuratorer, skolsköterskor, skolvärdinnor och skolpsykologer)
- personal inom social- och fritidsförvaltningen (t.ex. fritidsledare, socialsekreterare, familjerådgivare)
- övriga (t.ex. representanter för Hem och Skola, kyrkan, kultursektorn och massmedia)

Fortbildningen består av fyra-dagars internatkurser med syfte att skapa ett gemensamt förhållningssätt hos dem som i olika situationer arbetar med sexualitet och samlevnad samt att ge stöd åt dessa personer i deras respektive yrkesroller. Kurserna ger kunskaper om preventivmedel och aborter, mäns och kvinnors historia samt sexualitet och samlevnad i dagens samhälle. Genom gruppdiskussioner ökar deltagarnas självkännedom i dessa avseenden samt ger vana att lyssna till och tala om frågor som sexualitet och samlevnad. Deltagarsammansättningen strävar också efter att stimulera till nytt och ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper från kommunal- och landstingsverksamhet. Fragmentariska kunskaper från varje yrkesområde ger tillsammans en helhetsbild när man får tillfälle att utbyta erfarenheter.

Sammanlagt planeras 16 sådana kurser i länet, 2–4 kurser årligen. I och med 1983 års kurser har alla länets åtta kommuner fått fortbildning. Totalt är det närmare 400 personer som utbildats och är aktiva inom upplysningsverksamheten i länet.

Upplysningsinsatser

Fortbildningskursernas sista dag ägnas åt planering av lokal verksamhet. Arbetsgrupperna får då bl.a. förslag på upplysningsaktiviteter som de kan genomföra inom sitt eget område. Tänkbara lokala aktiviteter, som också genomförs i många av de områden där man genomgått fortbildning är:

Samarbete med andra yrkesgrupper i det dagliga arbetet
Samplanering av samlevnadsundervisningen i olika ämnen inom skolan
Temadagar och -kvällar inom t.ex. skolan med elever/lärare/föräldrar
Studiecirklar
Studiedagar
Lägerverksamhet (t.ex. inom fritidsverksamheten)
Veckoslutskurser
Teaterföreställningar
Föräldramöten
Radio- och TV-program
Tidningsartiklar
Utställningar
Arbetsplatsupplysning
Offentliga debatter
Sammanställning av litteraturlistor
Författaraftnar
Bokpaket
Diskussionskvällar kring böcker om samlevnad
Musik
Samtal med människor m.m.

Ett exempel är en temavecka, som under oktober 1982 anordnades i Östersunds kommun. En arbetsgrupp knuten till projektgruppen var arrangör.

"Vad är sex- och samlevnadsprojektet? Jo, samarbete mellan kommun och landsting, där målsättningen i första hand är att förhindra oönskade graviditeter, minska antalet aborter och arbeta för ett planerat föräldraskap. 24–30 oktober kommer Du att få mera information om detta arbete genom bl.a. föreläsningar och filmer".

Så inleddes ett flygblad som presenterade temaveckans program, flera olika slags aktiviteter. En konstutställning på temat "Kärlek, samlevnad, gemenskap" var öppen under hela veckan. Varje dag hölls en föreläsning kring något samlevnadstema, t.ex. "Abort – är det ett stort problem?", "Sexualitet – varför är vi så annorlunda?", "Varför har det blivit så svårt att hålla ihop?". "Samlevnad i livets olika skeden" m.m. Programmet kompletterades med bokbord på varuhusen, musikunderhållning samt ett filmutbud med olika filmer på samlevnadstemat.

Temaveckan följdes med intresse av massmedia, som t.ex. genom intervjuer med föreläsarna bidrog till ytterligare spridning av upplysningen. Samlevnad och sexualitet blev samtalsämne på många skolor och arbetsplatser under veckan.

Fortsatt verksamhet

Man har under hela projekttiden strävat efter att integrera samlevnadsfrågorna i landstingets och kommunernas ordinarie verksamhet.

Mest självklar är verksamhetens förankring inom mödrahälsovården. Mödravårdshälsovårdsöverläkaren tillhör projektgruppen och är aktiv inom upplysningen. Inom den regionala mödrahälsovårdsutredning som genomförts i landstinget har sexualitets- och samlevnadsfrågorna en central plats

och man ser t.ex. föräldrautbildningen som ett naturligt forum för diskussioner på detta tema.

Kontakt har hela tiden hållits med landstingets friskvårdsverksamhet, med avsikten att bredda det hälsopolitiska synsättet så att det även omfattar sexualitets- och samlevnadsfrågor.

F.n. (våren 1983) diskuteras hur organisationen för det fortsatta upplysningsarbetet ska se ut. Enligt ett *förslag* ska den nuvarande centrala lednings- och projektgruppens ansvar och arbete övertas av en *lokal ledningsgrupp* i varje kommun, bestående av politiker och tjänstemän från social-, fritids- och kulturnämnd, skolstyrelse och sjukvårdsdirektion. Sådana grupper, där frågor som berör både kommuner och landsting diskuteras, finns redan. Den lokala ledningsgruppen föreslås:

- formulera mål för den fortsatta verksamheten
- diskutera gemensamma informatörsutbildningar och temadagar samt ev. kompletteringsutbildning inom vissa yrkesgrupper
- samordna olika aktiviteter inom ämnesområdet
- avsätta erforderliga resurser för verksamheten

Enligt förslaget bör det finnas en *central planeringsgrupp* som arbetar med övergripande planering och samordning med tjänstemän från landstinget, kommunförbundets länsavdelning, länsskolnämnden och högskolan. Den centrala planeringsgruppen föreslås bl.a.:

- samordna och ansvara för informatörsutbildningar inom landstingets och kommunernas fortbildningsutbud enligt önskemål från de lokala ledningsgrupperna
- planera ev. påbyggnadsutbildning i sexualitets- och samlevnadsfrågor
- svara för samordning med föräldrautbildning och studiecirkelverksamhet

Dessutom finns det redan nu *lokala arbetsgrupper* med en unik tvärvetenskaplig kompetens (medicinsk, pedagogisk, etisk, social, psykologisk/kurativ, kulturell) som föreslås:

- planera och genomföra lokala aktiviteter
- ge underlag för den lokala ledningsgruppens resursbedömningar
- samla in social befolkningsstatistik för området, dvs. skaffa kunskaper om det lokala samhällets sammansättning och förhållanden som underlag för ev. riktade insatser
- vara referens- och stödgrupp för arbete med sexualitets- och samlevnadsfrågor i lokalsamhället.

En eller ett par personer från varje arbetsgrupp föreslås ingå i en *lokal samarbetsgrupp* för varje komun som föreslås:

- samordna arbetsgruppernas aktiviteter
- redovisa pågående och planerade aktiviteter inför den lokala ledningsgruppen.

Abortutvecklingen

Man har under projektets gång med tillfredsställelse noterat en markant minskning av antalet aborter. Speciellt tydlig är denna i tonårsgruppen. Abortutvecklingen i Jämtlands län finns utförligt beskriven i kapitel 8.

Sex- och samlevnadsprojektet – därför är det allas angelägenhet

Vad har landstinget med vårt samliv att göra? Varför ska kommunerna engagera sig i abortfrågan?

Med andra ord: Vad ska Sex- och samlevnadsprojektet vara bra för?

Vi har hört frågorna och vi har försökt ge svaren.

Men det här är komplicerade sammanhang och vi känner, att det är oerhört viktigt att alla har klart för sig varför projektet är så betydelsefullt, varför det är allas vår angelägenhet.

Därför ska vi försöka förklara:

Börja med att studera figuren till höger på den här sidan!

Man kan utgå från att de barn som föds antingen är önskade barn eller oönskade barn.

Samtidigt slutar ett antal graviditeter med abort.

Vår önskan är, att sänka antalet aborter – och samtidigt också sänka antalet födda men oönskade barn. Att vara oönskad, att komma till världen fast ingen vill ha en – det är ingen god början på ett människoliv.

De barn som föds borde få åtminstone den rätten att de är önskade!

Gå nu vidare till figuren på nästa sida!

Ur Tillsammans – ett temanummer om sexualitet och samlevnad av Jämtlands läns landstings tidning Z-ronden.

Att förbjuda aborterna – det är ingen lösning

Bakom ett barns födelse ligger en graviditet. Vi kan anta, att ett önskat barn är följd av en önskad graviditet.

En oönskad graviditet kan också leda till ett önskat barn – trots allt. De enorma problem som man tyckte tornade upp sig under graviditeten kanske visade sig vara överkomliga. Situationen kan ha förändrats till det bättre. När barnet till slut kommer till världen är det välkommet.

Men en oönskad graviditet kan också leda till att ett oönskat barn kommer till världen. Det är en djupt tragisk händelse. För mamman och pappan – men mest för barnet.

En oönskad graviditet kan också leda till en abort. Inte heller en abort är något önskvärt. I stället kan det bli en svår och uppslitande upplevelse för både kvinnan och mannen.

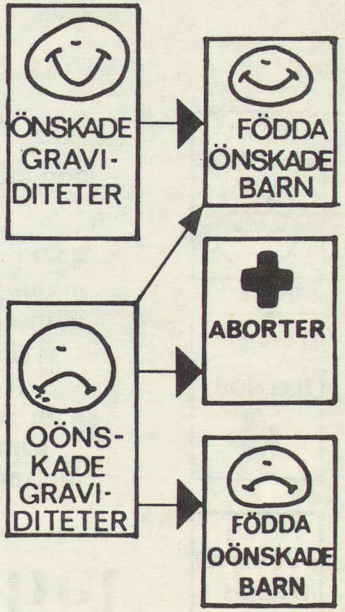
Titta nu noga på teckningen här intill.

Tänk er, att vi helt går in för att sänka antalet aborter. Någon föreslår att vi ska spärra vägen till aborten, förbjuda aborter. Det verkar ju effektivt.

Men vad händer? Ja, risken att strömmen från abort nu leds neråt, så att antalet oönskade barn stiger är förstås uppenbar. Vi kan inte räkna med att alla de barn som kommer att födas om aborterna förbjuds kommer att vara önskade barn. Risken att illegala aborter blir lösningen är också stor.

Det var ju inte så vi ville ha det. Det räcker alltså inte med att angripa problemet på den nivån. Vi måste angripa orsakerna till abort. Vi måste försöka undvika de oönskade graviditeterna!

Nu går vi till figuren på nästa sida.



Ett bra samliv är en god grund

Att en kvinna blir gravid hör samman med människans sexualdrift. Men det hör också samman med våra samlevnadsmönster. En graviditet är ett resultat av en kombination av sexualitet och samlevnad. Där har du namnet på Sex- och samlevnadsprojektet.

Ett fint förhållande mellan man och kvinna har större förutsättningar att leda till en önskad graviditet än ett förhållande som på något sätt är snett.

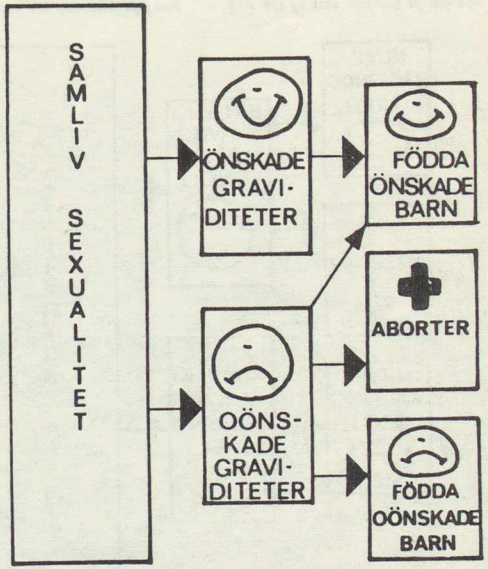
Det är inte lätt att leva tillsammans. Ett bra samliv är inget som uppstår automatiskt. Det kräver tålamod och kunskap. Vi måste lära oss att respektera varandra, att kunna lita på varandra och förstå varandra.

I ett gott förhållande kan man tala med varandra och hjälpas åt att förebygga oönskade graviditeter.

Vi ska inte räkna med att alla oönskade graviditeter kan undvikas. Alla preventivmedel är inte hundraprocentigt säkra. Det finns också de som av medicinska skäl har svårt att hitta preventivmedel de kan använda. Men oönskade graviditeter som beror på slarv eller på att mannen tvingat sig på kvinnan eller på bristande kunskap – dem kan vi förhindra i ett gott förhållande.

Ett bra samliv gör det dessutom möjligt att bygga en grund som håller, som leder till ett rikare liv – och kanske till önskade barn. Ett tillitsfullt och fint förhållande är väl något vi alla skulle vilja leva i!

Låt oss gå vidare till figuren på nästa sida!



Vi måste hjälpas åt allesammans !

Vad är det då som påverkar samlevnaden mellan man och kvinna? Det måste vi fundera över om vi ska ha en chans att bygga upp det fina förhållande som vi var överens om att vi ville leva i.

Hur ser vi på varandra? Har vi fördomar om hur en man resp. en kvinna ska fungera eller kan vi acceptera varandra som vi är? Är du beredd att jämka på dina principer eller kräver du bara att det är partnern som ska ändra sig?

Varför är det så många som tar sin tillflykt till olika droger? Är det för att vi inte riktigt vågar möta varandra som vi egentligen är, utan att ha något att "gömma oss bakom"?

Hur påverkas vi av veckotidningarnas kvinno- och mansbilder? Herrtidningarnas framtoning av kärleken som sex-lekar där kvinnan är en ren könsvarelse och mannen en supervarelse i sängen. Dam- och tonårstidningarnas noveller där kärleken är skir och vacker och romantisk.

Vad händer, när ynglingen uppväxt med herrtidningen möter flickan som lever i ljusa drömmar om romantik och uppvaktande kavaljerer?

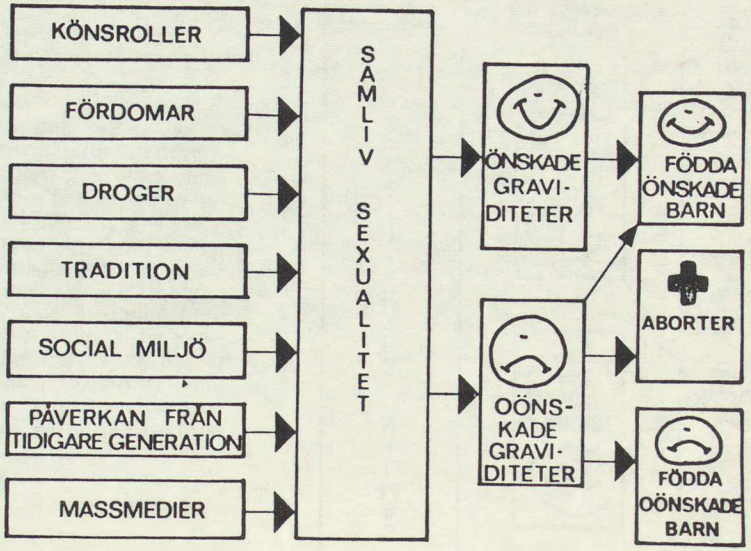
Hur påverkas vi av TV och filmer? Tuffa hårda killar. Vackra flickor som ingenting begriper.

Och hur påverkas vi av tidigare generationer? Om pappa alltid röt åt mamma, om mamma alltid framhöll hur odugliga och hopplösa karlar är – hur har det påverkat vår inställning till det motsatta könet? Vår brist på traditioner, barnens förlorade kontakt med äldre människor, hur påverkar det oss? Finns det ett tomrum här? Vår historielöshet kanske ger utrymme just åt t.ex. massmediepåverkan?

Sist – men inte minst viktigt: Hur mycket påverkas vi av vår sociala miljö?

Hur många är det som skulle vilja ha flera barn – om bara ekonomin medgav det, om det bara fanns fungerande barntillsyn, om den nya graviditeten inte skulle leda till att man riskerade att mista jobbet för det är ju bara ett tillfälligt arbete man fått, om det skulle få plats ett barn till i den trånga bostaden...

Kunde man bara komma åt de här praktiska svårigheterna så kanske barnet hade varit önskat? I stället blev det en ny siffra i abortstatistiken...



Det är den här typen av diskussioner vi vill väcka.

Vi hoppas också att det framgår att aborterna inte är – som många velat hävda – en ren sjukvårdspolitisk fråga.

Det går inte att dra upp sådana ansvarsgränser.

Vi vill, att alla ska kunna hjälpas åt, i syfte att öka möjligheterna att skapa goda förhållanden.

För att få ner antalet oönskade graviditeter.

För att få ner antalet oönskade barn.

För att få ner antalet aborter.

För att de barn som föds ska få chansen att födas önskade och växa upp i goda förhållanden.

Bilaga till kapitel 15

Förteckning över det material på samlevnadsområdet som producerats vid nämnden för hälsoupplysning t.o.m. 1980 samt vid byrån för hälsoupplysning.

Faktamaterial

Födelsekontroll

Fakta om preventivmedel. h-fakta nr. 2. En beskrivning av preventivmetoderna, deras användning, säkerhet, biverkningar etc. för berörd *personal.*

En liten bok om preventivmedel. En rikt illustrerad broschyr som på ett enkelt och överskådligt sätt ger fakta om olika preventivmetoder, deras för- och nackdelar. Den distribueras till *allmänheten* bl.a. genom mödravårdscentraler, kvinnokliniker, skolor och apotek. Finns även på sex invandrarspråk.

Våga fråga. Ett enkelt faktahäfte om preventivmedel, sexualitet, samlevnad och könsroller för *tonåringar* som sprids via skolor, fritidsgårdar och ungdomsmottagningar. Finns även på finska.

Sexualitet och födelsekontroll i dagens samhälle. h-fakta nr. 3. En antologi med historiska, sociala och psykologiska synpunkter på födelsekontroll, i första hand för *personal.*

Är jag med barn? En folder med uppgifter om vart man vänder sig för att få graviditetstest utfört, om mödrahälsovård och abortrådgivning. Distribueras bl.a. genom apoteken.

Om sterilisering. En broschyr som beskriver lagen om sterilisering och steriliseringsingreppet samt ger en rad exempel på hur män och kvinnor upplevt sterilisering. Den delas ut till dem som får steriliseringsrådgivning.

Abort

Om abort. En broschyr för *allmänheten* som beskriver abortlagen och aborten från graviditetstest till tiden efter aborten. Distribueras genom kvinnokliniker, ungdomsmottagningar, apotek och skolor. Finns även på sex invandrarspråk.

Rätt till abort. Informationsblad med fakta om abortlagen och vart man vänder sig för abort. Finns även på sju invandrarspråk.

Graviditet, föräldraskap

Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap med både fakta och beskrivningar av tankar och känslor kring graviditeten. Distribueras till *blivande föräldrar* via mödravårdscentralerna.

Att få tvillingar. En bok med fakta, stöd och råd för tvillingföräldrar.

Amning. h-fakta nr. 4. En bok om amningens fysiologi, psykologi och praktik som riktar sig till *personal.*

Lättare att amma. Ett häfte om amning med fakta och praktiska råd. Distribueras till blivande och nyblivna *föräldrar* via mödra- och barnhälsovården.

Sexuellt överförbara sjukdomar

Sexuellt överförbara sjukdomar. h-fakta nr. 10. En bok med historik, medicinska fakta och psykologiska synpunkter på sexuellt överförbara sjukdomar (STD) som riktar sig till *personal* inom hälso- och sjukvården och till lärare som undervisar om STD.

Om sexuellt överförbara sjukdomar. En broschyr till *allmänheten* om de sexuellt överförbara sjukdomarna, om symtom, undersökning och behandling. Distribueras bl.a. via könspolikliniker, ungdomsmottagningar och skolor. Finns även på sex invandrarspråk.

Ett *undervisningsmaterial* för grundskolans högstadium och gymnasieskolan om sexuellt överförbara sjukdomar.

VS-Nytt. Informationsblad till sjukvårds*personal* och lärare med diskussion och aktuella fakta om de sexuellt överförbara sjukdomarna. Tidskriften utkom med 2–4 nr per år under åren 1972–1980.

Abortförebyggande upplysningsverksamhet

Att arbeta med sex och samlevnad. En handbok i abortförebyggande upplysning för personer inom kommuner och landsting, politiker, informatörer och rådgivare. Den beskriver hur man planerar, leder och genomför ett abortförebyggande projekt med utbyggnad av preventivmedelsrådgivning, utbildning av informatörer och rådgivare samt information till allmänheten.

Diskussionsmaterial

Leva tillsammans. Ett studiematerial med artiklar om könsroller, sexualitet, samlevnad, preventivmedel och abort för diskussioner och *studiecirklar,* med handledning.

En tjej och en kille. Ett studiematerial för *tonåringar* kring sexualitet, samlevnad, könsroller och preventivmedel, med handledning.

Fri abort? Bildband om en kvinna och man i abortsituation. Kan användas som utgångspunkt för diskussion kring abort i olika sammanhang.

Varför är det så svårt med abort? Ett diskussionshäfte som bl.a. tar upp och kommenterar olika argument ur abortdebatten.

Mansbilder. Ett studiematerial om mansrollen, känslor, samlevnad, sexualitet och arbete, med handledning.

Könsroller i barnomsorgen. Ett diskussionsmaterial för personal inom

barnomsorgen kring könsroller, sexualitet, samlevnad och arbetet på barnstugan.

Gotlandshuset. En skönlitterär beskrivning av hur villkoren för sexualitet och samlevnad förändrats under fem generationer i en gotländsk familj. Finns även på engelska.

Brukets döttrar. En beskrivning av unga kvinnors liv på en ort med tung mansdominerad industri som belyser sambanden mellan kulturellt arv, social- och arbetsmarknadssituation, kvinnoroll och föräldraskap.

Sexualitet och samlevnad. Temanummer av tidskriften Invandrare och minoriteter, 5–6/79, producerat i samarbete med h-nämnden.

Rapporter

Försöksverksamhet med sex och samlevnad på Gotland 1973–76. h-rapport nr. 1. En beskrivning av Gotlandsprojektets genomförande och resultat. Finns även på engelska.

Snacka sex på gården. Rapport från försöksverksamhet med sexualupplysning på två fritidsgårdar.

Teater som pedagogik. h-rapport nr. 2. En utvärdering av fem teatergruppers arbete med pjäser och diskussioner på samlevnadstemat.

Redovisning av samlevnadsprojekt i 29 ungdoms- och kvinnoorganisationer 1974/75 och 1975/76. h-rapport nr. 5.

Ungdomsmottagning – ska vi ha de'? En kritisk granskning av speciella mottagningar för ungdomar.

När kulturer möts. Dokumentation av en kurs kring invandrare, sexualitet och samlevnad.

Invandrare, sexualitet och samlevnad. En sammanfattning av socialstyrelsens upplysning till invandrare om sexualitet och samlevnad.

Övrigt

En serie samlevnadshäften:

Nr. 1/81 Abort – förebygga eller förbjuda? Den etiska debatten.

Nr. 1/82 Tala om sex. Den sexuella öppenheten och förmågan att tiga.

Nr. 2/82 Teknik och känsla - om preventivmedel.

Litteraturlista. Upptar litteratur för barn, tonåringar och vuxna kring sexualitet och samlevnad. Aktuell 1980.

Litteraturlista – invandrare/sexualitet och samlevnad. Upptar både facklitteratur och skönlitteratur. Aktuell 1979.

Förteckning över föreläsare. En förteckning över personer länsvis som kan föreläsa över olika temata på samlevnadsområdet. Aktuell 1978.

Studiehandledning för diskussionsgrupper bland värnpliktiga kring sexualitet och samlevnad.

III Forskarbidrag

16 Att styra sin fruktsamhet

Av docent Karl-Gösta Nygren

16.1 Inledning

Under de sista decennierna har de medicinska kunskaperna om fortplantningsmekanismerna ökat i hög grad. Därigenom har våra möjligheter att styra vår egen fortplantning också ökat. I praktiken har detta å ena sidan inneburit att helt nya och mera effektiva preventivmedel kommit i allmänt bruk och å andra sidan att möjligheter till diagnos och behandling av ofrivillig barnlöshet förbättrats. Hela denna kunskapsutveckling och dess praktiska tillämpning har framför allt gällt kvinnan. Även när det gäller mannen har våra kunskaper ökat, men ännu har de praktiska resultaten låtit vänta på sig.

I detta avsnitt skall framför allt diskuteras de olika fruksamhetsminskande åtgärder, preventivmetoder, som är tillgängliga idag och som kan komma att bli tillgängliga i framtiden, deras effektivitet och eventuella risker och deras relation till aborter. Ett bra sätt att få en överblick är att utgå från den medicinska fortplantningsprocessens olika steg dvs. det medicinska förlopp som måste fungera normalt för att en graviditet skall komma till stånd.

16.2 Fortplantningsprocessen

Ur medicinsk synpunkt är fortplantningsprocessen en fysiologisk kedja av olika, var för sig komplicerade, "händelser" hos mannen och hos kvinnan. Tillsammans leder de till en befruktning och, ungefär en vecka senare, till implantation av det befruktade ägget i livmoderns slemhinna och därmed en begynnande graviditet. Hela detta förlopp kan mycket förenklat delas upp i 12 olika steg. Utebliven graviditet beror på störningar i ett eller flera av dessa steg. De olika preventivmetoderna stör ett eller flera av stegen.

Tabell 16:1 i detta kapitel är tänkt att tjäna som bakgrund till den följande framställningen. I tabellen har de olika stegen i fruktsamhetsförloppet relaterats till dagens preventivmetoder, till eventuellt framtida preventivmetoder samt till olika fruktsamhetsbefrämjande åtgärder som kan komma i fråga vid störningar i det fysiologiska förloppet.

16.2.1 Fortplantningsprocessens "12 steg"

1 *Spermiebildning* sker i testiklarna, efter puberteten, under inverkan av reglerande hormoner från hjärnan; tar ca 10 veckor.
2 *Spermiemognad* sker i bitestiklarna, som är ett långt ihopvindlat gångsystem, tar 1–2 veckor. Processen styrs av manligt könshormon.
3 *Transport* ut sker genom sädesledarna. Dessa för spermierna till sädesblåsorna där de lagras och därefter vidaretransporteras ut vid ejakulationen (sädesuttömningen).
4 *Sexualitet och samlag*
5 *Deponering av spermier* vid livmoderhalsens yttre öppning.
6 *Spermiepenetration* genom livmoderhalsen. Sekretet (slemmet) i livmoderhalsen har flera viktiga funktioner för fortplantningsprocessen. Sekretet är genomsläppligt för spermier bara under en begränsad period omkring ägglossningen. Här tycks också ske ytterligare utmognad av spermiernas funktion och vidare kan lagring ske under viss tid.
7 *Spermietransport genom livmodern*
8 *Spermietransport genom äggledarna.* Redan ca en halv timme efter samlag finns befruktningsdugliga spermier i äggledarna.
9 *Ägglossning* sker från äggstockarnas yta. Ägglossningen sker normalt en gång per månad ungefär mitt emellan menstruationerna. Ägglossningen styrs av hormoner från hjärnan. Ägglossningen föregås av en utmognadsprocess i äggstockarna som tar ungefär 3 veckor. Denna utmognad är mycket komplicerad och förutsätter ett samspel mellan äggstockarnas hormonproduktion och centrala nervsystemet. Ägglossningen sker ut i fri bukhåla men ägget sugs raskt upp av äggledaren.
10 *Befruktning.* Sammansmältningen av spermie och ägg sker i äggledarens yttre delar.
11 *Återtransport till livmodern.* Det befruktade ägget förs nu genom äggledaren in mot livmodern och så småningom också in i livmoderhålan.
12 *Implantation i livmoderslemhinnan.* En vecka efter befruktningen sker vidhäftningen i livmoderslemhinnan så att graviditeten kan ta sin början. Detta är en ytterligt komplicerad procedur som förutsätter en perfekt funktion av slemhinnan vars utveckling styrs genom hormonell påverkan från äggstockarna. Ägget som implanteras ger omedelbart hormonella signaler till äggstockarna att fortsätta sin hormonproduktion (som annars skulle ha avstannat med menstruation som följd) och graviditeten kan fortskrida. Mer än hälften av dessa graviditeter resulterar i missfall (de flesta så tidiga att kvinnan inte säkert uppfattar att hon verkligen var gravid) eller andra reproduktiva "katastrofer" – t.ex. utomkvedshavandeskap. Knappt hälften av graviditeterna fortsätter till fullgången tid.

16.3 Angreppspunkter = p-metoder

Med utgångspunkt från de nyss beskrivna "12 stegen" i fruktsamhetsprocessen diskuteras först dagens p-metoder och därefter eventuella framtida metoder. Läsaren rekommenderas att följa framställningen via tabell 16:1.

Tabell 16:1 Fortplantnings-processen

Fysiologi	Aktuella p-metoder	Ev. framtida p-metoder	Fruktsamhetsförbättrande åtgärder
Spermiebildning	–	"p-piller för män" gossypol	hormonbehandling
Spermiemognad	–	Anti-androgener	
Spermietransport	sterilisering	reversibla metoder	operation
Samlag	"naturlig" fam.plan. säkra perioder samlagsförbud	ägglossningsbestämning med text-remsa	
Deponering av spermier	avbrutet samlag kondom, pessar spermiedödande medel	 metodutveckling	insemination
Transport – gm livmoderhalsen	mini-piller	ICP (intracervikala p-medel)	hormonbehandling infektionsbehandling intracavitär insemination
– gm livmodern	–	–	
– gm äggledarna	sterilisering av kvinnor	"p-pluggen"	operation "provrörsbarn"
Ägglossning	p-piller p-spruta	metodutveckling "näs-spray"	hormonbehandling
Befruktning av ägget	–	penetrationshinder	
Återtransport till livmodern	–	–	
Implantation i livmoderslemhinnan	spiral	vaccinering	
Graviditet	abortoperation	"abort-piller"	övervakning miljö-sanering infektionsbehandling

16.3.1 Dagens p-metoder

1 *Spermiebildning:* Inga aktuella metoder.

2 *Spermiemognad:* Inga aktuella metoder.

3 *Spermietransport: Manlig sterilisering* innebär att sädesledarna på båda sidorna klipps av och täpps till så att spermierna inte kan passera ut. Spermieproduktionen och utmognaden av spermierna fortsätter som förut men spermierna sönderfaller därefter och försvinner. Ejakulatet, som till allra största delen består av sekret från prostata och andra körtlar, ser ut som före operationen men innehåller alltså inga spermier.

4 *Samlag:* Här förekommer flera olika p-metoder. *"Naturlig familjeplanering"* går ut på att kvinnan försöker lära känna igen de olika kroppssignaler, som kan avslöja för henne att ägglossningen äger rum. Dit hör förändringar i kroppstemperaturen och förändringar av det sekret som avges från livmodershalsen. Sekretet ändrar mängd, utseende och konsistens när ägglossningen närmar sig. Metoden förutsätter att man avstår från samlag under den tid då upprepade egna kroppsundersökningarna ger vid handen att graviditet skulle kunna inträffa. Ägget överlever obefruktat ca 1 dygn och spermierna ca 3 dygn. Sålunda måste samlagsförbud råda under minst 3 dagar före och 1 dag efter ägglossningen. Problemet är att ägglossningstidpunkten genom denna metod inte kan identifieras tillräckligt exakt varför samlagsförbudet måste utsträckas ytterligare.

"Säkra perioder" kan sägas vara en delmetod av den förra där man avstår från egna kroppsundersökningar men i stället, genom att *räkna ut* den sannolika tidpunkten för ägglossningen och avstå från samlag under den fruktsamma perioden, försöker undvika gravititet.

Samlagsförbud i vissa åldrar har praktiserats i alla samhällen och idag är kanske Kina det mest bekanta exemplet där man genom att diktera tillåten ålder för giftermål och starkt fördöma sexuellt samliv före giftermålet försöker uppnå en barnbegränsningseffekt.

5 *Deponering av spermier. Avbrutet samlag* är här den vanligaste metoden där samlag inte genomförs till ejakulation utan avbryts dessförinnan så att en deponering av spermierna framför livmodermunnen aldrig sker. Användandet av *kondom* är ett annat sätt att undvika deponering av spermier trots att samlaget genomförs fullt ut. Applicering av *spermiedödande medel* i slidan med eller utan samtidig *pessar*användning är en annan möjlighet där deponeringen som sådan tillåts ske men där kemikalier ser till att spermierna trots "korrekt" deponering ändå inte kan ta sig vidare upp i livmoderhalsen.

6 *Spermiepenetration genom livmoderhalsen:* S.k. *mini-piller* innehåller endast *ett* kvinnligt könshormon s.k. gestagen. Genom att tillföra detta kontinuerligt i en daglig dos påverkas sekretet i livmoderhalsen så att det hela tiden förblir ogenomträngligt för spermier. I praktiken har det visat sig att för att uppnå denna effekt måste dosen höjas så pass högt att också ägglossningen i en del fall påverkas. Detta kan bidra till metodens säkerhet men ger å andra sidan också upphov till de blödningsrubbningar, som är en av metodens stora nackdelar.

7 *Transport genom livmodern:* Inga aktuella metoder.

8 Transport genom äggledarna: *Kvinnlig sterilisering.* Motsvarande operationen på mannen sker här en avskärning och tilltäppning av äggledarna på båda sidor genom ett operativt ingrepp. Antingen görs detta genom en liten buköppning, laparotomi, eller genom att man för in ett smalt rör genom vilket operationen kan utföras, laparoskopi.

9 *Ägglossning:* Denna hämmas effektivt genom användning av *kombinerade p-piller.* Den i Sverige nyligen godkända *p-sprutan* har samma effekt.

10 *Befruktning:* Ingen aktuell metod.

11 *Återtransport till livmodern:* Ingen aktuell metod.

12 *Implantation i limoderslemhinnan.* Livmoderinlägg eller *spiral* fungerar sannolikt huvudsakligen genom att förändra livmoderslemhinnans byggnad så att implantationen uteblir. Därigenom uteblir också de hormonella signaler från ägget till äggstockarna så att menstruationen kommer på ungefär väntad tidpunkt.

16.3.2 Framtida metoder

1 *Spermiebildning: "P-piller för män"* är den metod som skulle kunna appliceras på detta steg. När försöken började för ca 10 år sedan hoppades man att genom att tillföra hormoner i tablettform kunna störa spermiebildningen lika effektivt som samma metod hos kvinnan stoppar ägglossningen. Det visade sig emellertid så småningom vara svårt. Anledningarna var flera. Man trodde först att spermiebildningen bara skulle behöva minskas ner till de låga nivåer som man ser hos ofruktsamma män dvs. ner till mindre än 20 miljoner spermier per ml. i ett ejakulat. Man kunde också i flera försök visa att tillförsel av p-piller till män verkligen minskade spermiebildningen till dessa nivåer. De relativt fåtaliga spermier som ändå bildades visade sig amellertid vara fullt befruktningsdugliga. För att nå fullgod befruktningshämmande effekt måste spermiebildningen pressas ner till 0! Att uppnå detta genom tillförsel av hormoner skulle kräva utomordentligt stora doser. Därför är denna metod för närvarande icke användbar. Forskningen fortsätter.

I Kina har försök gjorts att få spermiebildningshämmande effekt av "Gossypol", en naturprodukt från bomullsfröolja, där man uppger sig ha registrerat en viss effekt men där också biverkningarna har varit kraftiga. Forskning pågår.

2 *Spermiemognad:* Här pågår försök att tillföra s.k. *anti-androgena preparat* som skulle motverka mognadsprocessen i bitestiklarna. Antiandrogener kan tillföras i tablettform. Hittillsvarande försök tyder emellertid inte på någon omedelbar succé för denna metod.

3 Spermietransport: Här experimenteras med *reversibla metoder för sterilisering,* bl.a. med någon form av ventil eller "kran" som skulle kunna opereras in i sädesledarna. Det är fortfarande osäkert om detta någonsin kan komma till användning i praktiskt bruk.

4 *Samlag:* Med hjälp av en *enkel kemisk bestämningsmetod,* skulle kvinnan själv kunna avgöra om och *när ägglossning sker.* Detta skulle kunna åstadkommas genom att en kemiskt preparerad remsa finge reagera med kvinnans urin för att därigenom avslöja de hormonella förändringar som sker före ägglossningen. Fördelen med en sådan metod vore att p-metoder som naturlig familjeplanering och säkra perioder då skulle få en mycket säkrare användning. Försöken att utveckla en sådan ägglossningsbestämningsmetod för kvinnan själv har emellertid ännu inte krönts med framgång.

5 *Deponering av spermier:* Här pågår forskning för att förbättra bl.a. *spermiedödande medel* men någon principiellt ny metodutveckling är svår att se. En del praktiska förbättringar är dock på väg.

6 *Spermietransport genom livmoderhalsen:* Man försöker här s.k. *intracervikala p-medel,* som appliceras i livmoderhalsen att där ändra sekretets

egenskaper. Man skulle i så fall få en effekt som kan liknas vid den som mini-piller har, utan att ägglossningen och därmed menstruationen behöver störas. Flera problem finns dock t.ex. risken för att menstruationsblödningen skall stoppas upp genom närvaron av preventivmedlet i livmoderhalsen.

7 *Spermietransport genom livmodern.* Inga aktuella utvecklingslinjer.

8 *Spermietransport genom äggledarna.* Här har man försökt finna metoder att blockera äggledarna inifrån livmodern. F.n. pågår försök med den s.k. *p-pluggen* som förs in i äggledarna inifrån livmodern via ett rörinstrument, ett s.k. hysteroskop. Metoden anses vara reversibel men detta förutsätter att äggledarna är helt oskadade när man efter kanske flera års användning tar bort p-pluggen. Denna och andra frågor är f.n. obesvarade men forskningsarbetet pågår. Om det lyckas har man alltså en metod som kan karaktäriseras som reversibel steriliseringen.

9 *Ägglossning:* Utvärdering av den s.k. *nässprayen* pågår på flera håll i världen. Denna metod innebär att man via nässpray tillför hormon vilka liknar de regleringshormoner som normalt produceras i hjärnan för reglering av äggstockarnas funktion. En sådan hormontillförsel stoppar ägglossningen utan att ha någon annan påverkan på kroppen. Vinsterna med en sådan metod skulle alltså vara att biverkningarna borde bli mindre påtagliga än med p-piller. Många problem återstår dock att lösa innan denna metod kan komma till praktisk användning.

10 *Befruktning:* Försök pågår för att studera den penetration av spermierna in i ägget som sker vid befruktningen. Bl.a. är ett flertal enzym inblandade, vilka är lokaliserade till spermiens huvud. Genom *enzympåverkan* vore det tänkbart, åtminstone teoretiskt, att penetrationen skulle förhindras. En lång metodutveckling återstår dock till en praktisk användbar metodik.

11 *Återtransport till livmodern:* Detta steg i fortplantningsprocessen kan man inte störa. Resultatet skulle nämligen kunna utvecklas till en graviditet i äggledaren, ett s.k. utomkvedshavandeskap, vilket leder till fostrets död och som också kan hota kvinnans liv och hälsa.

12 *Implantation i livmoderslemhinnan:* En möjlighet som undersöks är *vaccinering* mot den hormonella signal som det befruktade ägget avger vid implantationens början. Djurförsök pågår men det är fortfarande tveksamt om metoden kan bli användbar för praktiskt bruk.

Fruktsamhetsbefrämjande åtgärder

Eftersom denna framställning inte tar sikte på fruktsamhetsbefrämjande åtgärder hänvisas här enbart till tabellen för att ge en uppfattning om vilka olika behandlingsalternativ som kan förekomma vid konstaterade störningar av de olika stegen i fortplantningsprocessen.

16.4 P-metodernas effektivitet och deras biverkningar

Både effektivitet och biverkningar av *alla* preventivmetoder beror inte bara på metoderna själva, utan i hög grad också på deras rätta användning, på

kvinnans eller mannens hälsa eller brist på hälsa och på tillverkaren/ distributörens sätt att tillhandahålla och informera om sina produkter.

Sterilisering av män är mycket effektiv men ändå inte fullständigt 100-procentig. Det operativa ingreppet kan i enstaka fall misslyckas genom att det ibland förekommer en extra sädesledare som kanske inte upptäcks av operatören. Det förekommer också, i enstaka fall, spontana "rekanaliseringar" dvs. att avskärningen av sädesledarna visserligen har varit fullständig från början men att kanalerna efter en tid åter öppnat sig. Dessa fall är ovanliga men förekommer dock. Steriliseringsoperationen påverkar inte kroppens funktoner i övrigt och inte heller något annat steg i fortplantningsprocessen. Man har diskuterat möjligheten till psykiska biverkningar i form av en känsla av minskad manlighet och av sexuella störningar, men i varje fall i Sverige har vi inte kunnat konstatera något sådant. I USA diskuteras f.n. utifrån vissa djurförsök, om sterilisering av män skulle kunna ha en generell påverkan på det s.k. autoimmuna systemet i kroppen och på det sättet bl.a. kunna påverka hjärtkärlsystemet i negativ riktning. Några bevis för att så skulle förhålla sig hos människa föreligger emellertid inte.

Metoder som går ut på att *undvika samlag* helt och hållet under vissa perioder under menstruationscykeln har inga medicinskt kända biverkningar. Deras effektivitet växlar i hög grad mellan olika människor.

Kondom, pessar och spermiedödande medel kan vara mycket effektiva men bara om de verkligen används på rätt sätt och vid varje tillfälle. De har inga allvarliga biverkningar som f.n. är kända. Besvär i form av allergi mot gummi eller allergi mot spermiedödande medel kan förekomma. Nyare forskning har kunnat konstatera att det från slidväggen sker en viss absorbtion av de spermiedödande ämnena. Att detta skulle ha någon negativ effekt på den kvinnliga organismen är emellertid inte påvisat.

Mini-piller, som motverkar spermietransporten upp genom livmoderhalssekretet, har mycket få biverkningar av allvarlig art eftersom dosen är låg och östrogen (ett kvinnligt könshormon) inte ingår i pillren. Däremot förekommer en del praktiska bekymmer framför allt med menstruationsrubbningar. Effektiviteten är också mindre än med vanliga p-piller, eftersom den låga dosen gör att mini-piller blir känsligare än vanliga p-piller för t.ex. oregelbundet tablettintag , vilket kan resultera i blödningsrubbningar och eventuellt i en oönskad graviditet.

Kvinnlig sterilisering är ett större ingrepp än motsvarande ingrepp på en man. Man får räkna med en liten men dock risk för operativa komplikationer. Det har diskuterats om förekomsten av menstruationsrubbningar eventuellt skulle öka efter operationen. Några egentliga hållpunkter för detta finns emellertid inte. Någon annan kroppsfunktion påverkas inte och inte heller påverkas övriga steg i fortplantningsprocessen. Precis som spermieproduktionen fortsätter hos en steriliserad man så fortsätter äggloss-ningarna hos en steriliserad kvinna. Den kvinnliga steriliseringens effektivitet beror på att spermier och ägg inte kan mötas. Precis som manlig sterilisering är också kvinnlig sterilisering mycket effektiv, men inte 100-procentig. Det förekommer enstaka fall av misstag vid operationer och rekanalisering kan eventuellt också förekomma. En allvarlig konsekvens är att bland de enstaka graviditeter som inträffar hos steriliseringsopererade kvinnor så utgör utomkvedshavandeskap, dvs. graviditeter som utvecklas i

äggledaren, en större andel än normalt.

Effekterna av biverkningar av *p-piller* har tilldragit sig ett utomordentligt stort intresse. Kunskaperna om detta är omfattande. Generellt kan man säga att p-piller, rätt använda, har en utomordenligt hög effektivitet även om den inte är helt 100-procentig. Det kan finnas individuella variationer som gör att enstaka kvinnor kan fortsätta att ägglossa trots p-pilleranvändning. Glömska att ta tabletterna, samtidig tillförsel av andra mediciner eller sjukdomar i mag-tarmkanalen kan också nedsätta effektiviteten. När det gäller biverkningar har man ju framförallt diskuterat risken för blodpropp. Med dagens utveckling mot allt svagare men fortfarande effektiva p-piller och med bättre förståelse för de riskfaktorer i övrigt som påverkar risken för blodpropp så är den faktiska risken utomordentligt liten. Sedan p-pillren infördes i västvärlden har vi vare sig i Sverige, England eller USA kunnat märka någon ökning av fall av blodpropp hos kvinnor i fruktsam ålder utan tvärtom en minskning. Detta förklaras av att även om p-piller öka risken för blodpropp i någon mån, så finns det andra faktorer som i stället minskar risken och som är mera utslagsgivande, t.ex. bättre kost, mera motion osv. Vi har på senare tid också uppmärksammats på fördelar av p-piller vad beträffar hälsan. P-piller förhindrar uppkomsten av vissa äggstockscystor, ger eventuellt en minskning av risken för äggstockscancer och också av risken för cancer i livmodern. Sammantaget är p-piller alltså utomordentligt effektiva men också behäftade med vissa risker för biverkningar. Utvecklingen har gått emot allt bättre p-piller med bibehållen hög effektivitet och minskande biverkningsrisker, samtidigt som väsentliga hälsovinster med p-pillrens användning numera har kommit i dagen.

Spiral är en metod vars effektivitet i praktiken närmar sig p-pillers. Även här förekommer biverkningar men dessa är av helt annan karaktär än när det gäller p-piller. Detta eftersom spiralen inte har någon generell verkan i kroppen utanför livmodern vilket ju p-piller har. Om kvinnan ådrar sig en sexuellt överförd sjukdom, underlättar spiralen spridning av infektionen till äggledarna. Konsekvensen av detta kan i enstaka fall bli en nedsatt fruktsamhet efter det att spiralanvändningen har avbrutits. Denna risk är liten, men inte försumbar. Det är detta som är bakgrunden till att man ibland tvekar att rekommendera denna metod till kvinnor som ännu inte har avslutat sitt barnafödande.

16.4.1 Metodval

Det är paret eller den enskilda mannen eller kvinnan som själva måste välja p-metod. Valet bör vara grundat på kunskaper. Kunskapen kan bl.a. ges av en professionell rådgivare. Den kan omfatta fyra olika områden:

1 Information om effektivitet, biverkningar och användningssätt hos de olika p-metoder som kan komma ifråga i det enskilda fallet.
2 Information om kvinnans och/eller mannens hälsotillstånd vad gäller s.k. kontraindikationer för någon av metoderna. Efter utfrågning och erforderlig undersökning skall man alltså diskutera om något förhållande i hälsotillståndet finns som ur medicinsk synpunkt talar emot användning av något av p-metodsalternativen.
3 Diskussion om tidigare personliga erfarenheter av p-metoder.

4 Diskussion om storleksordningen av den risk för oönskad graviditet som föreligger i det enskilda fallet dvs. om parets fruktsamhet och sexualitet.

När dessa fyra punkter har diskuterats kan ett rationellt val av p-metod göras. Förändringar på någon av punkterna ovan kan senare göra ett metodbyte aktuellt.

I detta sammanhang kan påpekas att en diskussion om hur kvinnan skulle komma att ställa sig om en oönskad graviditet trots allt skulle inträffa, inte alltid kan genomföras på ett meningsfullt sätt men att en sådan diskussion kan tydliggöra för kvinnan/mannen hur stort deras behov ett effektivt skydd verkligen är.

16.4.2 Användningen av p-metoder i Sverige

I vilken utsträckning används då de olika p-metoderna? Statistiska centralbyrån har under 1981 genomfört en stor intervjuundersökning där sådan information blivit tillgänglig. Tabell 16:2 är hämtad från SCB:s undersökning och resulteten har utförligt berörts och kommenterats på annan plats i detta betänkande (se t.ex. kapitel 3 och 10). Den visar att användningen av p-metoder är utomordentligt hög och att s.k. högeffektiva metoder (p-piller och spiral) står för en stor del av användningen. Den visar vidare att p-metoderna används olika mycket i olika åldersgrupper men att summan av användningen är ungefär lika hög i de olika åldrarna.

Tabell 16:2 P-metod-användning i Sverige 1981 enligt SCB:s intervjuundersökning, procentuell fördelning

	Alla	20–24 år	25–29 år	30–34 år	35–39 år	40–44 år
Sexuellt aktiva						
Gravida	5,4	7,4	9,7	4,0	1,7	0,2
Ej fruktsamma	3,1	1,4	1,8	3,2	4,4	4,8
Steriliserade (man eller kvinna)	2,3	0,1	0,4	2,9	3,5	5,2
P-metod, annan	62,2	59,6	61,3	65,1	66,2	57,4
Ingen p-metod	10,7	8,8	-11,3	12,0	10,8	10,2
Ej sexuellt aktiva						
Aldrig	1,3	2,4	1,1	0,8	0,7	1,8
F.n. ej	16,1	21,3	15,4	12,0	12,8	20,4
	100 %					
P-metod-användning utom sterilisering:						
Barriärmetoder	33	23	28	33	38	45
P-piller	31	61	37	25	20	15
Spiral	27	12	28	35	31	28
"Naturliga p-metoder	9	4	7	7	11	12

Barriärmetoder = kondom, pessar, spermiedödande preparat.
"Naturlig" p-metod = avbrutet samlag, säkra perioder.
F.n. ej sexuellt aktiv = inom 4 veckor.

16.4.3 Sambandet p-metoder och aborter

Det är många faktorer som bestämmer antalet aborter och p-metoderna är blott en av dessa. P-metoderna och deras användning är det som, utom sexualitet och fruktsamhet, bestämmer antalet graviditeter. Bakom finns emellertid en rad faktorer av social och ekonomisk natur.

När en graviditet väl inträffat är det åter igen en mångfald olika faktorer som tillsammans avgör om graviditeten kommer att avslutas med födelsen av ett friskt barn eller ej. Missfall, utomkvedshavandeskap, druvbörd, graviditetskomplikationer hos kvinnan m.m. utgör medicinska hot. Personliga, sociala och ekonomiska förhållanden är avgörande för om abort blir nödvändig.

P-metoderna och deras användning har alltså betydelse för aborternas antal men dock endast indirekt och en hel rad andra faktorer påverkar också aborternas antal. I en situation som den vi har i Sverige idag, med ett sjunkande antal födda barn, kan konsekvensen bli ett stigande antal aborter – om inte antalet inträffade graviditeter kan nedbringas. Detta kan endast ske genom förändringar i sexualvanor och/eller p-metodsanvändning.

16.4.4 Kan p-metoderna och deras användning förbättras så att antalet aborter kan minskas?

Svaret på denna fråga är ja, men ett ja med vissa reservationer. Eftersom antalet inträffade graviditeter och den andel av dessa som går till abort, i hög grad påverkas av faktorer av social och ekonomisk natur så blir resultatet av medicinska åtgärder begränsat och svårprognosticerat.

Vad kan då göras ur medicinsk synvinkel?

1 Bättre p-metoder kan skapas genom stöd till reproduktionsmedicinsk forskning.
2 Bättre effekt, i praktiken, av de p-metoder som redan existerar kan uppnås genom att människorna får en bättre kunskap om p-metoder och deras användning och om sexualitet och samlevnad.

Dessa två åtgärder kan minska antalet aborter genom att minska antalet oönskade graviditeter. Vad skulle man då kunna uppnå? Det är naturligtvis omöjligt att säga, men kanske kunde 1/3 av dagens drygt 30 000 aborter undvikas. En sådan reduktion av aborterna vore ur många synpunkter utomordentligt angelägen. Stöd till reproduktionsmedicinsk forskning och till rådgivningsverksamheten är de två möjligheter av medicinsk karaktär som står till buds.

17 Abortmetoder

Av professor Marc Bygdeman

17.1 Tidpunkt för abortens genomförande

Under de senaste 10 åren har tidpunkten för abortingreppet förändrats. Redan under början av 1970-talet och än mer efter tillkomsten av den nya abortlagen 1975 har alltfler aborter utförts före utgången av 12:e graviditetsveckan. Denna andel av abortingreppen var t.ex. 1973 80,3 %, 1975 93 % och 1981 95,0 %. Den viktigaste medicinska konsekvensen av denna förändring är att risken för komplikationer minskar.

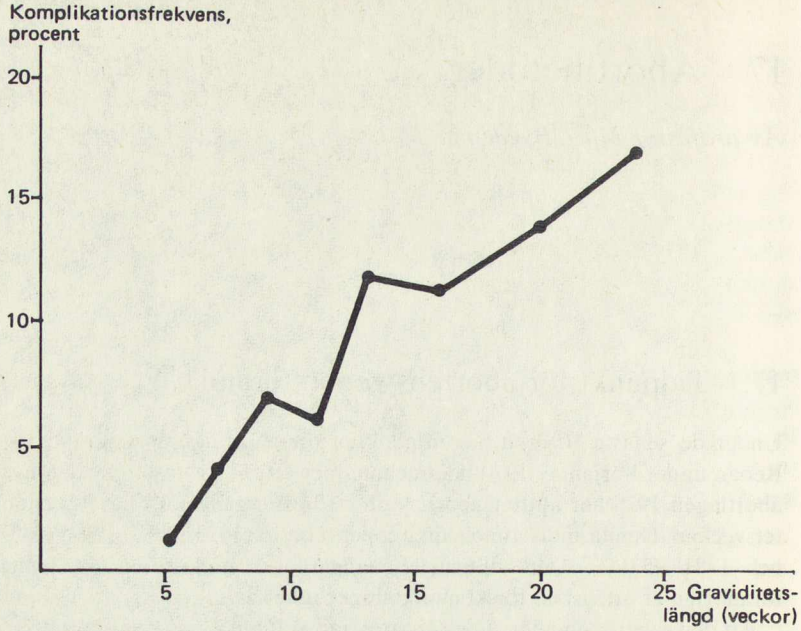
Att den relativa andelen tidiga aborter har ökat innebär också att andelen ingrepp, som kan utföras i öppen vård blivit avsevärt större. Så var t.ex. andelen ingrepp i öppen vård 1981 81 % mot 31 % 1973. Denna utveckling innebär ett mer rationellt utnyttjande av sjukvårdsresurserna och därigenom minskade kostnader.

17.2 Aktuella abortmetoder

17.2.1 Inledning

Den nuvarande abortlagstiftningen tillåter aborter fram till den tidpunkt då fostret bedömes kunna överleva efter framfödandet. Detta har i praktiken inneburit upp till och med 24:e graviditetsveckan med vissa variationer (se kapitel 11).

Någon abortmetod som är lämplig för hela denna period av graviditeten finns inte. Utgången av 12:e graviditetsveckan utgör en betydelsefull tidsgräns vid val av abortmetod. Även om denna gräns blivit mindre markerad på grund av utvecklingen av nya abortmetoder, ter det sig ändå naturligt att använda den som utgångspunkt i den följande beskrivningen av aktuella abortmetoder. Skälet för 12-veckorsgränsen är att man före 12:e veckan som regel kan mekaniskt vidga kanalen upp till livmodern så mycket att livmodern med instrument kan tömmas på sitt innehåll. Efter 12:e veckan är fostret så stort att detta blir komplicerat. Som regel föredrar man då att stimulera livmodern till sammandragningar som i sin tur leder till ett utstötande av foster och moderkaka. Därefter gör man en skrapning om man bedömer att rester av moderkakan finns kvar. Den första gruppen av metoder brukar man kalla enstegsmetoder, den andra för tvåstegsmetoder. Skall man utföra ett enstegsingrepp i andra trimestern (dvs. efter 12:e



Figur 17.1 Relation mellan graviditetens längd och antalet komplikationer vid abortingrepp.

graviditetsveckan), tvingas man göra hysterotomi, dvs. ett bukingrepp som i princip motsvarar ett kejsarsnitt.

Främst stora amerikanska undersökningar har visat att frekvensen dödsfall och medicinska komplikationer vid legala aborter är relaterad till graviditetstidens längd. Frekvensen av både lätta och svåra komplikationer är mellan 3 och 5 gånger högre för abortingrepp utförda under andra trimestern än under första trimestern (figur 17:1). Antalet dödsfall ökar från 0,6 per 100 000 ingrepp om avbrytandet gjorts före utgången av graviditetsvecka 8 till 20,2 per 100 000 avbrytanden gjorda i 16:e veckan eller senare. Några motsvarande siffror från Sverige finns inte tillgängliga. Antalet aborter i Sverige är dessutom för litet för att sådana beräkningar ska bli meningsfulla. Även om förhållandena i USA t.ex. vad beträffar val av abortmetod inte är desamma som i Sverige är det ändå sannolikt att en likartad relation mellan graviditetstid och komplikationsfrekvens även gäller här.

17.2.2 Enstegsmetoden

De abortmetoder som används före 12:e graviditetsveckans utgång är vakuumaspiration eller kurettage (primärexaeres). Av dessa har vakuumaspiration alltmer kommit att dominera. Så utfördes t.ex. 1981 94,8 % av alla abortingrepp i form av vakuumspiration. Motsvarande siffra för curettage var 0,4 %.

Vakuumaspiration innebär att man först med metallstift vidgar kanalen upp till livmodern. Vidgningen är relaterad till graviditetsveckan. Är graviditeten kortare än 7 veckor fordras som regel ingen vidgning. Vanligen vidgar man till 8–9 mm. under 8–10:e graviditetsveckan och upp till 10–11 mm om graviditeten är i 11–12:e graviditetsveckan. Därefter införes ett

metallrör i livmodern som kopplas till en vakuumsug och med vars hjälp man suger ut foster och moderkaka. Själva ingreppet tar 10–15 minuter och görs antingen i lokalbedövning (paracervikalblockad) + lugnande medel eller i kortvarig narkos. 1981 gjordes 84 % av alla vakuumaspirationer i öppen vård. Görs ingreppet i öppen vård kommer patienten till sjukhuset vid 07.30-tiden på morgonen och lämnar sjukhuset under eftermiddagens lopp. Läggs patienten in stannar hon över natten främst av praktiska skäl. Om vakuumaspirationen görs tidigt under graviditeten, dvs. under de första veckorna efter utebliven menstruation, behöver man som nämnts ovan som regel inte vidga kanalen i livmoderhalsen och kan i stället för ett metallrör använda ett plaströr, s.k. Karmankateter.

"Menstrual regulation" är en variant av Karmanmetoden, dvs. ett avbrytande av graviditeten under de första två veckorna efter utebliven menstruation, då man inte med en gynekologisk undersökning kan konstatera om en graviditet föreligger. Förutsättningarna för denna metods tillämpning har under sista åren förändrats genom att man idag genom blodprov eller urinprov relativt enkelt kan konstatera om en graviditet föreligger redan under första dagarna efter det att menstruationen uteblivit, dvs. det är inte längre aktuellt att ett abortingrepp görs utan att graviditeten är påvisad.

Komplikationsfrekvensen vid vakuumaspiration varierar i olika studier. Allmänt kan sägas att den är lägst i början av graviditeten och sedan ökar med graviditetstidens längd. De vanligaste komplikationerna är blödning och infektion, vilka båda förekommer i ca 4–5 % av fallen. Den mekaniska vidgningen kan ge traumatiska skador på livmodertappen i upp till 1 % av fallen. Perforation av livmodern sker i en frekvens av 1/500–1/1000 ingrepp. I enstaka fall, speciellt om ingreppet görs före 8:e graviditetsveckan, kan ingreppet misslyckas i den bemärkelsen att graviditeten fortsätter och ingreppet måste upprepas.

Kurettage används idag mycket sällan. Skillnaden mot vakuumaspiration är dels att kanalen upp till livmodern måste vidgas något mer och i stället för sug tömmes livmodern med en tång och en kurette, dvs. ett metallinstrument med vars hjälp man skrapar ut foster och moderkaka. Den allmänna uppfattningen i medicinsk litteratur är att vakuumaspirationen ger färre komplikationer är kurettage. I vissa länder, t.ex. USA, används denna teknik dock långt upp i andra trimestern, men då vidgas livmoderkanalen under 1 eller 2 dygn i förväg genom att s.k. laminariastift införts. Laminariastift är en växtprodukt som sväller i kontakt med fuktig miljö. Lamnariastift har tidigare använts i Sverige men metoden råkade i vanrykte på grund av en ökad infektionsfrekvens. Denna nackdel synes idag vara i det närmaste eliminerad genom att laminariastiften nu effektivt kan steriliseras. I Sverige kan man förvänta sig en ökad användning av laminariastift i samband med tvåstegsabortmetoder, men knappast som förbehandling till vakuumaspiration eller kurettage i slutet av första trimestern eller i början av andra trimestern. Här kommer säkert förbehandling med prostaglandin (se kapitel 17.4) att vara att föredra, bl.a. beroende på att vår sjukvårdsorganisation är annorlunda den i USA. Både laminariastift och prostaglandinbehandling ger en mer skonsam vidgning av kanalen upp till livmodern än metallstiften och därmed får man en minskad risk för komplikationer.

Hysterotomi är en enstegsmetod som används under andra trimestern. Genom ett operativt ingrepp i bukhålan öppnas livmodern genom ett tvärsnitt i dess nedre del varefter foster och moderkaka utskaffas. Ingreppet möjliggör samtidig sterilisering om patienten så önskar. Sjukhusvistelsen blir som regel en vecka. Enligt olika undersökningar är ingreppet förenat med en högre frekvens komplikationer än de andra metoder som används under samma tidsperiod av graviditeten.

17.2.3 Tvåstegsmetoden

Tvåstegsmetoden är den vanligaste abortmetoden under andra trimestern, men frekvensen av dessa ingrepp har kontinuerligt sjunkit under 70-talet från drygt 28 % 1971 till ca 4 % 1981. Tvåstegsmetoden innebär att man sprutar in en substans, antingen intraamniotiskt (i fostervattnet) via en nål som införes genom bukväggen och livmoderväggen eller extraamniotiskt (mellan fosterhinnorna och livmoderväggen) via en kateter, som förs in från slidan genom livmoderhalsens kanal upp till livmodern. De substanser som ges intraamniotiskt är 20 % koksalt, 200 ml, eller prostaglandin F_{2a}, 40-50 mg, och extraamniotiskt 0,1 % Rivanol upp till 150 ml, eller prostaglandin F_{2a}, 8–10 mg uppdelat på flera injektioner.

Behandlingen leder till ett värkarbete som så småningom resulterar i ett utstötande av foster och moderkaka. Fördelen med prostaglandin F_{2a} i jämförelse med koksalt och Rivanol är framförallt en kortare medeltid till abort, ungefär 20 timmar, än för koksalt eller Rivanol, ungefär 36–48 timmar. Frekvensen av biverkningar från mag- tarmkanalen, kräkning och diarré, är å andra sidan högre med prostaglandin F_{2a}. Prostaglandin F_{2a} är som substans också mindre giftig än koksalt. I vana händer är skillnaderna i komplikationsrisker små mellan de tre substanserna. Ofta stöts inte all moderkaksvävnad ut, utan en skrapning måste utföras. Tvåstegsmetoderna innebär att patienterna sjukhusvårdas under 2–3 dygn. För att minska den smärta, som värkarbetet ger upphov till, fordras adekvat smärtlindring. Även här är de vanligaste komplikationerna blödning och infektion som förekommer hos mellan 5 och 10 % av patienterna. Allvarliga komplikationer och dödsfall, vilka är ytterst sällsynta, är i huvudsak beroende på att de använda substanserna felaktigt inte administreras i livmodern utan helt eller delvis injicerats intravenöst, dvs. i blodkärl.

17.3 Senkomplikationer

Om abortingrepp ger upphov till senkomplikationer (och i så fall vilka) är en omstridd fråga. Detta förhållande tyder på att risken i alla fall är liten. Någon skillnad i fertilitet hos patienter som genomgått abortingrepp i jämförelse med kvinnor som tidigare fött barn har man inte kunnat påvisa. En viss samstämmighet råder dock om vissa komplikationer under graviditeten, som synes vara relaterade till ett tidigare abortingrepp. En uttalad mekanisk vidgning av livmoderhalsen till 12 mm. eller mer vid aborten, dvs. vakuumaspiration eller primärexeres runt 12:e veckan eller senare synes öka risken för sena missfall och för tidig förlossning i efterföljande graviditet.

Detta gäller i vissa undersökningar även vakuumaspiration och primärexeres utförd tidigare i graviditeten om ingreppet är förenat med vissa komplikationer eller vid upprepade abortingrepp. Däremot har det visats i en doktorsavhandling från Akademiska sjukhuset i Uppsala (*Meirik* 1982) att en okomplicerad vakuumaspiration liksom 2-stegsaborter i andra trimestern inte är förenade med någon ökad risk för komplikationer under nästa graviditet och förlossning.

17.4 Utveckling av nya abortmetoder

De abortmetoder vi idag använder kan inte betraktas som idealiska. Det finns utan tvekan möjligheter att både öka effektiviteten och minska frekvensen av komplikationer. De främsta utvecklingsmöjligheterna synes åtminstone för närvarande finnas inom prostaglandinområdet. Prostaglandinerna är en grupp substanser med naturlig förekomst hos människan. Goda skäl talar för att de bildas i livmodern i en situation där en ökad aktivitet hos livmodern förekommer, t.ex. vid spontana missfall och vid förlossning. Rivanol och hyperton koksalt verkar sannolikt inte direkt utan genom en stimulering av livmoderns prostaglandinproduktion.

Prostaglandinerna har den unika egenskapen att vid tillförsel stimulera livmodern till effektiva sammandragningar under alla faser av graviditeten. För närvarande finns prostaglandinanaloger tillgängliga för klinisk prövning. Den kan ges inte bara lokalt i livmodern utan också som intramuskulära injektioner eller som vagitorier. Abortmetoder som bygger på dessa enkla administrationssätt utvärderas för närvarande för avbrytande av graviditet både före och efter 12:e graviditetsveckan främst vid kvinnokliniken vid Karolinska sjukhuset i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO).

Under andra trimestern innebär de nya prostaglandinanalogerna att man ger en eller flera vagitorier (beroende på vilken analog som används) som förs upp i slidan eller upprepade intramuskulära injektioner. Behandlingen leder till att värkarbetet startar inom 1/2–1 timme och att fostret stöts ut som regel inom 24 timmar. Fördelen är i jämförelse med dagens metoder främst en högre effektivitet och ett kortare värkarbete. Kombineras behandlingen med förbehandling med laminariastift varar värkarbetet i medeltal 10 timmar, dvs. 2–3 gånger kortare än vid dagens metoder. Stora jämförande undersökningar saknas ännu men tillgängliga resultat tyder inte på en ökad komplikationsfrekvens. Biverkningar från mag-tarm-kanalen, som är ett problem med prostaglandin F_{2a} synes med de nya analogerna endast marginellt skilja sig från frekvensen vid användningen av t.ex. koksalt; frekvensen är i medeltal ca en episod per patient. Risken för allvarliga komplikationer orsakade av en felaktig tillförsel som kan förekomma vid direkt injektion i livmodern av koksalt, Rivanol eller prostaglandin F_{2a} undviks genom det enkla administrationssättet. En av dessa analoger inregistrerades nyligen i Västtyskland. Det är sannolikt att en eller flera av dessa analoger blir tillgängliga i Sverige för rutinmässigt bruk inom 3–4 år.

Som nämnts tidigare kan den mekaniska vidgningen av kanalen upp till

livmodern som är nödvändig vid vakuumaspiration eller kurettage efter 7:e graviditetsveckan ge traumatiska skador på livmoderhalsen. Tillför man en av de nya prostaglandinanalogerna antingen som ett vagitorium eller som en intramuskulär injektion 3–4 timmar före det operativa ingreppet leder detta till sammandragningar av livmodern och en vidgning av kanalen upp till livmodern så att vid vakuumaspirationen mekanisk vidgning med metallstift som regel inte är nödvändigt. Stora undersökningar, bl.a. i Världshälsoorganisationens regi, har visat att sådan förbehandling i jämförelse med mekanisk vidgning vid operationen minskar risken för operativa komplikationer, blödning och postoperativa komplikationer, infektion och ofullständig utrymning av graviditeten. Risken för komplikationer under efterföljande graviditet minskar sannolikt också. Även här kan man räkna med att dessa nya analoger blir tillgängliga för kliniskt bruk.

När det gäller mycket tidig graviditet, t.o.m. 7:e graviditetsveckan, har förhoppningen varit att kunna utveckla en icke-kirurgisk självadministrerande metod byggd på behandling med prostaglandinanaloger. Inom detta område har skett en kontinuerlig utveckling under senare år. Utvecklingen har nu nått så långt att ett antal utvalda patienter utfört behandlingen själva. Behandlingen inebär att patienterna själva tillför sig två vagitorier under en 6-timmarsperiod. Behandlingen leder till kraftiga livmodersammandragningar och en blödning motsvarande en rikligare och mer långvarig blödning än en normal menstruation, dvs. samma kliniska förlopp som vid ett spontant missfall i samma tidsperiod. Det patienterna framförallt uppskattar med denna behandlingsmetod är anonymiteten i behandlingen och möjligheterna att behandla sig själva hemma tillsammans med mannen. En medicinsk behandling upplevs inte som ett abortingrepp på samma sätt som den kirurgiska behandlingen. Nackdelen är framförallt smärtorna vid värkarbetet, som av vissa patienter kan upplevas som mycket besvärande. De flesta patienter som behandlats har dock varit positiva till denna metod och mycket talar för att den i framtiden blir ett alternativ till vakuumaspiration även om det sannolikt kommer att dröja längre tid, kanske 5–10 år.

17.5 Slutsatser

Utvecklingen i Sverige under de senaste 10 åren visar att en abortlagstiftning som tillåter abort på kvinnans egen begäran har många viktiga fördelar ur medicinsk synvinkel. Det viktigaste är kanske att ett enkelt utredningsförfarande innebär att abortingreppet kan utföras tidigare under graviditeten. Detta innebär i sin tur att enklare metoder med lägre frekvens medicinska komplikationer och dödsfall kan användas. Utförs aborten före 12:e graviditetsveckan med vakuumaspiration undviker man också det värkarbete som för kvinnan är en belastning vid tvåstegsmetod. Att ökad andel aborter utförs tidigt innebär vidare en avsevärt minskad belastning på sjukvårdsorganisationen liksom på den sjukvårdspersonal som arbetar med dessa patienter.

18 Abort och fruktsamhet i psykologisk belysning

Av *psykolog Merike Lidholm*

18.1 Direktiven

I abortkommitténs direktiv anges, att kommittén om möjligt bör belysa vilken betydelse den nuvarande abortlagens utformning och abortrådgivningens innehåll och organisation har för att förhindra psykiska efterreaktioner hos kvinnor som genomgått abort. Det är av särskilt intresse, att kommittén redovisar vilka konsekvenser kvinnans principiella beslutanderätt och det förenklade utredningsförfarandet fått för kvinnor i abortsituation. Mannens roll i abortsituationen bör särskilt uppmärksammas.

När man skall tala om aborten och dess psykologiska innebörd, måste man se till hela det sammanhang där graviditeten inträffar. Aborten berör några av människans djupaste och innersta områden, nämligen sexualitet, fruktsamhet och upplevelse av könsidentitet. Detta har rötter i den psykiska och sociala utveckling som varje individ genomgår från barndom till vuxenliv och väcker därför också djupa, omedvetna känslor till liv. Samtidigt finns det ett aktuellt psykologiskt och socialt sammanhang kring den ofrivilliga graviditeten[1], där relationen till partner, sociala och ekonomiska villkor, tillgång till abortrådgivning, abortlagstiftningen och synen på abort också kommer att påverka beslutet och avgöra upplevelsen av aborten. Som alltid rör vi oss, även när det gäller aborter, i ett komplicerat sammanhang av personliga, mellanmänskliga och samhälleliga förutsättningar, där dessa samspelar på ett för varje individ unikt sätt. Jag skall i det här avsnittet dock peka på några gemensamma nämnare, några iakttagelser om grundläggande psykologiska processer kring fruktsamhet och abort.

Framställningen bygger på en genomgång av aktuell litteratur samt samtal och diskussioner med personer som har teoretiska kunskaper och praktiska erfarenheter på området, verksamma som psykoterapeuter, inom abort- och familjerådgivning.

Arbetet är gjort under handledning av psykolog Greta Sörlin.

[1] I texten används genomgående uttrycket "ofrivillig graviditet", som inte alltid täcker det som avses. Graviditeter som avbryts genom abort kan även vara ursprungligen planerade och/eller önskade. Uttrycket "ofrivillig" har valts för att uttrycken "oplanerad" resp. "oönskad" i ännu mindre grad motsvarar den sammansatta och nyanserade verkligheten.

18.2 Psykologiska synpunkter på abortlagstiftningen

18.2.1 Förfarandet före 1975

Före 1975 var abort förbjuden i Sverige. Undantag hade sedan 1938, då den första abortlagen tillkom, gjorts i speciella fall enligt fastställda indikationer.

1938 års abortlag tillät abort på tre indikationer, medicinsk, humanitär och eugenisk. Det innebar, att en kvinna kunde få havandeskapet avbrutet endast om det var allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, om hon blivit gravid efter våldtäkt eller annan brottslig handling eller om hon genom arvsanlag kunde överföra svår sjukdom e.d. till det väntade barnet. 1946 tillkom en socialmedicinsk indikation, "svaghet" eller "förutsedd svaghet". En kvinna kunde få abort, om det kunde antas att hennes kroppsliga eller själsliga krafter allvarligt skulle nedsättas om hon fullföljde graviditeten. Ytterligare en indikation tillkom 1963, fosterskadeindikationen.

Medicinal/socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd bedömde om någon av dessa indikationer var uppfyllda. En ansökan till socialstyrelsen bestod vanligen av utlåtanden från tre personer, en kurator, en gynekolog och en psykiater. Varje utlåtande följdes av respektive befattningshavares ställningstagande – för eller emot abort. Abort kunde också utföras, om två läkare bedömt kvinnans situation och tillstyrkt abort på någon eller några av indikationernas grunder.

1965 års abortkommitté konstaterade, att gränserna mellan abortindikationerna var flytande och att det över hela linjen skedde en i hög grad subjektiv bedömning. Om en indikation tillämpats eller inte berodde till stor del på vilken innebörd varje bedömare givit åt begreppen "förutsedd svaghet", "svaghet", "sjukdom" etc. Indikationernas tillämpning visade på stora skillnader i olika delar av landet. Man konstaterade också, att det var uppenbart att en del läkare tycktes ha en betydligt mer restriktiv uppfattning om innebörden av abortlagens bestämmelser än socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd. Även nämndens praxis var dock mycket restriktiv ända in på 60-talet.

1950 års abortutredning gav i sitt betänkande *(SOU 1953:29)* bl.a. psykiatriska synpunkter på abortsituationen. Med.lic. Yngve Holmstedt sa angående psykiaterns uppgift i utredningsförfarandet:

"Vår benägenhet att tvingas gruppera människor i mer eller mindre välavgränsade kategorier innebär ur bedömningssynpunkt en stor risk – – –

Onekligen beträder man osäker mark, ett veritabelt gungfly, då man konfronteras med frågeställningen: abort eller icke abort? – – –

Att hans (psykiaterns) uppfattning – liksom varje annan människas inställning i denna fråga – måste bli av personligt präglad kompromissnatur, där inte minst hans egen livsåskådning spelar in, är tydligt." (s. 267 f.)

Den kategorisering som nämns, då man gav kvinnorna olika psykiatriska diagnoser, kom att ligga till grund för tillstyrkan eller avslag på abortansökan. Den kom troligen också att verka stigmatiserande och påverka den allmänna synen på kvinnor som genomgick abort.

Den kvinna som blivit ofrivilligt gravid och inte ansåg sig kunna fullfölja graviditeten, visste att förutsättningen för ett avbrytande var, att någon av indikationerna var uppfyllda. Hon visste, att utomstående personer skulle granska hennes situation ingående, göra en bedömning och fatta ett för henne livsavgörande beslut. Hon hade också skäl att anta, att bedömningen skulle bli subjektiv och utgången beroende av värderingarna hos just de personer hon mötte.

Många kvinnor har beskrivit situationen som starkt förnedrande. I

psykologisk bemärkelse gav förfarandet för kvinnans del flera allvarliga konsekvenser som försvårade bearbetningen och kunde göra aborten till en traumatisk upplevelse.

Holmstedt *(SOU 1953:29)* ger en insiktsfull och målande beskrivning av hur de kvinnor han som psykiater mött i abortsituation ofta upplevde denna:

"Under abortsituationen känner sig kvinnan som fången i en mörk grotta, där en liten ljusöppning i fjärran så småningom avtecknar sig allt klarare, markerande vägen till befrielsen ur ångestens gastkramning. Det gäller alltså att till varje pris snarast nå den där öppningen, aborten. Att bakom gluggen kanske ett stup eller annan fara hotar, bekymrar henne inte. Rättare sagt, ångesten är redan så dominerande, att hon ofta inte är tillgänglig för argumentering om vad som eventuellt kan finnas bakom öppningen; hon måste ut och det snart. En abortsökande har därför praktiskt taget alltid ångestskapande skygglappar mot alla sakskäl, som skulle kunna inge henne betänkligheter mot abort. Hon anar – riktigt nog – att om något argument mot abort skulle vinna resonans hos henne, skulle ångesten – visserligen kanske objektivt sett endast temporärt – ytterligare stegras.

Hon söker alltså med all sin kraft att avvärja alla hinder i vägen fram till aborten, befrielsen ur ett existenshotande fängsel. Två stigar leder fram till den hägrande ljusöppningen, en laglig och en olaglig. Den olagliga förefaller många gånger bekvämare och kortare, men samtidigt farligare; den lagliga mindre riskfull, men samtidigt längre, mödosammare och dessutom inte säkert förande till målet. Samhället föreskriver att speciella bedömare skall stoppa upp dessa ångestjagade kvinnor, skärskåda dem och fälla domen: ge passersedel eller söka anvisa andra framkomstvägar. Vad praktiskt taget alla abortsökande vill ha är abort och intet annat. De måste därför ur denna synpunkt betrakta kuratorer och läkare som tänkbara hinder att övervinna, inte i första hand utan vidare som hjälpare och rådgivare."(s. 270 f.)

De kvinnor som av psykologiska och sociala skäl ville avbryta graviditeten kunde bara få abort på indikationen "svaghet" eller "förutsedd svaghet". De måste därför framställa sig själva och sin situation på ett sådant sätt, att bedömaren uppfattade den som allvarlig. I alla kriser är det viktigt att ha tillgång till de starka och stabila delarna av personligheten och våga lita till sina egna resurser för att bearbeta och reda ut svårigheterna. Kvinnan i abortsituation tvingades i stället att ta fram och betona sina svaga, beroende sidor och framställa sig som psykiskt eller fysiskt inkompetent. Detta försvårade sannolikt bearbetningen av den eventuella aborten eller omställningen till föräldraskapet.

Schmidt (1970) intervjuade 1966–67 ca 90 kvinnor som genomgått tidig abort. I intervjuerna angav 16 kvinnor att de haft en känsla av att de under utredningen behövde göra beskrivningen av sin belägenhet mer negativ än den verkligen var för att öka möjligheterna att få abort.

Ambivalensen inför graviditeten utgjorde tidigare ett hot och hinder i den situation den abortsökande kvinnan befann sig, då det gällde att finna alla argument *för* abort. Hon tvingades – kanske även för sig själv – undanhålla och förneka de ambivalenta känslor som en graviditet alltid för med sig. Därmed blev det svårare att bearbeta känslorna inför graviditeten och aborten. I Schmidts intervjuundersökning (1970) uppgav 19 kvinnor (av 92) att de tvekat inför aborten. Bara tre av dem hade talat med utredarna om sin tvekan. "De poängterade ju hela tiden hur säker man måste vara. Därför törs

man ju inte tala om tvekan", sa en av kvinnorna. *(Schmidt 1970, s. 63)*

Beslutet om avbrytande av havandeskapet låg hos läkare eller myndighet. Kvinnan måste lämna ut sitt allra mest intima liv till utomstående; hon var utlämnad till deras bedömning av hennes situation och måste dessutom utmåla sig som svag, bräcklig och inkompetent. Det innebar också, att det låg nära till hands att hon lade över ansvaret för beslutet – abort eller fullföljande – på andra. Därmed kunde det också bli svårare att djupare sett acceptera beslutet med dess konsekvenser samt att hantera och bearbeta de egna känslorna kring detta.

Utredningsförfarandet, som tog tid, medförde också att kvinnan under lång tid av graviditeten svävade i ovisshet om dess fortsättning. Vid tillstyrkan kom abortoperationen att utföras sent i havandeskapet. Ofta hade kvinnan redan känt fosterrörelser och själva aborten var lik en vanlig förlossning. Aborten blev därför mycket mer psykiskt påfrestande för kvinnan. Vid avslag på abortansökan fanns kvinnans alla negativa känslor inför graviditeten kvar. Processen att acceptera och psykiskt införliva fostret, som vanligen sker under graviditetens första del, hade inte varit möjlig. Det blev därför svårare för kvinnan att psykiskt förbereda sig för föräldraskapet och bygga upp ett nära förhållande till barnet.

18.2.2 1974 års abortlag – kvinnans självbestämmanderätt

Ansvaret för beslutet om avbrytande av graviditet till och med 18:e veckan vilar sedan 1975 på den enskilda kvinnan. Hon har rätt till rådgivning, avsedd att ge stöd och hjälp i en svår situation och skapa bättre förutsättningar för hennes eget ställningstagande.

Om kvinnan vid en graviditet av olika skäl inte känner sig mogen för eller saknar möjligheter att ta emot ett barn, kan hon få avbryta graviditeten utan att behöva redogöra för sina personliga förhållanden eller redovisa sina skäl. Tidigare var de psykiatriska indikationerna det vanligaste skälet till abort. Aktuella undersökningar visar, att motiven till abort är varierande och sammansatta.

Kvinnan är inte utlämnad till andras bedömningar, fattar själv beslutet och tar därmed också ansvar för det, eventuellt tillsammans med mannen.

Kvinnan behöver inte av taktiska skäl förneka sin ambivalens inför graviditeten, hon är inte förhindrad att öppet uttrycka både positiva och negativa känslor och kan genom bearbetning av dessa komma fram till ett väl underbyggt beslut. Aborten och krisen i samband med den ofrivilliga graviditeten behöver då inte ge några senare psykiska besvär.

Kvinnan behöver inte sjukförklaras, tvärtom kan hon få stöd att lita till sin egen förmåga att ta sig ur den krissituation som den ofrivilliga graviditeten innebär, oavsett vilken utväg hon väljer. Det ger ökade förutsättningar till goda lösningar som inte behöver ge några senare problem.

Själva abortupplevelsen kan bli mindre påfrestande, då så gott som alla aborter görs i ett tidigt skede av graviditeten med en skonsam metod.

Kvinnans självbestämmanderätt innebär, att inga barn behöver födas av tvång, vilket ökar förutsättningarna för att de barn som föds är önskade.

18.3 Fruktsamhet, graviditet, abort

18.3.1 Att planera sin fruktsamhet

Vi har idag tillgång till preventivmedel, som rätt använda ger en nära nog fullständig säkerhet. Om preventionen skulle misslyckas, finns möjligheten till abort som en födelsekontroll i efterhand. Under en mycket kort tid i mänsklighetens historia har vi haft möjlighet att styra och planera vår fertilitet utan att samtidigt avstå från sexualiteten. För första gången i historien har kvinnan möjlighet att själv kontrollera sin fruktsamhet, samtidigt som mannen i motsvarande grad förlorat sitt inflytande över denna. Vi äger således redskapen för ett helt igenom planerat föräldraskap, men verkligheten visar, att varken sexualitet eller fruktsamhet låter sig styras helt rationellt. Parallellt med dagens strävan att få fullständig rationell kontroll över fruktsamheten finns uppenbarligen en önskan att slippa fatta så avgörande beslut. Vi använder inte alltid de högeffektiva preventivmedlen. Vi planerar inte alltid i förväg vår familj genom gemensamma diskussioner och aktiva beslut. Snarare råder det motsatta förhållandet – graviditeter är ofta inte resultat av medvetna beslut – vilket flera undersökningar har visat.

18.3.2 Få graviditeter är planerade

Med ett ytligt och förnuftsmässigt betraktelsesätt skulle man kunna dela upp graviditeter i två grupper – de önskade och de oönskade. Man skulle därvid också kunna anta att de oönskade inte varit planerade, och att åtminstone de flesta önskade graviditeter också är planerade. Vi har här emellertid att göra med ett laddat fält där djupa, såväl medvetna som omedvetna känslor spelar stor roll. Om graviditeter inträffar eller inte och om de fullföljs eller inte beror ofta på sådant som inte direkt kan ses och enkelt förklaras.

Bland ett antal par med förstagångsgraviditet skulle vi finna, att över hälften inte har planerat sin graviditet. Många av dem skulle trots det fullfölja graviditeten. En del som planerat sin graviditet skulle ändå besluta sig för att avbryta den. Av dem som fullföljer graviditeten skulle en betydande del göra det, trots att de upplever den som oönskad, t.o.m. starkt ovälkommen. Några som blivit gravida efter genomgången infertilitetsutredning är trots det mycket tveksamma till graviditeten och har motstridiga känslor inför den. En del graviditeter är mer önskade av männen än av kvinnorna och omvänt. Alla män och kvinnor hyser både positiva och negativa känslor inför graviditeten i varierande grad.

Undersökningsresultat

I en representativ undersökning bland kvinnor, som planerade *fullfölja* sin graviditet, tillfrågades kvinnorna om havandeskapet var önskat eller inte.

60 % angav att havandeskapet var önskat och välkommet
16 % uttryckte tveksamhet
17 % uttryckte att den inte var önskat
6 % upplevde graviditeten som mycket starkt ovälkommen.

Vid en intervju ett halvår efter det att barnet fötts angav fortfarande 23 % av kvinnorna att de upplevt graviditeten som en belastning och som något som kanske helst kunde ha varit "ogjort". Totalt var mindre än 40 % av graviditeterna aktivt planerade *(Kaij & Nilsson 1971)*.

I en annan intervjuundersökning bland 100 kvinnor som ämnade fullfölja sin graviditet ansåg 30 % att den kom olägligt. 13 % av dessa hade planerat sin graviditet. 10 % av kvinnorna upplevde graviditeten som direkt oönskad *(Uddenberg 1976)*.

I Umeå gjordes 1981 en jämförande enkätundersökning bland gravida kvinnor som planerade fullfölja respektive avbryta graviditeten. 12 % av de kvinnor som planerade fullfölja graviditeten uppgav att de hade känt tvekan inför detta. Av de kvinnor som gjorde abort hade 3 % planerat sin graviditet *(Jacobsson m.fl. 1982)*.

I ytterligare en undersökning bland blivande och nyblivna föräldrar uppgav ca en tredjedel av de intervjuade att graviditeten var oplanerad. Dessa par mötte alla extra stora svårigheter under havandeskapet, vilka för hälften kvarstod även efter förlossningen *(Kihlbom m.fl. 1981)*.

Att den ofrivilliga graviditeten utgör en svår påfrestning uttrycks även i graden av graviditetssymtom. Uddenberg (1976) redovisar en undersökning om illamående under graviditet. Ett besvärande illamående visade sig vara vanligt vid oplanerad och oönskad graviditet. Det åtföljdes också ofta av psykiska besvär både under graviditeten och efter förlossningen.

Att önskat-oönskat inte är några entydiga begrepp illustreras ytterligare av följande citat från Uddenberg (1976):

"Psykologiskt intresserade läkare --- har gång på gång noterat att den infertila kvinnan samtidigt som hon intensivt kämpar för att få barn ofta har en påfallande ängslan för att bli gravid." (s. 134)

Han menar också, att just de kvinnor som har ett konfliktfyllt förhållande till sin fruktsamhet kan vara extra angelägna att planera sin graviditet väl.

Frågan om fruktsamheten är kort sagt central för varje människa, kvinna som man, oavsett om man väljer att skaffa barn eller inte. Bakgrunden till detta finner vi i barnets utveckling från beroende till självständighet. Här följer därför en summarisk beskrivning av utvecklingen från barndom till vuxenliv enligt psykoanalytiskt teori. (För en utförlig beskrivning hänvisas den intresserade läsaren till t.ex. *Mangs & Martell 1978; Schedin 1977)*.

18.3.3 Vägen från beroende till självständighet

I lyckliga fall bygger de blivande föräldrarna redan under graviditeten upp ett förhållande till det väntade barnet och gör sig därmed beredda att ta emot det. Det nyfödda barnet är beroende av att någon har så nära känslomässig kontakt med det, att denna intuitivt kan uppfatta barnets signaler och uppfylla dess behov. För barnet existerar från början inga gränser, inget jag. Man talar om en "oceankänsla" – barnet är världen och allt i barnets värld tillhör det själv.

Detta symbiotiska tillstånd mellan barnet och dess vårdare kan inte bestå. Barnet måste så småningom särskilja sig själv som en egen individ. För vårdaren gäller det också att på motsvarande sätt särskilja barnet från sig

själv och barnets behov från egna. Grunden till detta läggs redan under graviditetens sista del, då fostret i allt högre grad upplevs som en egen individ.

Att skiljas – som det ju är fråga om på ett symboliskt plan – är alltid smärtsamt. Varje nytt steg i utvecklingen innebär att man lämnar något tryggt och vant för något främmande och osäkert. Här börjar vägen till självständighet. För varje nytt utvecklingssteg kommer denna första frigörelse och utgången av den att göra sig påmind – vid skolstarten, i tonåren, då man flyttar hemifrån och vid alla framtida separationer. Situationen upprepas dessutom då man själv får barn – dels i förhållande till de egna föräldrarna, dels med det egna barnet, då man får leva sig in i förälderns roll.

Hur symbiosen gestaltar sig och avslutas blir avgörande för hur en person så småningom förhåller sig till sina medmänniskor, till fysisk och psykisk närhet och till självständighet kontra beroende. En alltför intensiv och långvarig symbios kan leda till svårighet att uppleva egna gränser och egen identitet, fruktan för alternativt önskan om att bli helt uppslukad och beroende av en annan människa.

Förälskelsen kan ses som en önskan om upprepning av symbiosen, känslan av att gå upp i någon annan, sudda ut gränser och bli älskad förutsättningslöst. På samma sätt kan man se samlaget som en möjlighet att på nytt helt förenas med en annan människa som väcker djupa omedvetna känslor av denna tidiga tillfredsställelse till liv.

Genom avgränsningen gentemot föräldrarna skapar barnet en egen identitet. Så småningom upptäcker barnet att det finns två kön, och att det själv tillhör det ena. Också detta är smärtsamt för barnet, som en gång upplevde sig själv som "allt". Det tvingas avstå från sina önskningar att vara och äga allt och begränsa sig till att tillhöra ett av könen. Flickan måste förlika sig med tanken att inte ha någon penis medan pojken måste inse att han inte äger förmågan att bära och föda barn i framtiden. Det uppstår komplicerade konflikter, kärleks- och rivalitetskänslor gentemot föräldrarna som måste lösas. Det sker genom att barnet inser, att det aldrig kan konkurrera ut någon av föräldrarna – kärleken till mamma och pappa är av ett annat slag än den som föräldrarna har sinsemellan. Flickan börjar att tydligare efterlikna och identifiera sig med sin mamma, hon tränar sig att bli mamma själv en gång. Pojken, som har knutit sina tidigaste identifikationer till mamman, måste "lämna" henne, vända sig till pappa och införliva manligheten. För pojken är både hans första identifikationer med modern och hans bild av fadern grunden för hans egen kommande föräldraroll *(Benedek 1970)*.

Hur denna period i utvecklingen avlöper är avgörande för varje individs framtida förhållande till det motsatta könet, för upplevelsen av den egna könsidentiteten och i förlängningen synen på den egna fruktsamheten. En osäker könsidentitet och olösta konflikter i förhållande till föräldrarna i denna fas kan bl.a. ge svårigheter i sexuella relationer och i förhållande till fruktsamhet, graviditet och föräldraskap.

I tonåren kommer en ny period av frigörelse, denna gång slutgiltigt. Av barnet skall det bli en vuxen, självständig individ med eget ansvar. Det innebär både glädje och sorg. Mycket nytt väntar, samtidigt som man måste ta avsked av barndomen och beroendet av föräldrarna. Tonårstiden är en

förberedelse för den vuxna sexualiteten, det vuxna förhållandet till det motsatta könet och för föräldraskapet.

Det egna föräldraskapet är sista ledet i den mognadsprocess som leder från barnets totala beroende till den vuxnes självständighet och ansvar. Genom föräldraskapet upphör man att tillhöra den yngsta generationen och får i stället själv ansvar för en ny generation.

Cullberg (1978) beskriver föräldraskapet som en möjlighet att för första gången förstå föräldrarna på ett djupare plan. Först genom att själv ställas inför föräldraskapets svårigheter kan man förstå hur det var när man själv var barn. Nu kan en äkta försoning ske, som inte bygger på överslätande och förnekande av konflikter, utan på kunskap om föräldraskapet och riskerna för misslyckanden. Man kan också få en djupare förståelse för den historiska tradition som både föräldrarna och man själv utgått ur och för vidare.

18.3.4 Graviditeten, en utvecklingskris

Då en kvinna blir gravid eller en man har befruktat en kvinna, ställs de inför ett helt nytt livsperspektiv. Det gäller i synnerhet den första graviditeten. Den egna identiteten måste ges en ny dimension. Man måste acceptera och införliva föräldraidentiteten. Kraven som ställs är helt nya och okända.

Cullberg (1978) definierar ett psykiskt kristillstånd som en livssituation, då ens tidigare erfarenheter och inlärda reaktionssätt inte är tillräckliga för att man skall förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen. För föräldrablivandets kris tillkommer situationens innebörd av oåterkallelighet, det går aldrig att ångra sig och återvända till det gamla igen (*Bibring & Valenstein* 1976). I detta ligger förmodligen också en del av förklaringen till att det är svårt att medvetet planera en graviditet. Det innebär ju, att man medvetet och utan återvändo väljer att försätta sig i en situation som man inte säkert vet hur man skall hantera och om man har resurser att klara av.

Möjligheter till mognad

När barnet bygger upp en egen identitet är föräldrarna viktiga förebilder. Identifikationen med föräldrarna når sin kulmen då man själv blir förälder. De egna föräldrarna har passerat den fruktsamma perioden. Deras barn tar över föräldrauppgiften, skaffar egna barn att bära omsorg om och får på så vis möjligheten att leva sig in i de egna föräldrarnas känslor, upplevelser, svårigheter och glädjeämnen från den tid då de själva var det lilla barnet. Det ger en öppning till ökad förståelse och att se situationen på ett nytt, mer försonande sätt. Det ger också möjligheter till identifikation med det egna barnet. Samtidigt ingår man i det stora sammanhang som innebär att man för släktet vidare.

Flera psykoanalytiker som ägnat sig speciellt åt teorier kring föräldraskapet har beskrivit graviditeten som en utvecklings- och krisperiod, då den tidigare utvecklingen och förhållandet till de egna föräldrarna starkt aktualiseras och då i vanliga fall bortträngda och omedvetna känslor och tankar finns nära ytan. Detta ger psykiska påfrestningar under graviditeten, men samtidigt möjligheter till nya insikter och ökad mognad.

Graviditeten är en påfrestning

Bibring (1976) menar att graviditet innebär påfrestningar på tre områden samtidigt för kvinnan. Det gäller de fysiologiska hormonella förändringarna, den aktiviering av tidigare psykiska konflikter som sker under graviditeten samt den psykiska och sociala omställning det innebär att bli förälder. Detta leder till graviditetens kris, som hon betecknar som en normal livskris i likhet med puberteten och klimakteriet för kvinnan. Gemensamt för dessa perioder är, att de innebär steget in i en ny reproduktiv fas och att de alla ger en känsla av oåterkallelighet. Bibring grundar sina iakttagelser bl.a. på en intervjuundersökning bland kvinnor som väntade sitt första barn. Hon fann att kvinnorna, som före graviditeten inte hade lidit av psykiska besvär, uppvisade en mängd grava psykiska symtom i samband med graviditeten som man annars bara finner hos personer med allvarliga psykiska störningar. Kvinnorna led t.ex. av magiskt tänkande, depressioner, primitiv ångest och paranoida föreställningar. Dessa tankar och känslor var dessutom medvetna och väl tillgängliga, vilket inte är vanligt. Vid en bedömning utifrån kvinnornas symtom förmodade man att anpassningen till föräldrarollen skulle erbjuda stora svårigheter. Det visade sig emellertid, att symtomen påfallande ofta gick över av sig själva eller med enkla stödinsatser. Symtomen var uttryck för den psykiska påfrestning som graviditeten innebar och den omställning och bearbetning som pågick. Bibring fann också, att det var vanligt att kvinnor som före graviditeten haft neurotiska symtom hade svårare att klara av omställningen till föräldrarollen och ofta fastnade i neurotiska lösningar. För samtliga kvinnor innebar emellertid graviditeten ett steg mot ökad mognad. Bibring har även funnit, att en påtaglig ytterligare mognad sker vid det andra barnets födelse.

Kaij & Nilsson (1971) uppger, att 17 % av de blivande mödrar som intervjuades i en undersökning i slutet av 60-talet under någon period av graviditeten hade nervösa symtom i sådan omfattning, att man kunde beteckna dem som "sjuka".

Även rent fysiska symtom kan ses som tecken på den psykiska påfrestning graviditeten utgör. Enligt en undersökning som refereras av Uddenberg (1976) har 15 % av alla gravida kvinnor så besvärande symtom under havandeskapet, att de har stora svårigheter att fullgöra sina vanliga uppgifter i arbetet och hemma. Uddenberg redogör också för en intressant undersökning om illamående under graviditet. 25 % av de undersökta blivande mödrarna led av ett illamående som var en allvarlig belastning. 45 % av kvinnorna hade måttligt illamående och 30 % hade inget eller praktiskt taget inget illamående. De med starkt illamående eller inga besvär alls upplevde större svårigheter i anpassningen till modersrollen efter förlossningen än den grupp kvinnor som haft måttliga besvär. Det tyder på, att måttliga graviditetsbesvär kan vara tecken på att graviditeten utgör en rimlig psykisk påfrestning och att bearbetning och omställning pågår. Kraftigt illamående kan vara tecken på, att den psykiska påfrestningen är stor och att bearbetning och omställning försvåras. Om graviditetsillamående helt saknas, kan det i stället vara tecken på att situationen är så låst att kvinnan är tvungen att förtränga graviditetssymtomen för att den psykiska anpassningen inte skall

bryta samman. I och med det kan inte heller någon bearbetning av krisen ske.

I en intervjuundersökning av Lagercrantz (1973) fanns flera kvinnor, som förträngt graviditeten och graviditetssymtomen p.g.a. mycket starka intrapsykiska konflikter kring identitet och fruktsamhet.

Förhållandet till de egna föräldrarna är viktigt

Lagercrantz (1973) fann också starkt stöd för tesen, att graviditeten aktualiserar tidigare olösta konflikter och speciellt kvinnornas förhållande till de egna mödrarna. Hon kallar detta "graviditetens regressionspotential". Graviditeten ger en möjlighet att återuppleva den tidigare utvecklingen och med tillgång till ett mer utvecklat jag se annorlunda på och finna mer adekvata lösningar på tidigare konflikter. Förhållandet till den egna modern är centralt. Om det varit någorlunda harmoniskt ger graviditeten en chans till gemenskap och stark identifikation mellan mor och dotter, som också kan utgöra ett stöd i den nya modersrollen. Om förhållandet mellan mor och dotter varit stört, får kvinnan svårigheter att bearbeta graviditeten och att anpassa sig till modersrollen.

I Uddenbergs undersökning (1976) intervjuades inte bara 100 förstföderskor, utan även deras mödrar. De gravida kvinnorna var starkt påverkade av sina mödrar i det som rörde fruktsamheten. De svårigheter kring fruktsamhet, graviditet och föräldraskap som kvinnorna i den äldre generationen haft visade sig ofta finnas även hos deras döttrar. Uddenberg menar, att dessa likheter är ett uttryck för att ett anpassningsmönster förs vidare från generation till generation genom barnets identifikation med föräldrarna. I de flesta fall är detta adekvat, men kan också föra svårigheter i reproduktionen vidare i flera led. Han ger i en fallbeskrivning exempel på, hur svårigheter i anpassningen till modersrollen kan spåras i tre kvinnogenerationer.

På motsvarande sätt spelar mannens förhållande till sin far en avgörande roll för hans eget faderskap (se vidare kapitel 18.4).

18.3.5 Omställningsprocessen

Graviditeten är en period av psykisk, fysisk och social omställning. Som vid varje annan utvecklingskris måste de nya omständigheterna och förutsättningarna tas in, bearbetas, accepteras och leda till en nyorientering. Under graviditeten sker en successiv förberedelse inför föräldraskapet. Denna omställning är inte slutförd i och med förlossningen, utan fortsätter även efter det att barnet fötts. Den psykiska och sociala förberedelsen för föräldraskapet under graviditeten kan beskrivas som en process med olika stadier där olika uppgifter skall lösas för att bilda grunden för moders- och fadersrollen.

Den ofrivilliga graviditeten kan ses som en kris i dubbel bemärkelse. Dels är den en händelse som plötsligt hotar att förändra kvinnans och mannens hela liv. Dels aktiveras alla de känslor, föreställningar och psykiska konflikter som normalt sker vid varje graviditet.

Ambivalens

I en undersökning bland blivande mödrar uppgav 26 % av dem som planerat sin graviditet, att de reagerat med blandade eller negativa känslor vid graviditetsbeskedet *(Uddenberg 1976)*. Trots att de önskat bli gravida, kände de alltså tvekan, när graviditeten var ett faktum. Alla nya utvecklingssteg och avgörande beslut föranleder tvekan. Att lämna det gamla och invanda för det nya och okända är både lockande och hotfullt. Det naturliga tillståndet vid varje graviditet är således ambivalens, positiva och negativa känslor finns sida vid sida. Den första uppgiften under graviditeten är att lösa ambivalensen, att få de positiva eller negativa känslorna att väga över, inom sig acceptera och bejaka graviditeten eller avvisa den.

Graviditetens innebörd

Graviditeten och föräldraskapet har på ett djupare psykologiskt plan minst tre viktiga betydelser *(Bibring 1961, Uddenberg 1976, Kihlbom m.fl. 1981)*:

- Graviditeten innebär att man blir bekräftad som kvinna eller man. Fruktsamheten är en viktig del av könsidentiteten. Detta blir särskilt viktigt vid den första graviditeten.
- Att bli förälder innebär också att man blir mer vuxen, självständig och jämställd i förhållande till sina egna föräldrar. Detta gäller i synnerhet vid det första barnets födelse.
- Graviditeten och det väntade gemensamma barnet utgör också en bekräftelse på förhållandet till partnern.

Denna beskrivning av graviditetens innebörd kan ligga som grund för antaganden om orsaker till att graviditeter avbryts:

- En önskan om graviditet behöver inte vara detsamma som önskan om att få barn *(Jessner m.fl. 1970)*. Om motivet till graviditeten t.ex. är att få bekräftelse på och stöd för en osäker könsidentitet är graviditetsbeskedet tillräckligt i sig.
- Att man väljer att avbryta en graviditet kan också bero på att man inte känner sig mogen nog för att ta ansvar för en ny individ. Utvecklingen mot självständighet har kanske inte kommit så långt att man förmår ta steget till fullständigt oberoende och bli mer jämbördig med sina egna föräldrar.
- En trejde orsak till avbrytande kan sökas i förhållandet mellan den aktuella kvinnan och mannen. Stark ambivalens inför graviditeten kan också vara ett uttryck för tvekan inför partnern och förhållandet. Graviditeten kan i själva verket vara ett sätt att pröva hållfastheten i förhållandet (se vidare kapitel 18.4.5).

Osäkerhet på någon av nämnda punkter kan leda till att ambivalensen till graviditeten blir extra stark och kanske svår att lösa.

Accepterande – avvisande

Bibring (1961) beskriver de uppgifter som kvinnan har att lösa under graviditeten. Den första gäller att acceptera befruktningen. Som följd av samlagets närhet och intimitet har något som representerar mannen tagit säte i kvinnans kropp. Hennes första uppgift blir nu att acceptera detta intrång och förena mannens bidrag med det som hon betraktar som sitt. Under graviditetens första månader sker under påverkan av de kroppsliga förändringarna hos kvinnan en psykisk bearbetning av den nya situationen. Den leder till att hon kan acceptera och uppskatta att ha blivit befruktad av mannen, att inom sig bära något som representerar honom och på ett kärleksfullt sätt införliva det med sig själv.

Om graviditeten är oönskad, om förhållandet till mannen är konfliktladdat eller bara tillfälligt eller om kvinnan känner sig hotad i sin könsidentitet kan upplevelsen av intrång dominera och denna första uppgift bli svår eller omöjlig att lösa.

Halimi (1978), en fransk jurist och förkämpe för kvinnans rätt till abort, beskriver de känslor som en oönskad graviditet kan ge:

"Jag ville leva i harmoni med min kropp, men inte tyranniserad av den – – – Något gnagde i mig inifrån utan att jag kunde göra något åt det. Det växte utan att jag ville det, det utvecklades obönhörligt – – – Alla kvinnor som med hela sin kropp avvisar en graviditet vet vad jag talar om. Det är en så fullständig vägran att ingenting kan påverka den". (s. 47)

Firestone (*Callersten* 1981) uttrycker samma sak på följande sätt:

"En kvinna som vill ha ett barn lever i identitet med sitt biologiska tillstånd, när hon blivit gravid. En kvinna, som blivit gravid mot sin vilja, lever i krig med sin kropp."

Halimi beskriver känslan efter aborten:

"Jag – – – kände hur jag levde upp på nytt, hur jag åter blev mig själv. Jag återvände efter att ha återerövrat min frihet. Nästan ett nytt liv." (*Halimi* 1978, s. 48)

Psykoanalytikern Jessner (1970) nämner också att graviditeten i början kan framkalla känslor av att bli slukad, uppäten inifrån. Om graviditeten och mannens bidrag i den inte kan accepteras känslomässigt, blir det svårt att bygga upp ett förhållande till det väntade barnet och ett avbrytande kan vara en realistisk lösning.

Förberedelse för föräldraskapet

Den andra uppgiften i den psykiska graviditetsprocessen uppkommer i och med att kvinnan känner fosterrörelser (*Bibring* 1961). Den första uppgiften gällde att integrera det befruktade ägget och växande fostret med den egna kroppen. Nu blir kvinnan medveten om att fostret rör sig oberoende av henne, att det lever ett eget liv skilt ifrån henne. Under resten av graviditeten måste hon förbereda sig på den separation som förlossningen innebär och börja uppfatta barnet hon väntar som en egen individ, sakta urskilja fostret som en fristående varelse inom hennes egen kropp.

Kvinnan måste som förberedelse för föräldraskapet försöka lösa dessa grundläggande uppgifter under graviditeten, och återvinna sin psykiska balans. Lyckas hon inte med det, återspeglas det i en önskan att avbryta graviditeten eller i svårigheter i kontakten mellan henne och barnet den första tiden efter födelsen.

Fosterrörelserna är inte bara ett tecken på att fostret är en egen individ. De kan ibland bli framförallt ett obestridligt bevis på att graviditeten och fostret över huvud taget existerar och inte längre går att förneka. För de kvinnor, som trängt bort och förnekat alla symtom på graviditeten blir det ofta fosterrörelserna, ibland även de förnekade till en början, som ger ett uppvaknande. Kvinnan konfronteras med alla de svåra konflikter och motstridiga känslor kring graviditeten som hon tidigare inte klarade av att möta. Eftersom all tidigare bearbetning av graviditeten omöjliggjorts, blir reaktionerna ofta mycket starka. Graviditeten är då svår att acceptera på detta sena stadium, då den ju är starkt konfliktladdad. Detta kan vara bakgrunden till en del av de sena aborterna. Om graviditeten ändå fullföljs uppstår stora svårigheter i anpassningen till föräldrarollen och en ofta störd kontakt mellan mor och barn (se t.ex. *Lagercrantz* 1973).

Jessner (1970) beskriver hur fosterrörelserna hos kvinnan kan skapa en känsla av att hon inom sig hyser något främmande. Hon menar, att medan graviditeten vid den här perioden för de flesta kvinnor innebär en känsla av att ha ett värdefullt inre, kan en del kvinnor med kvarstående stark ambivalens gentemot fostret uppleva det som en inkräktare. Graviditeten och dess inverkan på kroppen kan också i sig bli hotfull för kvinnan och hennes könsidentitet. De fysiska förändringarna kan göra det svårt för henne att känna igen sin kropp och oroa henne för att inte längre vara sexuellt attraktiv. Mannen kan också känna sig hotad av graviditeten och fostret och ha svårt att närma sig kvinnan sexuellt. Mot slutet av graviditeten är det vanligt, säger Jessner, att känslorna hos kvinnan pendlar mellan förberedelser för barnets ankomst och föreställningar om att vara helt i det väntade barnets våld med oro för att allt man äter, gör, t.o.m. tänker och önskar påverkar barnet. De flesta kvinnor känner otålighet och upplever tidvis det väntade barnet som en fiende och får föreställningar om att det kommer att tillfoga dem fysisk skada (se även *Lagercrantz* 1973 samt kapitel 18.6.2). De ambivalenta känslorna finns under hela graviditeten och även i förhållande till barnet när det väl är fött. Enligt Bibring (1961) tycks den väsentligaste mognadsutvecklingen hos föräldern ske efter barnets födelse.

18.3.6 Sammanfattande synpunkter

Trots att vi idag har bättre möjligheter att kontrollera fruktsamheten än någonsin tidigare, visar flera undersökningar att de flesta barn som föds inte varit medvetet planerade. Troligtvis finns det hos många människor en omedveten beredskap för att acceptera en graviditet om den skulle inträffa, vilket innebär, att även ofrivilliga graviditeter kan fullföljas. Varje graviditet – särskilt den första – är en utvecklingskris och omställningsprocess för både kvinnor och män. Kunskaper om de psykiska skeendena kring graviditet överhuvudtaget är nödvändiga för att förstå det som sker vid en ofrivillig graviditet och abort. Dit hör t.ex. insikten om att ambivalens inför en

graviditet är en naturlig reaktion samt att kvinnans första uppgift är att acceptera det intrång en graviditet innebär och uppskatta mannens bidrag till den process som startar i hennes kropp. Därmed kan man också inse, att inte alla graviditeter kan accepteras känslomässigt. Ett avbrytande är ibland den mest realistiska lösningen.

18.4 Mannen, kvinnan och förhållandet vid graviditet och abort

Den norska psykologen Brudal (1979) konstaterar i en undersökning om kvinnans och mannens psykiska reaktioner i samband med graviditet, förlossning och föräldraskap, att man hittills ägnat lite intresse åt mannens psykologi i dessa sammanhang. I den litteratur som beskriver mannens reaktioner inför ett barns födelse beskrivs i första hand vilken roll mannen spelar för kvinnan under graviditet och förlossning. I samband med att det under de senaste 50 åren vuxit fram en ökad förståelse för kvinnans psykiska reaktioner i samband med graviditet, har det också vaknat ett intresse för mannens känslor och reaktioner inför det väntade faderskapet.

Då det gäller aborter finns det en rad undersökningar kring kvinnors psykiska reaktioner, medan männen knappast berörs i sammanhanget. Beskrivningen av mannen i abortsituation och hur aborten påverkar förhållandet kommer därför med nödvändighet att ske på ett resonerande och diskuterande sätt, där undersökningar om mäns reaktioner i samband med graviditet över huvud taget kommer att ge underlag för resonemang kring situationen då graviditeten avbryts. Erfarenheter från personer som kommer i kontakt med kvinnor och män i abortsituation kommer att vävas in tillsammans med aktuell litteratur, ett par mindre intervjuundersökningar samt en enkätundersökning bland män om abort.

18.4.1 "Männen finns"

Så säger Callersten (1982) med anledning av en mindre intervjuundersökning bland män om abort som gjorts på uppdrag av abortkommittén. Hon säger i inledningen till sin rapport:

> "I abortdebatten ses mannens roll ur olika aspekter beroende på vem som talar. Kvinnor, som känt sig svikna och män som ställts utanför har inte samma syn --- Kvinnans rätt till abort – javisst. Men mannens och kvinnans absoluta sammankoppling i en graviditet, planerad eller oplanerad, går inte att bortse ifrån --- Männen finns. Män som vill dela, män som kan ta ansvar, män som önskar vara nära kvinnor och barn."(s. 1)

Vi vet, att majoriteten av aborterna idag görs i fasta förhållanden. Även vid de graviditeter som uppstår i tillfälliga förbindelser eller där förhållandet bryts finns det en man som berörs av både graviditeten och aborten. Samtidigt har vi uppgifter om att det är mycket ovanligt att männen deltar i samtal hos gynekolog eller kurator i samband med abort. För sjukvårdspersonalen är mannen mer eller mindre osynlig. Samma bild ges av några intervju- och enkätundersökningar. Kvinnor tycks i hög grad fatta beslut om

abort med inget eller litet stöd av mannen. Samtidigt som många män uttalar att "du gör som du vill, jag ställer upp vilket du än väljer", känner sig många kvinnor svikna och lämnade ensamma med beslutet.

18.4.2 Mannen och faderskapet

Riter och symtom i samband med graviditet

Alm m.fl. (1977) tar i artikeln "Faderskap som utvecklingsfas" upp några antropologiska och psykoanalytiska teorier som stöd för tesen att den blivande fadern i samma utsträckning som modern berörs av och bearbetar graviditeten. Detta framträder kanske tydligast i andra kulturer än vår egen. Flera antropologer har beskrivit s.k. couvade-fenomen, riter i samband med faderskap. Den blivande fadern kan t.ex. simulera förlossning för att på magisk väg ta på sig kvinnans födslovåndor och samtidigt locka de onda andarna bort från mor och barn. Det förekommer också att den nyblivne fadern har en s.k. barnsängstid, då han är svag och håller diet, i förvissningen om att det som kan skada honom också kan skada barnet. Reproduktionens stora betydelse manifesteras i många kulturer genom riter, regler och traditioner kring graviditet och födelse, menar även Kestenberg (1977). Brudal (1979) ger ytterligare ett exempel: I några kulturer får en blivande far inte äta kött från vissa djur under graviditeten. Dessa djurs egenskaper kunde annars överföras på barnet. Gemensamt för dessa riter och denna typ av magiskt tänkande är, att man antar ett mycket nära samband mellan fadern och det blivande eller nyfödda barnet.

Couvade-fenomenen har fått olika tolkningar. Antropologerna har givit riterna uteslutande magisk innebörd. Psykoanalytiker har därutöver tolkat dem som ett sätt för mannen att hantera sina ambivalenta känslor inför kvinnan och barnet under graviditeten. Genom att mannen håller sig på avstånd från den gravida kvinnan eller tar aktiv del i barnets födelse, kan hans avundsjuka gentemot kvinnan och rivalitet med barnet avledas. Dessutom har man funnit ett samband mellan förekomsten av dessa riter och styrkan i mannens könsidentitet. I vissa kulturer blir pojkar genom initiationsriter i tonåren upptagna i den manliga gemenskapen. Detta anses stärka deras könsidentitet. I samhällen där barndomen är starkt kvinnodominerad och klart avgränsad mot mansdominerat vuxenliv och initiationsriter saknas, är couvade-riter vanligare. I samhällen där det varken finns initiationsriter eller couvade-riter är det i stället vanligare med psykosomatiska symtom hos män under graviditeten. Vårt eget samhälle hör till dem.

Kihlbom m.fl. (1981) refererar några västerländska undersökningar som belyser detta. Shereshefsky & Jarrow fann t.ex., att två tredjedelar av de undersökta blivande förstagångsfäderna på olika sätt uttryckte starka känslomässiga reaktioner under graviditeten. Även i två andra amerikanska undersökningar fann man, att många män hade avsevärda emotionella problem i samband med att de blev fäder. Den blivande och nyblivna faderns reaktioner på graviditeten och barnet var beroende av hur hans förhållande till sin egen far var och hade varit. Om detta var dåligt eller konfliktladdat, kunde det ge upphov till ångest, depressioner och äktenskapskonflikter vid

ett barns födelse, i synnerhet om barnet var en pojke.

I sin egen intervjuundersökning fann Kihlbom m.fl. att nästan hälften av männen hade svårigheter att handskas med relationen till den gravida kvinnan.

Thretowan (1968) gjorde en enkätundersökning om graviditetssymtom bland blivande fäder och jämförde med män i en kontrollgrupp. Han fann symtom som kolik, illamående, tandvärk, aptitförlust, diarré, förstoppning, depression, sömnsvårigheter och ökad irritation i betydligt högre utsträckning hos de blivande fäderna. Symtomen var mest frekventa i början av tredje och i nionde graviditetsmånaden. De män som hade många symtom var i högre grad ångestfyllda inför hustruns graviditet och i en del fall hade de samma symtom som kvinnan. I en undersökning av Davis (1977) framkom, att männen hade mer symtom då graviditeten var oplanerad och att symtomen ökade mot slutet av graviditeten. Uddenberg (1976) uppger att en femtedel av alla blivande fäder lär drabbas av illamående som liknar kvinnans under graviditeten.

Teiramaa (1977) fann i en undersökning av astmapatienter att graviditet/föräldraskap varit en utlösande faktor för astman för 19 % av såväl männen som kvinnorna.

Psykosomatiska symtom hos blivande fäder och olika rituella beteenden kring barnets födelse är troligen tecken på den inre psykiska konflikt som väcks även hos mannen inför en graviditet, tanken på ett barn och steget in i föräldraskapet.

Teorier kring faderskapet

Den unga pojken måste i sin utveckling göra upp med sin längtan efter att vara som den han först identifierat sig med, nämligen mamman. Han måste acceptera att han inte har förmågan att bära och föda ett barn och genom identifikation med pappan eller andra män se sin roll som den som befruktar och bejaka och acceptera sin manliga könsidentitet. (Se även kapitel 18.3.3).

Enligt Kihlbom m.fl. (1981) innebär en graviditet för mannen att hans könsidentitet ställs på prov, samtidigt som den kan berikas med nya nyanser. Under graviditeten aktualiseras hans tidiga identifikationer med sin egen mor och han påminns om sin egen barndom. Det möjliggör för honom att identifiera sig med sin gravida hustru och också med det blivande barnet och gör honom beredd att ta emot det och leva sig in i dess behov.

Graviditeten kan också hota hans könsidentitet och hans barndoms omedvetna önskan att själv kunna få barn precis som modern, vilket kan leda till konkurrens med kvinnan.

Om mannen inte helt klarat den tidiga frigörelsen från modern och överfört detta beroende till sin hustru, kan graviditeten väcka starka känslor av svartsjuka mot barnet och aggressivitet mot kvinnan.

De kroppsliga risker som graviditeten innebär för kvinnan kan ge mannen skuldkänslor och väcka ångest för att ha skadat henne med sin potens. (Detta kan möjligen gälla i än högre grad vid en ofrivillig graviditet som leder till abort.)

På ett omedvetet plan kan även det faktum att han befruktat kvinnan ge

mannen en känsla av att han övertrumfat sin egen far, vilket kan ge upphov till ångestkänslor.

Samtidigt är graviditeten och det väntade faderskapet för mannen liksom moderskapet för kvinnan ett utvecklingssteg som innebär att han kommer i ett förändrat förhållande till sina egna föräldrar och sin egen far. I förberedelsen för föräldraskapet påminns mannen om sin egen barndom. Det ger möjligheter att bearbeta olösta konflikter i förhållande till de egna föräldrarna.

Alm m.fl. (1977) menar, att faderskapet för mannen innebär, att han befäster sin identifikation med fadern, sin identitet som man. Han får därigenom också bekräftelse på att han är vuxen i förhållande till de egna föräldrarna, samtidigt som han förverkligar sin önskan att överleva genom ett barn.

"Man har släppt de sista förtöjningarna i föräldrahemmet nu. *Nu* är det vi som är en familj, *nu* är det jag själv som är far. *Nu* är det jag som har ansvaret. (Man) Har kanske brutit sig loss och kanske kommit till den allra sista självständigheten nu – – – så har man blivit vuxen också i deras (föräldrarnas) ögon". (Ur en intervju med en nybliven pappa. *Alm m.fl.* 1976)

Benedek (1970) nämner, att den överlevnadsönskan som också ligger i faderskapet tog sig konkreta uttryck i samband med andra världskriget, då hotet om den egna döden hos soldaterna gav en stark önskan om att ge liv, få barn.

Kestenberg (1977) tar också upp en annan aspekt av vad befruktningen och graviditeten betyder för mannen. På samma sätt som kvinnan kan känna att graviditeten och förmågan att bära fram liv gör hennes kropp värdefull, kan mannen i och med befruktningen känna att han fått ett nytt värde som man. Hans kropp har fått en funktion att fylla, hans säd har blivit värdefull och går inte längre bara till spillo.

Brudal (1979) menar, att mannen under graviditeten kan få önskningar om att själv bli liten, beroende och omhändertagen. Hon menar också, att de fantasier om att kvinnan ska skadas vid förlossningen eller att barnet ska vara missbildat eller dödfött som mannen kan ha bl.a. har sin grund i primitiva, omedvetna aggressiva impulser mot kvinnan och fostret. Brudal redogör för ett begrepp myntat av Heiman , "regression i reproduktionens tjänst". Det anger att man under graviditeten får tillgång till känslor och tankar som annars inte är medvetna och som härrör från barndomen. Detta kan leda till en bearbetning och bättre anpassning som för individens utveckling vidare. Hon ställer frågan om denna regression i reproduktionens tjänst är förbehållen den som genomgår de fysiska förändringarna som följer av att bära, föda och amma ett barn, dvs. kvinnan. Mycket tyder på att så inte är fallet, säger Brudal.

Alm m.fl. (1976) fann i sina intervjuer med nyblivna pappor tecken på att faderskapet idag ställer speciella krav:

"De intervjuade fäderna tycks befinna sig i en övergångsfas mellan en snäv och traditionell fadersroll och en ny, mer innehållsrik roll som far. Fäderna känner en stark önskan att ägna sig åt sitt barn redan från födelsen, något som de ställer i motsats till vad deras egna fäder gjorde. Detta upplevs också som en konflikt i relation till den

vuxne mannens roll i samhället, såsom den ser ut idag, med krav på prestation, rationellt handlande och aktivt utåtriktad verksamhet --- Männen känner sig splittrade inför dessa motsatta krav. Man kan alltså våga påstå att faderskap innebär en svårare omställning för männen idag än vad det innebar för några decennier sedan." (s. 48).

18.4.3 Makten över reproduktionen

Uddenberg (1982 a) diskuterar mannens nya roll i fruktsamheten i "Den urholkade fadern". Han gör en historisk beskrivning av mannens roll i fruktsamheten från ättesamhället, över jordbrukarsamhället, industrialismens sociala förändringar och fram till våra dagar. Männen har genom olika former av inre och yttre kontroller i samhället skaffat sig makt över reproduktionen. Uddenberg menar, att mycket av den patriarkala dominansen över kvinnor och barn kan ses som ett uttryck för mannens behov att tillskansa sig kontroll över barnalstringen och uppfostran av den uppväxande generationen. Det sena 1800-talets förnekande av den kvinnliga sexualiteten kan t.ex. ses som en strategi i mannens kamp att behålla kontrollen över fruktsamheten i en tid då ett alltmer socialt rörligt samhälle upplöste de livsmönster som tidigare hade reglerat sexualitet och barnalstring.

De tidiga födelsekontrollerande metoderna utgick ifrån mannen. Det var han som praktiserade avbrutet samlag eller använde kondom. Efterhand har ansvaret för preventionen alltmer överflyttats på kvinnan. Idag har vi ett samhälle, där barn är en ekonomisk belastning och barnalstringen ställts under den rationella viljans kontroll. Sexualiteten är helt frikopplad från fortplantningen. Kvinnan ansvarar ensam för födelsekontrollen med högeffektiva preventivmedel. Genom att kvinnan dessutom är ekonomiskt oberoende har mannen ställts utanför ansvaret för reproduktion och födelsekontroll. Uddenberg menar, att den snedfördelning mellan könen som vi har när det gäller möjligheterna till födelsekontroll gör männen maktlösa och ger kvinnorna ett nästan övermäktigt ansvar.

Mannen tycks utan att reagera ha släppt möjligheten att påverka sin fortplantning. I abortsituation blir mannens svaga position extra tydlig, speciellt i de fall då han skulle vilja ha barnet, men kvinnan väljer att avbryta graviditeten. Möjligheten till artificiell insemination, och vad den i förlängningen kan föra med sig, tar Uddenberg upp som ett ytterligare exempel på mannens försvagade roll i reproduktionen.

Den beskrivna utvecklingen har skett parallellt med att de traditionella könsrollerna mjukats upp och mannen blivit mer delaktig i barnens omvårdnad. Men dilemmat är, menar Uddenberg, att den nya fadersrollen och det jämställda föräldraskapet skall utvecklas i en tid då andra förändringar i samhället gjort fortplantningen och kontrollen över den till en kvinnofråga. Mannen förväntas alltså ta lika stort ansvar för barnens vård som kvinnan, samtidigt som hon teoretiskt sett har den fullständiga kontrollen över om och när det ska bli barn.

Uddenbergs tankegång kan kompletteras med kommentaren, att mannen tidigare sällan tog del i vården av barnen, trots att han kunde kontrollera kvinnans fruktsamhet. Idag saknas den formella möjligheten till kontroll, men just genom att mannen tar aktiv del i barnens omvårdnad kan

föräldraskapet verkligen bli gemensamt för man och kvinna.

Mannens minskade möjligheter att påverka fruktsamheten framträder således speciellt tydligt vid en oplanerad graviditet. Liksom det tidigare för kvinnan bara var att "resignera och acceptera" (ett uttryck som användes av 1950 års abortutredning) då hon blev gravid, kan vi idag ytterst säga detsamma om mannen. Det är kvinnan som har avgörandet, om en graviditet ska avbrytas eller fullföljas, och mannen har att acceptera, oavsett vilket beslut hon fattar. Detta gäller det formella ansvaret och ställningstagandet kring en graviditet. I praktiken fattar de flesta män och kvinnor gemensamma beslut om att föda barn, och delar även på föräldraansvaret. Hur det ser ut i abortsituationen, vet vi inte säkert. Klart är, att mannen ändå har stora möjligheter att påverka ett beslut som gäller en graviditet och ett eventuellt barn.

18.4.4 Den ofrivilliga graviditeten

Hur ska vi använda den begränsade kunskapen om graviditetens betydelse för mannen då vi ska se på de graviditeter som avbryts? För det första kan vi anta, att den man som inte syns i abortsammanhanget och inte visar några tydliga egna reaktioner ändå är starkt känslomässigt involverad. Också hos mannen väcker graviditeten och aborten sannolikt omedvetna känslor, även om det för honom är lättare att fly ifrån dessa känslor än för kvinnan, som bär på fostret och genomgår aborten.

Hur tidigt i graviditeten kan mannen känslomässigt ta ställning till graviditeten och vara engagerad i fostret? De tidigare citerade undersökningarna av Thretowan (1968) och Davis (1977) talar för, att männens starkaste reaktioner inför graviditeten inträffar vid tiden för fosterrörelserna och nära förlossningen. De s.k. couvadefenomenen koncentrerar sig till slutet av graviditeten och till barnets födelse.

Frågan är intressant, eftersom de flesta aborterna görs under graviditetens första tredjedel. Medan graviditeten för kvinnan oftast är ett påtagligt fysiskt och psykiskt faktum, krävs av mannen fantasi och inlevelseförmåga för att den för honom skall bli gripbar på detta tidiga stadium. Mannen måste först på förnuftsplanet förstå, att ett samlag, som inte kan urskiljas från andra samlag, har lett till befruktning. Kanske är det svårt för mannen att verkligen på allvar förstå och känna att graviditeten är verklig innan han själv kan känna hur fostret rör sig eller det börjar synas att kvinnan är gravid.

Är en sådan skillnad förklaringen till att kvinnor och män har svårt att dela beslutet om abort? Har mannen för små möjligheter att tidigt i graviditeten känslomässigt ta ställning till den? Sker hans känslomässiga ställningstagande via kvinnan, genom att han tar del av hennes känslor och identifierar sig med henne? Är han utlämnad till kvinnans vilja och förmåga att dela med sig av sina känslor och tankar kring graviditetens första del? Är mannens graviditetssymtom ett sätt att genom att identifiera sig med kvinnan förstå graviditeten och känslomässigt ta ställning till den?

Andra iakttagelser talar för, att graviditeten har en alldeles speciell innebörd för mannen som inte är knuten till kvinnans upplevelse eller att graviditeten blivit påtaglig. Det finns t.ex. även män som beskriver chockupplevelser i samband med graviditetsbesked. En man, som först långt

senare fick veta att en kvinna som han varit tillsammans med hade gjort abort, beskrev detta besked som en chockupplevelse. Detsamma gällde en man, som senare fick veta att hans fästmö försökt bli gravid utan hans vetskap (*Callersten* 1982).

Mannens dilemma vid en ofrivillig graviditet är, att han förväntas ta del i beslutet om fullföljande eller avbrytande samtidigt som kvinnan har den formella beslutsrätten. Det kan tyckas, som om mannens vilja därmed saknar betydelse. Men situationen är mer komplicerad än så. Även kvinnan är i sitt ställningstagande för fullföljande av graviditeten beroende av mannen och hans inställning.

Varje graviditet, där mannen och kvinnan har olika beredskap för fullföljande ställer båda parter i en mycket svår situation. I praktiken är det ofta den som är mest tveksam som har det största inflytandet över beslutet. För ett fullföljande krävs oftast att båda är överens. Det är svårt att fullfölja en graviditet, om den ena parten är starkt tveksam. Tveksamhet hos den ena av parterna kan därför vara tillräckligt för att graviditeten måste avbrytas.

Det tycks, som om graviditetstestet, beskedet i samband med detta och den första reaktionen är mycket viktig för den fortsatta diskussionen. (Se även kapitel 18.5.4). Om kvinnan vid meddelandet om att hon är gravid är starkt negativ, kan det för mannen vara svårt att visa motsatta känslor. Han kan vara rädd för att uttala sin önskan och sina förhoppningar kring graviditeten av rädsla att bli besviken och för att han inte vill göra det svårt för kvinnan att fatta beslut. Han kanske också blir ledsen över hennes negativa känslor, som han till en del kan känna som riktade mot honom själv och förhållandet.

Kan detta vara innebörden i den till synes vanliga reaktionen hos män inför kvinnans övervägande om abort? Om mannen önskar ett fullföljande av graviditeten men inte förmår uttrycka denna önskan blir det svårt för honom att delta i och ta ansvar för beslutet. Kanske är det då han säger:

"Jag lät henne säga först – (det var) hon som skulle bestämma. Jag skulle stödja hennes beslut vad det än blev" (*Callersten,* 1982 s. 2)

Holm (1982) drar av några intervjuer med män i abortsituation slutsatsen:

"Även om inte mannen alltid tar en djupare ställning i frågan utan överlåter det mesta på kvinnan, råder det ingen tvekan om att mannen påverkar situationen, ibland omedvetet och ibland medvetet."(s. 33)

Gemensamt för flera av männen hon intervjuat är, att de tycks betrakta sina möjligheter till inflytande över fruktsamheten som små. De överlämnar hela avgörandet till kvinnan och uttrycker inte vad de själva vill:

"– – – hade min hustru i detta fallet velat ha barnet hade jag själv sagt ja till det"

"Vi var båda överens, men jag tycker det är fel, att mannen har så lite att säga till om i denna fråga. Skulle min hustru velat ha barnet hade jag väl accepterat detta"

"Jag gjorde inga större försök att påverka min fästmö men sa, att jag ville behålla barnet". (*Holm* 1982, s. 24 f.)

En ung man uttrycker att han skulle ställa sig positiv till en ny graviditet då fästmön önskar detta.

En annan man, som inte önskade ett fullföljande, säger att det var hans hustru som fattat beslutet och tagit kontakt med läkarna,

"– – – men då jag är en dominant person, tror jag att jag har påverkat henne en del". (*Holm* 1982, s. 25)

Det har tidigare konstaterats, att det vid varje graviditet, önskad som oönskad, planerad som oplanerad finns varierande grader av ambivalens. Om mannen och kvinnan har svårt att tala med varandra om sin ambivalens, om både önskan och tvekan att fullfölja, riskerar beslutet att bygga på gissningar om vad den andre vill. Holm (1982) säger också, att det inte alltid är någon öppen diskussion mellan makarna, utan var och en anpassar sig ofta till vad hon eller han *tror* är den andres vilja.

Ambivalens som inte kommer till öppet uttryck kan inte heller bearbetas. Det som från början var en mindre tveksamhet hos någon av parterna, men hade kunnat överbryggas, kan förstoras upp och bli ett absolut hinder för fullföljande.

18.4.5 Kris i förhållandet

Samtidigt som ställningstagandet till en graviditet till det yttre mycket är fråga om ett rationellt beslut där mannen och kvinnan väger för och emot, väcker det starka känslor som berör både mannen och kvinnan på ett djupare plan i deras personligheter samt förhållandet dem emellan. Detta kan utlösa en kris i förhållandet.

Mannen och kvinnan har olika känslor och inställning till den inträffade graviditeten. På ett symboliskt plan kan den tveksamhet, som någon av parterna eller båda känner inför graviditeten också upplevas som ett uttryck för ambivalens till partnern och förhållandet. Ett beslut om att avbryta graviditeten kan då också uppfattas som ett avvisande, ett ifrågasättande av partnern och den fortsatta samlevnaden. Om denna aspekt av aborten inte kommer till uttryck och bearbetas kan det leda till framtida samlevnadsproblem. Det finns också exempel på situationer, där en graviditet förefaller vara en del av en omedveten kommunikation i ett förhållande. Mannen, kvinnan eller båda kan omedvetet använda den ofrivilliga graviditeten som ett sätt att pröva hållfastheten i samhörigheten. Om man beslutar att avbryta graviditeten, kan det också betyda att man tagit ställning för att också avbryta förhållandet.

En ofrivillig graviditet kan också göra tidigare dolda samlevnadssvårigheter tydliga och öppna en diskussion som man kanske försökt undvika. Detta uttrycktes på följande sätt av en man:

"Aborten hängde över våra liv, över vårt förhållande. Vet inte om det påverkade negativt eller positivt, var ändå tvungna att ta itu och prata med varandra" (*Callersten*, 1982 s. 2).

Graviditeten kan också ses som en förhoppning, gemensam eller från någon av parterna, att finna en ny närhet och samhörighet genom att skaffa ett barn.

Om graviditeten avbryts utan att dessa känslor blivit medvetna eller kommit till uttryck finns det risk för att dialogen fortsätter på ett symboliskt plan, med eventuella nya försök till närmanden genom oplanerade graviditeter.

Inom familjebehandlingen använder man begreppet "separationssamlag" för att beskriva ett inte ovanligt inslag i ett skilsmässoförlopp. Då man börjat diskutera skilsmässa finns det ambivalenta känslor hos båda parter. Separationer är alltid smärtsamma, och följer ofta ett mönster av omväxlande avståndstaganden och närmanden. På intensiva gräl kan det följa försonande samlag. I en eventuell omedveten önskan att hålla kvar den andra/varandra är dessa samlag ibland oskyddade och kan leda till oplanerade graviditeter. Då man på ett medvetet, förnuftsmässigt plan åter inser att man trots allt är på väg ifrån varandra, blir abort ofta enda utvägen.

Ouppklarade relationsproblem i samband med abort kan tänkas leda till sexuella svårigheter. Bitterhet och aggressivitet över att den andra tagit ställning mot ett fullföljande och därmed kanske mot en strävan till ökad närhet kan leva kvar om känslorna aldrig bearbetas. Obearbetade skuldkänslor försvårar den fortsatta samlevnaden i de fall man t.ex. övervägt att avbryta graviditeten, men ändå beslutat fullfölja den. Förberedelsen för föräldraskapet kan försvåras av ouppklarade känslor kring graviditeten och förhållandet. Någon av de blivande föräldrarna kan också känna sig mer eller mindre tvingad in i en situation som man helst velat undvika.

Skilsmässorna har stadigt ökat under lång tid, särskilt under det senaste decenniet. Det ökande antalet brutna förhållanden för också med sig att det blir fler nya sammansatta familjekonstellationer.

"Graviditeten inträffade för snart, enligt fästmön. Hon hade velat ha en större ekonomisk trygghet och en stabilare relation med mannen. Hon hade varit gift tidigare och har ett barn i detta äktenskap. Hon var nu rädd att i framtiden stå ensam med två barn. Mannen önskade ej abort" (*Holm* 1982, s. 18).

"Några kvinnor hade ett tidigare äktenskap bakom sig och levde med ny partner --- Familjesituationen efter den föregående skilsmässan var inte så mogen, att det vore bra att skaffa ett nytt barn med tanke på de barn som redan finns" (*Callersten* 1981, s. 43).

Osäkerhet kring det nya förhållandet samtidigt med en önskan att knyta den nya partnern närmare till sig kan resultera i att preventionen inte är fullständig, med risk för oplanerade graviditeter som man inte orkar och vågar fullfölja. I nya förhållanden, där den ena parten har tidigare barn men inte den andra, kan ställningstagandet till en graviditet bli extra svårt, eftersom utgångpunkterna är så olika.

Ett par som redan har barn tillsammans kan också känna tvekan inför en graviditet p.g.a. att de inte återfunnit balansen i sitt förhållande efter det tidigare barnets födelse. Om man uppslukas helt av föräldrarollen utan att åter kunna närma sig varandra som man och kvinna, kan en ny graviditet kännas som ett hot om ytterligare avstånd och en orimlig belastning.

"Efter det vi fått barn fick jag mindre kroppskontakt från henne. Det fokuserades från oss bägge till barnet" (*Callersten* 1982, s. 9).

Olika stark ambivalens inför en graviditet hos mannen och kvinnan leder till svårlösta situationer. Om känslorna förblir dolda och diskussionen uteblir finns problemen kvar och kan förnyas vid kommande graviditeter eller kriser i förhållandet.

18.4.6 Mannen i abortsituationen

Varför syns inte mannen?

Ansvaret för preventionen vilar i hög grad på kvinnorna. Männens enda metoder för födelsekontroll är avbrutet samlag, kondom och steriliserings.

När den ofrivilliga graviditeten är ett faktum uttrycker många kvinnor att de ensamma får fatta beslut om avbrytande eller fullföljande. I en enkätundersökning bland ca 460 kvinnor i abortsituation uppgav 51 % att kvinnan och mannen fattat beslut tillsammans, 21 % att kvinnorna bestämde själva efter att ha talat med mannen och 20 % fattade ensamma beslutet om abort. 7 % av kvinnorna fattade beslut om abort mot mannens vilja. (*Jacobsson* m.fl. 1982).

I en fördjupande intervjuundersökning bland 50 av de kvinnor som ingick i ovanstående studie framkom, att många män (28 %) enligt kvinnornas uppgift inte tagit ställning till graviditeten vid den tidpunkt då kvinnan gjorde läkarbesöket inför aborten. Majoriteten av kvinnorna hade då redan bestämt sig för abort.

Vid jämförelse mellan uppgifter från hälften av de intervjuade kvinnorna och deras män (som svarat på en enkät) framkom dock, att kvinnornas och männens uppfattning på denna punkt inte helt stämde överens. Männen ansåg i högre grad att de deltagit i beslutet och tagit ställning än kvinnorna uppgav och/eller uppfattade det som! Denna skillnad är intressant. Varför uppfattar inte kvinnorna ibland mannens delaktighet och ställningstagande?

Bland de drygt 100 kvinnor som intervjuades av Trost (1982) tyckte hälften att beslutet om att avbryta graviditeten helt och hållet varit deras eget. 12 % av männen var negativa till aborten.

I Berndtsons undersökning (1970) hade mannens inställning varit utslagsgivande för 23 % av kvinnorna när de beslutat sig för abort.

Då kvinnan besöker mottagningen och då aborten utförs är hon i de flesta fall ensam. Efter aborten är det kvinnan som går på gynekologisk efterkontroll, preventivmedelsrådgivning och eventuellt samtal hos kuratorn. Olika undersökningar har försökt belysa, hur aborten påverkar kvinnan psykiskt och om den ger några senare besvär.

I hela processen från preventionen, sexualiteten, graviditetsbeskedet och till efter aborten kan kvinnan vara till synes helt ensam så när som vid samlaget. Är hon det också i realiteten? Eller är det snarare så att hon ofta medvetet eller omedvetet utestänger mannen från "sitt revir"? Kan det helt enkelt bottna i mannens och kvinnans svårigheter att tala samma språk och leva sig in i varandras känslor i den här situationen? Kan det vara så, att de har olika förväntningar på varandra som aldrig blir uttalade och som förorsakar missförstånd? Varför blir det ibland ingen öppen diskussion utan i stället gissningar om den andras känslor och ställningstaganden?

Sett ur mannens perspektiv kan det finnas några tänkbara orsaker som redan nämnts:

- Det kan vara svårt för mannen att känna sig delaktig i besluten om fruktsamheten överhuvudtaget.
- Det kan vara svårt för mannen att bejaka en inträffad graviditet då kvinnan känner sig starkt tveksam. (Omvänt kan kvinnan p.g.a. mannens tveksamhet känna sig tvingad att abryta en graviditet mot sin egen önskan.)
- Det kan vara kvinnan som medvetet eller omedvetet ställer mannen utanför och inte delar med sig av sina känslor och upplevelser.
- Det kan bero på att förhållandet mellan parterna är konfliktfyllt och att de har svårt att tala med varandra.
- Slutligen kan också mannens egen ambivalens och svårigheter i samband med den ofrivilliga graviditeten och aborten göra att han helst undviker samtal kring detta.

Att mannen står utanför själva abortprocessen kan således ha djupare orsaker inom honom själv eller sökas i förhållandet och kommunikationen mellan honom och kvinnan. Orsaken till hans synbarliga frånvaro kan också sökas i *sjukvårdens beredskap* att möta mannen i den här situationen.

Det är viktigt att komma ihåg, att det för några decennier sedan var otänkbart att mannen deltog i förlossningen och förberedelsen för den. Det har tagit lång tid och mött på motstånd att göra mannens roll i föräldrablivandet självklar. Barnmorskor, läkare och annan sjukvårdspersonal var inte vana att möta mannen på mödra- och barnavårdscentral, i förlossningsrum och på BB. Mannens roll och funktion var oklar.

Av abortkommitténs kartläggning av abortverksamheten framgår, att man på några mottagningar möter betydligt fler män i abortsituation än vad som är vanligt. På dessa mottagningar blir behovet för mannen och kvinnan att ta gemensamt ansvar för avbrytandet av graviditeten samt mannens behov av stöd synligt. Det ger anledning att anta, att mannens synliga delaktighet ytterst är beroende av sjukvårdsorganisationen och hur den är avpassad för att möta hans behov.

I en engelsk artikel (*Gordon & Kilpatrick* 1977) beskrivs ett försök med gruppsamtal för män i abortsituation. Syftet var, att utifrån ett kristeoretiskt perspektiv hjälpa männen att klargöra sina känslor i samband med aborten. Det var ett första försök att ge mannen ett eget utrymme i abortvården.

Det är nödvändigt att se hur sjukvårdsorganisationen kan underlätta mannens delaktighet även i den graviditet som avbryts. En utveckling mot större delaktighet pågår troligen redan. Kanske kommer speciellt de unga männen att kräva sin plats även i detta sammanhang.

Skäl till avbrytande

Som redan tidigare nämnts är det vid en ofrivillig graviditet både yttre förutsättningar och djupa inre känslor hos såväl kvinnan som mannen och dessutom förhållandet och samspelet dem emellan som påverkar ställningstagandet.

De känslor som den ofrivilliga graviditeten väcker hos mannen kan antas vara desamma som väcks vid graviditet överhuvudtaget. Starka inre psykiska

konflikter kring en graviditet som fullföljs kan visa sig i form av psykosomatiska symtom hos mannen. Starka psykiska reaktioner kan också leda till att han inte anser sig kunna stödja ett fullföljande, utan önskar att graviditeten avbryts.

Hur mannen ställer sig till graviditeten beror bl.a. på hur han uppfattar sin könsidentitet. Om hans könsidentitetsutveckling är diffus eller oavslutad (se kapitel 18.3.3), kan en graviditet utgöra ett hot; mannen kan inte välkomna den. Den negativa ambivalensen överväger.

Om hans psykosexuella utveckling inte nått sådan mognad, att han uppnått självständighet och vuxenhet i förhållande till sina egna föräldrar, kan en graviditet vara en hjälp till sådan utveckling. Men om han inte är mogen att ta steget till vuxenliv fullt ut, kan graviditeten i stället bli ett hot och innebära överkrav.

Om mannen har ett osjälvständigt förhållande till kvinnan kan graviditeten hota hans beroende och det blivande barnet upplevas som en rival. Återigen kan den kris som graviditeten innebär ge möjlighet till utveckling och mannen kan kanske bearbeta sina känslor gentemot barnet, kvinnan och de egna föräldrarna. Om förutsättningarna till en sådan bearbetning saknas, blir abort ur mannens synpunkt eventuellt den enda rimliga utvägen.

Behovet av kontroll över fruktsamheten kan i sig vara ett motiv till avbrytande av en ofrivillig graviditet. Ett exempel på detta ges av en man i Valfridssons bok "Aborten – det svåra ingreppet":

"Jag tror att det viktigaste skälet till att jag inte ville ha det första barnet var att den graviditeten kom så oväntat. Det var en händelse som jag inte alls kunde styra över eller kontrollera. Graviditeten var ett faktum och det gällde bara att snabbt veta vad man ville. Jag kände mig fångad och dirigerad av en utomstående kraft. Jag ville själv ha kontrollen över mitt liv, men den gången var jag bara ställd inför faktum. Jag vägrade instinktivt att tänka över vad det innebar, jag ville bara inte ha det så. Jag ville protestera och enda lösningen som jag såg var att göra abort – – – se till att barn eller inte blev ett något mer medvetet val." (*Valfridsson* 1979, s. 73)

Mannens känslor i abortsituationen

Den traditionella mansrollen kan ses som ett hinder för mannen att hantera sina känslor i abortsituationen. Han förutsätts ofta vara den starke, beskyddande och omhändertagande. Eftersom graviditeten och aborten så tydligt rör kvinnan och hennes kropp och är påfrestande för kvinnan kan det just då vara ännu svårare och mindre legitimt för mannen att visa sin litenhet, sin sorg och sitt eget behov av stöd.

I flera undersökningar har man avsett att studera mannens roll i abortsituationen. Ofta har det emellertid varit svårt att nå männen.

I ovan nämnda undersökning av Jacobsson m.fl. (1982) ombads partnern till 50 intervjuade kvinnor att besvara ett enkätformulär med frågor om bl.a. motivet till aborten, hur han såg på förhållandet, framtida barn m.m. Endast hälften av männen besvarade enkäten. För 15 av dem som inte svarade fanns det klara skäl, som att kvinnan inte ville det eller att förhållandet upphört t.ex. Orsaken till det återstående 20 %-iga bortfallet känner vi inte. I den intervjuundersökning bland blivande föräldrar som gjordes av Kihlbom m.fl. (1981) var bortfallet bland männen mycket större i de fall det var fråga om en

ofrivillig graviditet än i övriga föräldrapar. I en annan intervjuundersökning (*Holm,* 1982) där 20 män tillfrågades om de ville medverka i en intervju om sina upplevelser kring aborten avböjde 11 av dem. Flera av dessa angav direkt, att de inte ville tala om aborten. En man uttryckte detta på följande sätt:

"Detta är inget man är stolt över, man skulle känna sig ännu mera liten då" (s. 27).

Flera av de intervjuade männen uttryckte också att de skämdes över aborten och helst inte ville tala med utomstående om den.

Att männen sällan talar med någon utomstående om aborten ger också Jacobssons m.fl. undersökning stöd för. 72 % av de intervjuade kvinnorna hade talat med någon annan än mannen om aborten (sjukvårdspersonalen ej inräknad), medan endast 8 % av männen hade talat med någon annan än kvinnan (*Jacobsson* m.fl. 1982).

Intervjuer med män om abort

Samtidigt kan man ändå genom två av dessa aktuella undersökningar (*Callersten* 1982, 12 intervjuer; *Holm* 1982, 9 intervjuer) se några mäns behov av att tala om abort och få en utomståendes stöd. De män som kom till intervju (som i båda undersökningarna var ostrukturerad och inte tydligt avgränsad i tid) stannade ofta på långa samtal, uttryckte att det var givande för deras del och lämnade ibland möjligheten öppen eller uttryckte t.o.m. en förhoppning om att intervjuaren skulle höra av sig igen för ytterligare samtal. Vid Holms intervjuer var det flera män som uttryckte oro för vad aborten skulle innebära på sikt och ville ha en återförsäkran om att den inte skulle ge framtida problem *för kvinnan.*

I intervjuerna framkommer, föga förvånande, en bild av svårigheter med preventionen liknande den som intervjuer med kvinnor givit. Männen beskriver svårigheter med att finna en preventivmetod som passar. Ofta har paret prövat många olika metoder, och olika metoder har passat i olika perioder. Flera av de intervjuade männen hade efter den ofrivilliga graviditeten och aborten valt att låta sterilisera sig.

Påfallande många av paren hade tidigare använt de mest effektiva preventivmedlen p-piller och spiral, men av olika orsaker tvingats sluta med dessa. Många gånger hade man då gått över till kondom, men troligtvis varit oskyddad vid det befruktande samlaget. Flera män säger också, att det är otillfredsställande att använda kondom för att man går miste om något av kroppsnärheten. Detta uppger också flera intervjuade kvinnor (*Callersten* 1981). Möjligen kan det vara en orsak till att man inte använder metoden konsekvent, utan gärna kombinerar den med säkra perioder, naturlig födelsekontroll eller helt enkelt chansar ibland.

Då det gäller skälet till aborten, liknar också de intervjuade männens beskrivningar kvinnornas. Här finns skäl som att man har barn tidigare och bestämt sig för att inte skaffa fler, bl.a. för att få tid för dem man redan har. Skälet kan vara att man inte har något varaktigt förhållande med kvinnan, att det finns samlevnadsproblem, att man inte känner sig vuxen och mogen tillräckligt eller att man redan passerat den ålder då man skaffar barn och

kanske har barn som redan är i tonåren. I flera fall anar man, eller sägs det klart ut, att mannen påverkats av kvinnans negativa inställning till graviditeten och att han själv hade önskat ett fullföljande.

Något som kommer igen hos flera av de intervjuade männen är skuldkänslor för aborten. Aborten är något man helst vill hemlighålla. Flera är rädda för anklagelser och ängsliga för att utomstående ska få kännedom om att kvinnan gjort abort. En av de intervjuade männen uttryckte, att han var rädd att intervjuaren skulle komma med nya tankar och kanske döma annorlunda än han själv gjort. En annan ville inte tala med någon utomstående av rädsla att det skulle "trassla till" situationen. En man säger att han inte vill bli "bedömd" och därför inte velat tala med någon om aborten (*Holm* 1982).

Då man i samtal vid familjerådgivning talar om tidigare aborter kommer det ibland fram skuldkänslor hos mannen, inte bara för själva aborten, utan även för att han gjort kvinnan ofrivilligt gravid. Några familjerådgivare har också erfarenhet av att män ibland är rädda för att bli bortstötta av kvinnan efter aborten.

Männen säger i intervjuerna inte mycket om sina egna reaktioner och känslor i samband med och efter aborten. Flera män beskriver dock hur kvinnorna reagerat och vilka svårigheter de haft.

"Man kan här fråga sig om männen känner på liknande sätt som kvinnan men projicerar sin egen konflikt på henne eller undviker de helt enkelt att själva ta ställning." (*Holm* 1982, s. 30).

18.4.7 Sammanfattande synpunker

Männens reaktioner i samband med graviditet och abort är ett förbisett område såväl i forskningen som den praktiska verkligheten. I den mån man har intresserat sig för männen i dessa sammanhang så är det via kvinnorna – dvs. hur kvinnan påverkas av mannens inställning och delaktighet. Antropologiska data och de få undersökningar som gjorts talar för att graviditeten och förhållandet till det väntade barnet har en djup psykologisk innebörd för såväl kvinnan som mannen. Vi vet alltför lite om vilka möjligheter – känslomässigt och faktiskt – mannen har att delta i beslutet kring en ofrivillig graviditet och hur förhållandet påverkas av en abort. Många kvinnor känner sig lämnade ensamma med beslutet om att avbryta eller fullfölja en graviditet och sjukvårdspersonalen möter sällan mannen i abortsituation. Ändå är det lika många män som kvinnor som berörs av de graviditeter som avbryts. Kvinnor talar inte gärna om sina aborter, men män gör det ännu mera sällan. Var finns beredskapen att ta emot mannen och hans funderingar och känslor i samband med graviditet och abort, vem kan han vända sig till?

18.5 Aborten

Hittills är det främst de psykologiska processerna kring fruktsamheten som berörts, med eventuella konsekvenser för den ofrivilliga graviditeten och aborten, samt hur abortsituationen kan ses ur mannens perspektiv. I detta avsnitt kommer de psykologiska processerna kring graviditeten som avbryts

att beskrivas, främst ur kvinnans synvinkel, med utgångspunkt från ett kristeoretiskt perspektiv samt de kunskaper som redovisats ovan.

18.5.1 Sexualitet

Upprinnelsen till varje abortsituation finns i den intima sexuella relationen mellan en man och en kvinna. I Bilder och röster *(DsS 1981:24)* inleder Callersten med att förmedla "En BILD av det innersta, där det började och där det avslutades". Det är en ögonblicksbild från en abortoperation med en påminnelse om upprinnelsen.

"Inför oss låg hon med sitt kön, sitt underliv, slida, livmoder beredda att öppnas. Det som hon tidigare bara lämnat ut till sin man – i lust, glädje, närhet eller? Visste vi, hur hon upplever sin sexualitet? Vid första besöket hade hon blivit tillfrågad, om hon tyckte det var tillfredsställande med de preventivmetoder hon använde. 'Kanske inte helt' hade hon svarat, och sagt, att hon ibland var rädd att bli gravid. Men hon sa inte, om hon var rädd och tänkte på det just under själva samlaget eller om hon då gav sig hän utan att resonera förnuftigt och rädslan kom efteråt, vid tidpunkten för nästa mens. Nej, hon berättade inte hur hon hade det med sin man. Vi visste inte, om de rörde vid varandra med ömhet, om de pratade och skrattade tillsammans, om de hade ork och tid för sex och varandra. Vi visste överhuvudtaget inte, vad sexualiteten betydde för henne." (*Callersten* 1981, s. 5)

Det är lätt att glömma bort sexualiteten, när man talar om abort. Sexualitet, prevention och abort hör nära samman. Även om sexualiteten sällan berörs i mötet mellan sjukvårdspersonal och kvinnan i abortsituation, kan sambandet mellan sexualiteten och abortupplevelsen vara central för kvinnan själv:

"Jag gråter. Känner djup förtvivlan. Jag kommer aldrig mer att vilja ligga med någon. En stark känsla inom mig. Aldrig mer. Och jag önskar att jag aldrig gjort det heller." (Dagbok om en abort: Ett nödvändigt ont. *Läkartidningen 77,* 1980, s. 534).

Sexualiteten mellan man och kvinna är en stark drift och en källa till glädje och djup närhet. Kanske just för att den är så viktig, kan sexualiteten dessutom ofta vara full av svårigheter och orsak till mycken oro och ångest.

Vilken innebörd en ofrivillig graviditet och abort får, färgas troligen också av hurdan kvinnans och mannens upplevelse av sexualiteten är. En otillfredsställande sexuell relation som leder till en graviditet och abort kan t.ex. än mer upplevas som ett problem och en belastning efter aborten. Svårigheter hos en kvinna att acceptera och bejaka sin kvinnlighet, sexualitet och fruktsamhet kan eventuellt förstärkas av den negativa upplevelse som en abort är.

Den ofrivilliga graviditeten upplevs ofta som ett misslyckande i sexualiteten, som man dessutom är tvungen att visa upp i offentlighetens ljus. I flera undersökningar har framkommit, att abort är något man helst vill hålla hemligt. Ändå är aborten och den ofrivilliga graviditeten de situationer då sexualiteten blir offentlig. Sexualvanor och preventivmetoder är plötsligt inte längre en angelägenhet bara för det enskilda paret. Det finns en risk, att den negativa upplevelsen och känslan av misslyckande färgar av sig på känslan inför själva sexualiteten.

18.5.2 Prevention

Sexualiteten har djupa rötter i personligheten. Den styrs av starka känslor och är förknippad med fruktsamhet och fortplantning. Vår moderna preventivteknik och önskan att planera föräldraskapet gör att vi också försöker sätta sexualiteten under rationell kontroll. Ibland tar känslorna överhanden och sätter förnuftet ur spel:

"Nu efter kan jag inte förstå hur jag kunde ha samlag utan preventivmedel, men just då var mitt desperata behov av en annan människa så stort att tanken på preventivmedel inte fanns."

"Alla känslor tog överhand. Så stor närhet, att alla avbrott (avbryta samlaget eller hämta en kondom) hade känts fel." (*Callersten* 1981, s. 34 resp. 29)

När man på detta sätt ger efter för irrationella känslor och släpper förnuftskontrollen, kan det i efterhand ge upphov till skuld- och skamkänslor hos både män och kvinnor, i synnerhet då det leder till ofrivillig graviditet och abort. Callersten säger, att graden av skam hos de intervjuade kvinnorna stod i proportion till hur noga de varit med preventionen. De var rädda att på sjukhuset bli betraktade som "slarviga".

Orsaken till dessa skamkänslor finns förmodligen till stor del i de allmänna attityderna, talet om "slarv" och påståendet att abort används i stället för preventivmedel. Det brukar ibland påpekas, att så många av de kvinnor som gör abort uppger att de inte använt preventivmedel. Egentligen är det snarare förvånande att det inte är fler. Det är anmärkningsvärt, att så många blir ofrivilligt gravida, trots att de försöker skydda sig mot graviditet. Ungefär hälften av de kvinnor som gör abort har blivit gravida trots att de använt preventivmedel (se kapitel 10). Preventivmedlens osäkerhet är en av de vanligare orsakerna till att graviditeter uppstår ofrivilligt.

Ofrivilliga graviditeter uppstår också p.g.a. bristande prevention. Denna i sin tur kan ha olika orsaker. En har vi redan nämnt, nämligen det irrationella i sexualiteten som helt enkelt gör att man i vissa situationer handlar mer efter känsla än förnuft. Det kan också vara fråga om en medveten risktagning, som grundar sig på en mer eller mindre realistisk bedömning av hur stor risken för graviditet är. Jacobsen (1980) nämner denna möjlighet. I Trosts undersökning (1982) uppgav drygt hälften av kvinnorna, att de tidigare "chansat", haft oskyddade samlag trots att de inte önskat bli gravida.

Bristande prevention kan också bero på att man är missnöjd med sin preventivmetod eller helt enkelt inte kan hitta någon som passar. De "säkra" preventivmedlen kan av både fysiologiska och psykologiska skäl hos en del kvinnor ge minskad lust för sexuallivet. Ibland är kanske just möjligheten till befruktning omedvetet en viktig ingrediens i upplevelsen av samlaget, för både män och kvinnor.

Det kan också finnas andra omedvetna motiv till att man underlåter att skydda sig mot graviditet eller inte gör det konsekvent. Jacobsen (1980) tar upp rädslan för att vara ofruktsam som en möjlig drivkraft bakom otillräcklig prevention och orsak till den till synes ofrivilliga graviditeten. Även om alla förnuftsskäl talar emot att skaffa barn vid ett speciellt tillfälle, kan kvinnan eller mannen ändå omedvetet önska att en graviditet ska inträffa som bekräftelse på den egna fruktsamheten. Det kan t.ex. leda till att man intalar

sig att risken för graviditet är mycket liten eller "glömmer" p-piller.

I Trosts undersökning (1982) framkom, att en fjärdedel av de intervjuade kvinnorna under ett halvårs tid före aborten inte använt preventivmedel. Ca 10 % av kvinnorna i undersökningen hade trott att de inte kunde bli gravida. Nära en fjärdedel av kvinnorna hade inför den aktuella graviditeten slutat med p-piller eller spiral. Det kan ses som ett ställningstagande för graviditet, menar Trost.

Vissa preventivmedel kan vara svåra att använda p.g.a. osäkerhet kring könsidentiteten eller stränga taburegler kring sexualiteten. För den som har svårt att röra vid sitt underliv fungerar t.ex. inte kondom respektive pessar. Den planering av sexualiteten som vissa preventivmetoder förutsätter, kan också omöjliggöra deras användning, om sexualiteten medvetet eller omedvetet är negativt laddad och tabubelagd.

Otillräcklig prevention med en ofrivillig graviditet som följd kan vara ett sätt att pröva hållfastheten i ett förhållande (se kapitel 18.4). Om man i parförhållandet inte gemensamt diskuterat familjeplanering eller är oense om denna finns det risk för att man inte heller kan genomföra en konsekvent prevention.

Jacobsen (1980) tar också upp kvinnans traditionella passivitet och överdrivet hänsynstagande i förhållande till mannen i sexualiteten som en möjlig orsak till bristande prevention.

Hon nämner även andra omedvetna motiv till bristande prevention som osäker identitet och självkänsla. Den lockelse som ligger i att genom en graviditet och ett barn få betydelse för någon annan och därmed också en plats i samhället kan vara ett omedvetet motiv till otillräcklig prevention. Detta kan bli speciellt aktuellt i den situation vi har i dag med växande arbetslöshet, särskilt bland unga män och kvinnor.

I psykoanalytisk litteratur beskrivs ofrivillig graviditet ibland som en omedveten väg att kompensera förlust (genom död, skilsmässa, sjukdom etc.) av någon viktig person. Sorgen och saknaden kan vara stark och svår att hantera. Tomrummet fylls på ett symboliskt och omedvetet sätt med en oplanerad graviditet. Swigar (1976) beskriver några fall med samband mellan sorg och oplanerad graviditet. Även Carpelan (1971) tar upp samband mellan abort och s.k. objektsförlust.

18.5.3 Den ofrivilliga graviditeten som kris

Trost (1982) menar, att det snarare är reaktionen på den ofrivilliga graviditeten än själva abortingreppet som utgör krisen i abortsituationen. Det har tidigare påpekats, att den ofrivilliga graviditeten kan ses som kris i dubbel bemärkelse. Dels utgör den en möjlighet att ta ett nytt utvecklingssteg med allt vad det innebär, dels är det en händelse som drabbar plötsligt och kräver ett snabbt livsavgörande beslut.

Cullberg (1978) beskriver skillnaden mellan utvecklingskriser och traumatiska kriser. Utvecklingskriser innebär krisreaktioner i samband med vanliga, men avgörande utvecklingssteg i livet, t.ex. graviditet och föräldraskap. Den traumatiska krisen utlöses av en plötslig, yttre händelse eller förändrad livssituation. I både utvecklingskrisen och den traumatiska krisen aktualiseras den tidigare utvecklingen och avgör den psykologiska innebörd

krisen får för individen. Om dessa återuppväckta tidiga känslor dominerar krisupplevelsen, talar man om överdeterminering. Det betyder att krisen till stor del bestäms av andra faktorer än den aktuella situationen. Den psykologiska innebörd och omfattning en kris får avgörs av varje individs egna resurser att hantera situationen, av omgivningens stöd och attityder samt dessutom av i vilken utsträckning den berör tidigare konflikter inom viktiga delar av personligheten, dvs. graden av överdeterminering.

"Ett psykiskt trauma är ofta många traumata" säger Cullberg. Detta gäller i hög grad vid ofrivillig graviditet och abort. Den "serie av påfrestande händelser som kvinnan måste ta sats inför och som var och en kan bli avgörande och, som halmstrået knäcker kamelens rygg, får henne att uppleva att resurserna är slut" (*Cullberg* 1978, s. 141) som kan tänkas ingå i abortsituationen är följande:

– Utebliven menstruation – graviditetsbesked – diskussion med partner och eventuell besvikelse – konflikt i förhållandet – beslut om abort – att lämna ut sitt misslyckande till andra genom undersökning, samtal etc. – abortoperationen – att möta frågor etc. från omgivningen – att itu med eventuella konflikter till partner – att återuppta det sexuella samlivet – att möta en fördömande attityd till kvinnor som gör abort och bilder av aborterade foster – att möta gravida kvinnor och barn – att se barn som är i samma ålder som det egna barnet skulle ha varit – eventuella svårigheter att bli gravid på nytt – oro för eventuella skador av aborten – aktualisering av aborten vid eventuell ny graviditet.

18.5.4 Graviditetsbeskedet

I en krissituation utlöser ofta den plötsliga händelsen en chock. Individen översvämmas av kaotiska känslor, har svårt att ta in det som hänt och håller verkligheten ifrån sig. Utåt sett verkar dock personen oftast ordnad och i balans. Därefter följer ofta ett ältande av frågan: varför händer detta mig? Man söker en mening i det inträffade och letar ofta efter någon som bär skulden (*Cullberg* 1978).

Lagercrantz (1973) intervjuade 33 kvinnor som fick sitt första barn. Hennes beskrivning av kvinnornas reaktioner vid graviditetsbeskedet är mycket belysande även i detta sammanhang och återges därför här utförligt.

En tredjedel av kvinnorna hade före graviditeten medvetet tänkt igenom föräldraskapet, känt sig mogna och tagit ställning för att skaffa barn. Ytterligare en tredjedel hade ambivalenta känslor som de löst genom att "låta slumpen avgöra", eftersom de inte medvetet kunde ta ställning för att planera en graviditet. Den återstående tredjedelen hade inte medvetet velat bli gravida. Lagercrantz menar dock, att de hade omedvetna önskningar och motiv att bli gravida, som styrt deras handlande.

Hälften av kvinnorna uppgav, att de vid graviditetsbeskedet hade blivit "glada, lyckliga eller överlyckliga". Ofta hade upplevelsen av stark glädje karaktären av chock:

"Under flera dagar hade beskedets känslomässiga innebörd så tagit dem i anspråk att de upplevde att de inte hade kunnat införliva andra händelser och upplevelser". (s. 29)

På den första glädjen följde ambivalenta känslor, oro och farhågor som de dock kunde bearbeta, mycket tack vare att de kunde dela sina upplevelser med männen och få stöd.

"Kvinnornas beskrivningar av männens reaktioner tyder på att det varit mycket betydelsefullt för deras känslomässiga hållning gentemot dem och barnen att de också varit accepterande och positiva till barnen redan vid graviditetsbeskedet. Deras bejakande attityd medförde i de flesta fall att kvinnorna redan vid början av graviditeten upplevde att barnen även var deras och att männen själva på ett psykologiskt plan tagit emot det och accepterat det." (*Lagercrantz* 1973)

En femtedel av kvinnorna hade haft motstridiga och konfliktfyllda känslor med pendlingar mellan glädje, ledsnad, oro och tvekan. Det hade tagit tid för dem att acceptera graviditeten.

De kvinnor som Lagercrantz betecknar som "positivt ambivalenta" hade vid graviditetsbeskedet först upplevt förvirring, bestörtning och oro omedelbart avlöst av glädje och förtjusning. Dessa motstridiga känslor hade avlöst varandra under den första tiden efter graviditetsbeskedet och kvinnorna hade upplevt sina känslor som kaotiska. Bland dessa kvinnor fanns det en, som medvetet funderat på abort. De kunde dock efter en tid känslomässigt acceptera befruktningen – de positiva känslorna vägde över.

Två kvinnor hade varit "negativt ambivalenta", rädda oroliga och hotade av graviditeten. Dessa kvinnor löste inte konflikten kring graviditeten och hade det svårt i den senare kontakten med barnet.

En mycket omogen kvinna benämns "obestämd" – hon blev chockad vid graviditetsbeskedet, bestämde sig för abort, men "orkade inte, för det var så mycket besvär". Enligt Lagercrantz förstod hon inte innebörden av graviditeten och fick stora svårigheter i kontakten med sitt barn.

En tredjedel av kvinnorna hade upplevt graviditetsbeskedet negativt eller som en chock med ångest, rädsla, desperation och avvisande av graviditeten. De hade fortfarande efter förlossningen svårt att tala om detta och visade tecken på ångest, oro och ledsnad.

Här följer några exempel på hur de uttryckte vad de kände:

"Det var hemskt, det kändes som om man blivit levande död – – – hemskt – – – det här kan inte hända mig – – –"

"Det kom som en chock – – – Gud det här tror jag inte på – – – det kan inte hända mig – – – det var hemskt– – –"

"– – – vill inte tänka på det – – – hemskt – – – kunde inte fatta det – – – vägrade att tro det – – –"

"Jag bara låg, det kändes som jag inte kunde röra mig, jag kunde inte tänka, jag var som förlamad"

"Det var ett enda virrvarr – – – det kändes som jag skulle sprängas – – – jag fattade ingenting – – – jag kunde inte tänka på nå't klart eller vettigt – – – det var som en enda röra i mig – – –" (s. 33 f.)

Tankarna av overklighet, att "detta kan inte hända mig" "det kan inte vara sant" kallas av Wolfenstein för "immunitetsillusion" (*Lagercrantz* 1973). Det utgör ett primitivt reaktionssätt med ologiskt, önskefullt och magiskt tänkande som försvar inför ett hot i en outhärdlig situation. En kvinna kunde först vid det femte positiva graviditetstestet förstå att hon verkligen var gravid.

Kvinnornas chockupplevelser hade också oftast medfört kroppsliga reaktioner. De hade "känt sig 'skakis', inte kunnat gå eller stå, varit nära att svimma, de hade svettats och haft andnöd" och upplevt sig som sjuka. Flera av dessa kvinnor reagerade också kraftigt på de kroppsliga förändringar som graviditeten förde med sig och kände sig hotade i sin kvinnlighet.

Det är särskilt intressant, att nästan alla de kvinnor som upplevt graviditetsbeskedet negativt eller chockartat och flera av dem som känt tydliga motstridiga känslor upplevt, att *männen* inte önskade och känslomässigt accepterade graviditeten. Många av männen hade reagerat starkt negativt vid graviditetsbeskedet. Kvinnornas reaktioner inför detta var varierande. De kunde reagera med stark besvikelse som gjorde att de drog sig undan och inte delgav männen något om den fortsatta graviditeten. Andra kvinnor blev öppet aggressiva mot männen med starka motsättningar och fördjupade konflikter som följd. En del kvinnor kände sig bortstötta och upplevde med männens avståndstagande barnen som bara sina egna. Andra kvinnor hade svårt att med männens hållning acceptera graviditeten och upplevde fostret som inkräktare.

"Barnen blev härigenom känslomässigt övergivna redan tidigt under graviditeterna". (*Lagercrantz* 1973, s. 37)

Lagercrantz beskriver den upplevelsemässiga skillnaden mellan att bli önskat eller ofrivilligt gravid:

"Bakgrunden till de planerade graviditeterna var oftast en längre eller kortare tids mognads- och bearbetningsprocess. Det hade inneburit ett medvetandegörande av olika motiv till att planera barnet – – –

Motstridiga önskningar och motiv bearbetades och fick då någon acceptabel lösning – – – Denna bearbetningsfas ledde omsider fram till ett medvetet ställningstagande att vilja gå in i modersrollen. Kvinnorna hade visserligen inte kunnat helt eller realistiskt inse vad ett barn innebär, men de hade omedvetet och medvetet bearbetat och accepterat att deras liv skulle få en ny inriktning. De hade därefter handlat efter sina intentioner och försökt och blivit gravida. Detta gav dem upplevelsen av att *själva* ha valt livsroll och att de själva styrde sina liv. Denna identitetsupplevelse (jagkänsla) förstärktes av känslan av målmedvetenhet och av att uppnå det eftersträvade målet. – – –

Att bli gravid helt oförberedd och mot sin vilja väckte hos många kvinnor känslor av hjälplöshet, maktlöshet och tvång. Deras livsinriktning och livsroll förändrades utan att de själva hade önskat det eller medvetet valt det. Detta tycks ha upplevts ångestfullt på likartat sätt som det lilla barnet känner inför händelser och situationer, som det inte kan påverka och förändra.

Deras identitetsupplevelse blev skakad och fick en negativ belastning av att de inte själva gjort ett medvetet val. Känslorna av att vara 'infångad' och 'inringad' väckte ångest. Ur detta växte känslor av aggressivitet och skuld gentemot männen, dem själva, barnen och graviditeterna. Detta tog sig många olika uttryck, stundtals och hos somliga kvinnor öppet och hos andra i förtäckt form. Dessa känslor präglade delvis deras upplevelser och reaktioner under graviditeten, förlossningen och senare i relation till barnen." (S. 44 f. Jämför även citat av Holmstedt 18.2.1, Halimi och Firestone 18.3.5 samt från Valfridsson 18.4.6).

Många av de kvinnor som upplevt graviditetsbeskedet negativt eller chockartat hade haft en starkt olycklig och känslomässigt otillfredsställande

barndom och konfliktfyllt förhållande till föräldrarna. Deras motiv till föräldraskapet och upplevelsen av det präglades av deras tidigare negativa erfarenheter.

De kvinnor som beskrivs av Lagercrantz valde ändå att fullföja graviditeten, flera med stora svårigheter i anpassningen till modersrollen och kontakten med barnet. Två av kvinnorna hade övervägt abort.

Callersten (1981) intervjuade 15 kvinnor om upplevelser kring aborten, bl.a. graviditetsbeskedet. Flera av dem berättade, att de hade känt på sig att de var gravida redan innan de hade några graviditetssymtom eller kunde göra graviditetstest, de "bara visste det".

Flera av kvinnorna beskriver känslor vid graviditetsbeskedet liknande dem som refererats ovan och sådana som är karaktäristiska för en krisreaktion. En kvinna beskriver det som en chock, en annan ger uttryck för inre kaos och känslor av overklighet. Hon var ledsen och grät mycket, men upplevde sig ändå som "utan känslor" och hade svårt att nå fram till mannen och till andra människor.

Trots vissheten om att abort var den enda möjliga utvägen kunde två av kvinnorna tillåta sig positiva känslor inför graviditeten:

"Det gav ett slags välbefinnande bortom förtvivlan att jag var med barn." (*Callersten* 1981, s. 35)

En kvinna genomfors av starka lyckokänslor, trots att hon visste, att hon inte skulle kunna fullfölja graviditeten. För dessa kvinnor är det troligen innebörden i att vara befruktad, fruktsam, ha ett värdefullt inre som gör graviditeten positiv, trots att den ska avbrytas.

En kvinna ger en bild av mannens chockartade reaktion på graviditetsbeskedet:

"Några dagar gick det inte att få ett ord ur honom, han bara gick fram och åter." (*Callersten* 1981, s. 39)

Jacobsen (1980) återger och diskuterar delar av intervjuer med tio unga kvinnor som hon intervjuat både före och efter en abort. Även här återkommer beskrivningar av chockupplevelser i samband med graviditetsbeskedet och svårigheter med att ta in den verkliga innebörden i beskedet. De flesta hade våldsamma känslomässiga reaktioner vid detta tillfälle.

En kvinna beskriver hur hon sköt tanken åt sidan och intalade sig att det "händer andra men inte mig", trots att hon anade att hon var gravid. Graviditetstestet gjorde hon själv hemma. När hon såg det positiva utslaget, kunde hon först inte tro att det var riktigt. Hon behövde tid på sig för att smälta det innan hon vågade titta på nytt. Därefter började hon helt desperat vandra fram och tillbaka och anklaga sig själv för att ha försatt sig i den svåra situationen. Hon var starkt ambivalent och visade det också i intervjun före aborten, då hon ena stunden talade om barnet som hon skulle få och i nästa om abort.

Två kvinnor uttryckte, att de egentligen var emot abort, men att det blev en helt annan sak när de själva råkat in i en ofrivillig graviditet.

I och med graviditeten, säger Jacobsen, konfronteras kvinnan med konsekvensen av sina handlingar och blir tvungen att korrigera bilden av sig

själv. Ingen av kvinnorna hade någonsin föreställt sig, att just hon skulle hamna i abortsituation. De reagerade ofta med att fördöma sig själva och sina handlingar, oavsett om de blivit gravida p.g.a. preventivmedelsmisslyckande eller att de saknat skydd.

Även Callersten (1981) fann, att flera av de intervjuade kvinnorna tidigare varit negativa till abort. "Man ändrar sig och ser det på ett annat sätt, när man hamnar i en situation, där abort tycks vara enda lösningen" sammanfattar Callersten. I Trosts undersökning (1982) uppgav 14 % av kvinnorna efter aborten att de var negativa till "fri abort". Det fanns ett samband mellan denna inställning och ambivalens inför aborten resp. psykiska besvär efter aborten.

Graviditetsbeskedet ger således ofta en känslomässig chock, oavsett om graviditeten är väntad eller oväntad. I chocktillståndet avlöser olika känslor varandra och är medvetna samtidigt, vilket kan ge en kaotisk, omtumlande upplevelse. Denna kan vara ett kort ögonblick eller verka förlamande under längre tid. Så småningom klarnar dock oftast känslorna och kvinnan och mannen kan börja ta in och bearbeta situationen.

18.5.5 Beslutet

Då innebörden i graviditeten och dess konsekvenser börjar klarna, kan de motstridiga känslorna inför den bearbetas och leda till beslut.

Det som ska vägas ihop är kvinnans och mannens olika känslor, ställda mot realiteten, t.ex. faktiska förutsättningar att ta emot ett eventuellt barn (till).

Graviditetsbesked kan fås tidigast i sjätte graviditetsveckan. Från tidsbeställning till abort brukar det oftast ta ca två veckor. Om aborten säkert ska kunna utföras med den enklare enstegsmetoden, betyder det att kontakt med sjukhuset bör tas senast i den nionde till tionde graviditetsveckan. Den tid som står till förfogande för bearbetning av ambivalensen och beslut är alltså kort, tre till fyra veckor. Om graviditetstestet av olika skäl görs senare minskar tiden ytterligare. Å andra sidan brukar väntetiden för undersökning och operation kunna avkortas om kvinnan befinner sig nära den tolfte graviditetsveckan, för att det enklare ingreppet ska kunna användas.

En verklig förståelse av de psykologiska reaktionerna efter en abort, säger Jacobsen (1980), förutsätter kunskap om, hur beslutsprocessen har sett ut.

Efterhand som kvinnan förstår och bearbetar sina känslomässiga reaktioner, kan hon börja befatta sig med de realistiska förutsättningarna för fullföljande respektive avbrytande av graviditeten, menar Jacobsen. Hon kan då börja se det motsägelsefulla och därmed förhålla sig mer realistiskt till sin situation. Först då har kvinnan förutsättningar för att fatta ett väl avvägt beslut.

Enligt Jacobsen bör kvinnan i beslutsprocessen sätta in graviditeten i sitt livssammanhang, göra klart för sig vilka behov, önskningar och mål hon har, hur hon hittills försökt uppnå dessa och vad som är realistiskt för henne i framtiden. Mot bakgrund av detta kan hon kanske också tydligare se vilken funktion graviditeten fyller för henne.

Beslutsprocessen kan vara mycket svår och utdragen. En kvinna, som

Jacobsen intervjuade, var mycket ambivalent och fattade nya beslut varje dag ända fram till aborten. Hennes känslor och tankar pendlade kraftigt, trots att det i grunden fanns en övertygelse om att hon "inte hade plats för en till":

"– – – att hela tiden tänka från den ena ytterligheten till den andra, det var mycket ansträngande, det tog mycket hårt på mig – – –" säger kvinnan efter aborten (*Jacobsen* 1980, s. 86).

I intervjuerna framkom också djupet i kvinnornas funderingar kring fostret och aborten:

"På något sätt ser jag det som ett foster jag aborterat. Att dess själ finns kvar till ett kommande barn som jag kan föda"

"– – – det är hemskt att inte kunna föda" (*Callersten* 1981, s. 65)

"– – – jeg kan altså ikke rigtig fornemme – – – endnu – – – det er for tidligt – – – at det er et lille vaesen, men jeg føler, at det har en sjael på en eller anden måde – – – det har valgt min krop til fødested eller grobund eller sådan noget, og det er det, der gør at jeg også synes det piner mig meget – – – at slå det ihjel – – – det vil heller ikke vaere godt at tilbyde sådan et barn et liv, hvor man altid vil have den der nagende fornemmelse indeni – – – at det ikke var meningen – – – Det tror jeg ikke er nogle gode forudsaetninger for et barn at komme til verden på – – –" (*Jacobsen* 1980, s. 79)

En kvinna som Jacobsen intervjuade berättade om upprepade mardrömmar under tiden före aborten. Hon tänkte mycket på fostret. I drömmarna fanns inget foster eller barn med, men de handlade på ett eller annat sätt om något som "inte kunde få rotfäste", som var overkligt, bara "svävade runt" och som ingen ville ta emot. Hon vaknade med en känsla av att detta var något förfärligt.

I kvinnans ställningstagande till den ofrivilliga graviditeten, säger Jacobsen, kommer inte bara frågan om liv och död in. Det är också ett ställningstagande till livskvalitet, både för det eventuella barnet och för henne själv.

Trost (1982) intervjuade 100 kvinnor som genomgått abort. Hon menar, att det vid en ofrivillig graviditet för en del kvinnor är självklart att fullfölja, medan det för andra är lika självklart att avbryta. Beslutsprocessen påbörjas inte i och med graviditeten, utan redan långt tidigare. Det finns enligt Trost en tredje grupp kvinnor för vilka varken fullföljande eller avbrytande är självklart, dvs. de är ambivalenta. För en del av dessa resulterar detta i en beslutskonflikt.

För majoriteten av dem som avbryter graviditeten, menar Trost, har ett fullföljande aldrig varit någon reell tanke eller känsla. De har inte haft några fantasier eller förväntningar om ett barn. Av dem som är ambivalenta kommer en del att fullfölja graviditeten och en del att avbryta den, beroende på vilka känslor som väger över.

Bland de intervjuade kvinnorna fann Trost, att ambivalens var vanligare bland de kvinnor som önskade barn i framtiden, hade en negativ grundinställning till abort och/eller gjorde abort delvis p.g.a. mannens inställning eller förhållandet till honom. De som hade varit mer ambivalenta före aborten hade också oftare sökt kontakt med kurator och ingreppet hade gjorts senare i graviditeten.

Ibland kan ambivalensen göra det svårt att överhuvudtaget fatta ett aktivt beslut. Jacobsen (1980) beskriver en ung kvinna som ända fram till den fastställda operationsdagen ännu inte hade fattat beslut om att avbryta eller fullfölja. Genom att passivt helt enkelt utebli från operationen och inte genom aktiv handling visa vad hon ville kunde hon för sig själv behålla illusionen av att inte ha tagit ställning.

Stark ambivalens inför en graviditet kan bero på:

- att kvinnan och/eller mannen hyser starkt motstridiga känslor inför graviditeten, t. ex. p. g. a. inre psykiska konflikter
- att kvinnan och/eller mannen känslomässigt bejakar och accepterar graviditeten, men den aktuella livssituationen förhindrar ett fullföljande. Konflikten kommer då inte att gälla starkt motstridiga känslor, utan känslor kontra en realistisk bedömning av faktiska omständigheter
- att mannen och kvinnan har olika uppfattning. Kvinnan respektive mannen kan vara helt klar över sina egna känslor och sitt ställningstagande, men tveka då partnern hyser motsatta eller motstridiga känslor.

18.5.6 Aborten

Tidsbeställningen

Mot bakgrund av den tidigare beskrivningen kan man anta, att den första kontakten med mottagningen är väsentlig för den kvinna som överväger abort. Då man ser den ofrivilliga graviditeten som en kris kan man med ledning av kunskap om krisens olika faser ge kvinnan adekvat stöd. För sjukvårdspersonalen är det viktigt att veta, i vilket läge kvinnan tar kontakt med mottagningen.

- Är det efter en avslutad beslutsprocess, som en markering av att den negativa ambivalensen väger över och att kvinnan tagit ställning för ett avbrytande?
- Är det mitt under beslutsprocessen, då kvinnan önskar hjälp med att reda ut de motstridiga känslorna, konflikten mellan t.ex. önskan att fullfölja och faktiska hinder eller konflikten mellan mannens och kvinnans olika önskemål?
- Är det redan innan beslutsprocessen hunnit påbörjas? Tar kvinnan kontakt som en direkt reaktion på de första, kaotiska och chockartade känslorna inför att vara gravid?

Lyhördheten hos den som tar emot samtal i tidsbeställningen är viktig för att kunna uppfatta var kvinnan befinner sig, bemöta henne på ett adekvat sätt och ge henne det stöd hon behöver.

Det första samtalet är betydelsefullt för kvinnan, oavsett om det innebär ett uttryck för att hon behöver hjälp eller är den yttre, aktiva handling som för både henne själv, mannen och omgivningen markerar att hon fattat sitt beslut.

Kvinnan som överväger abort är sårbar vid denna första kontakt med sjukvården.

- Det har kanske tagit tid och kraft för henne att "ta sats" och ringa, kanske också varit svårt att komma fram.
- Hon befinner sig ofta i ett kristillstånd och har ambivalenta känslor inför graviditeten, även om de negativa kanske väger över.
- Det kan vara akut kris i förhållandet mellan henne och mannen, utlöst eller accentuerad av den ofrivilliga graviditeten.
- Det är kanske första gången hon berättar om sin belägenhet för någon.
- Hon kan ha skuldkänslor inför att ha misslyckats, hamnat i en ofrivillig graviditet, särskilt om hon vet att hon utsatt sig för risken att bli gravid.
- Hon är osäker på hur hon ska bli bemött och kan ha fantasier om att personalen ska vara kylig, fördömande etc.
- Hon känner sig kanske utlämnad och beroende av att få hjälp på mottagningen, med beslutet och/eller aborten. Till det kommer den underordnade roll som man ofta automatiskt känner som patient.

"Många förklarar genast varför de vill avbryta sin graviditet, det verkar som de vill försvara sin abort inför mig. Sedan när vi pratat med varandra en stund börjar många berätta hur de mår och hur de känner sig." (Sagt av en sekreterare som tar emot samtal i tidsbeställningen. *Callersten* 1981, s. 47).

Det första samtalet vid tidsbeställningen kan bli avgörande för kvinnans inställning till personalen och den fortsatta kontakten med mottagningen. Det kan antingen ge henne en känsla av att hon måste värja sig och vakta på sina känslor kring graviditeten eller omvänt att hon känner sig fri att uttrycka och bearbeta vad hon tänker och känner. Samtalet kan även avgöra om hon känner att man förutsätter att hon ska göra abort eller att möjligheten står öppen för en förutsättningslös diskussion.

Om kvinnan avböjer eller tar vara på möjligheten till samtal med kuratorn, beror också i hög grad på hur erbjudandet och syftet med samtalet presenteras. Det har även att göra med om kvinnan tillåter ambivalenta känslor eller om hon försvarar sig mot dem. Den sistnämnda gruppen kvinnor är förmodligen i störst behov av ett samtal som ger sådant stöd, att de vågar ta fram sin ambivalens.

"Det var olyckligt att jag beslutade mig så hastigt. Ingen ska behöva göra som jag, beställa tid och sedan avskärma sig", sa en kvinna efter aborten (*Callersten* 1981, s. 40)

Ibland är det mannen som tar den första kontakten med mottagningen inför en abort. Det kan vara ett sätt för mannen att ta sin del av ansvaret, men också för att kvinnan inte vill eller vågar ringa själv. Det kan således vara ett tecken på stark ambivalens hos kvinnan eller påtryckningar från mannen.

Samtal med kurator

De kvinnor och män som önskar samtal med kurator har troligen inte avslutat sin beslutsprocess. Även om de ibland kan säga "jag har bestämt mig", visar det faktum att de tar kontakt att de har behov att pröva sitt ställningstagande.

Mot bakgrund av kunskapen om den ofrivilliga graviditeten och krisreaktionen kan kuratorns roll för kvinnan och mannen som kommer för samtal beskrivas.

I chockfasen av en kris finns inga förutsättningar för bearbetning. Det kan vara den ofrivilliga graviditeten, plötsliga insikter om förhållandet, ett ifrågasättande av detta eller allt tillsammans som försatt kvinnan, mannen eller båda i en akut krissituation med de kaotiska och kraftigt växlande känslor som det kan innebära.

Om det är i detta skede de söker sig till kuratorn, blir dennas viktigaste uppgift att lyssna, ta emot, låta alla de kaotiska och förvirrade, motstridiga känslorna få flöda fritt. Det är av stor betydelse, att alla slags känslor får komma till uttryck och inte trycks undan för att de känns förbjudna. Det är också viktigt, att både mannen och kvinnan får ge uttryck för sina känslor och lyssna till och försöka förstå den andras. Det underlättar den senare bearbetningen och beslutsfattandet.

Även om det är när den första förvirringen lagt sig och reaktionen blivit mer realistisk som den första kontakten med kuratorn sker, är det viktigt att gå tillbaka till och berätta om de första känslorna som kom. Det är också viktigt att klargöra, att känslor och förnuft inte alltid överensstämmer med varandra samt att det alltid finns ambivalenta känslor inför en graviditet. Kvinnan och mannen behöver känna att det är "tillåtet" att ha alla slags känslor i en sådan situation, både inför graviditeten, fostret och varandra.

En akut konflikt i förhållandet kanske inte kan lösas på den tid som finns till förfogande för ett eventuellt avbrytande av graviditeten. Det kan då vara nödvändigt att koncentrera sig på att bearbeta de olika känslorna inför graviditeten för att först senare ta itu med krisen i förhållandet.

Speciellt viktigt är det för kuratorn att nå de kvinnor som förnekar sin ambivalens inför graviditeten. Det är ett tecken på starka inre konflikter som sannolikt ger senare problem, oavsett om graviditeten fullföljs eller avbryts. Det är en viktig uppgift för den övriga sjukvårdspersonalen att försöka identifiera dessa kvinnor och motivera dem för samtal med kurator.

En annan av kuratorns uppgifter är att hjälpa kvinnor och män som överväger abort att ventilera eventuella skuldkänslor inför den ofrivilliga graviditeten och att de misslyckats i att förebygga den.

De flesta kvinnorna som Jacobsen (1980) intervjuade hade någon eller några personer i sin närhet, som kunnat ge stöd i beslutsprocessen. Dessa personer tycktes dock ofta *själva* ha tagit ställning för fullföljande eller avbrytande, något som bara kvinnan själv (och mannen) kan fatta beslut om. Jacobsen menar också, att den öppenhet och lättnad som kvinnorna visade inför intervjusituationen tydligt visar, att de hade stort behov av stöd, som bara delvis kunde fyllas av familj och vänner.

Besök på mottagningen för gynekologisk undersökning och provtagning

Den kvinna som kommer till mottagningen kan, precis som vid den första telefonkontakten och besöket hos kuratorn, befinna sig i olika stadier av beslutsprocessen. Besöket på mottagningen kan t.ex. vara ett sätt att göra ett

eventuellt avbrytande av graviditeten konkret för att ge ytterligare underlag för ställningstagandet. Det är därför viktigt, att personalen inte förutsätter att hon beslutat sig för abort.

Precis som vid den första kontakten med mottagningen, är kvinnan känslig för det bemötande hon får. Hennes egna eventuella skuldkänslor kan t.ex. göra, att hon väntar sig att bli illa behandlad eller tolkar in fördömande i personalens hållning och bemötande.

"Jag tyckte nästan de var för vänliga, undrade om det var för att jag skulle göra abort" (*Callersten* 1981, s. 48)

Alla som i arbetet kommer i kontakt med kvinnor som överväger att avbryta en graviditet behöver möjlighet att bearbeta och uttrycka sina egna känslor och attityder till abort. Kvinnans känslighet i den här situationen gör, att hon uppfattar personalens eventuella negativa eller oklara känslor även om de inte öppet ger uttryck för dessa.

Läkarundersökningen är en situation, då kvinnan kan känna sig speciellt utsatt. Förutom att hon "visar upp" sitt misslyckande, måste hon också utsätta sig för en undersökning då hon även rent kroppsligt lämnar ut sitt allra mest intima. Läkarens förhållningssätt är därför mycket viktigt. Det borde vara självklart, att kvinnan inte är avklädd när hon möter läkaren, utan först får tala med henne eller honom på ett mer jämbördigt plan. Det är ju inte ens säkert, att hon vill bli undersökt. Hon kanske har kommit för att pröva, diskutera sin ambivalens och ännu inte bestämt sig för att avbryta graviditeten.

Läkarundersökningen kan för kvinnan på ett djupare plan få en mycket viktig innebörd.

"(Det) var just vid undersökningen som det riktigt gick upp för mig att det fanns liv inom mig och att det skulle bort" (*Callersten* 1981, s. 49)

När kvinnan beslutat sig för att avbryta graviditeten, är det viktigt att hon får information om ingreppet. Om man som patient vet vad som ska hända och vad de olika momenten kring en operation innebär, minskar utsattheten och rädslan. Ju färre reella upplysningar, desto större spelrum för fantasin och rädslan, säger Jacobsen (1980).

Jacobsson & Solheim (1975) gjorde en enkätundersökning i samband med efterkontroll efter abort bland ca 140 kvinnor. 75 % angav, att de var nöjda med den information de fått om operationen av gynekologen, medan 20 % menade att den inte var helt tillfredsställande och 5 % att de inte alls fått den information de önskat.

Cullberg (1976) påpekar, att det är svårt att ta till sig information i ett kristillstånd.

"De frågor som bränner inom patienten och som kan vara av ytterligt praktisk och konkret natur blir obesvarade, då patienten inte vet hur de ska ställas. Att kunna ge adekvat och riktig information innebär alltså dels att man måste komma så nära patientens egen föreställningsvärld som möjligt, dels att man måste försöka ta reda på vilka frågor och farhågor som just denna människa har inom sig. Detta kan blott ske i en dialog och genom aktivt lyssnande." (*Cullberg* 1978, s. 154)

Centralt för kvinnans möte med personalen i samband med att hon överväger eller ska genomgå abort, såväl vid tidsbeställning, provtagning, undersökning och operation är ändå hur hon blir mottagen:

"Abort är inte lätt och därför behövs det inte så mycket av otrevligt bemötande för att min självkänsla ska krympa ner till obefintlighet" (*Callersten* 1981, s. 49)

Väntetiden

Om den negativa ambivalensen inför graviditeten överväger och beslutet om avbrytande är fattat, känns det oftast viktigt för kvinnan att aborten görs så fort som möjligt. Väntetiden från beslut till operation känns ofta påfrestande. Psykologiskt sett har kvinnan redan "avbrutit" graviditeten. Hon har avvisat den och känslomässigt ställt in sig på ett avbrytande. Hon investerar inte några varma och ömma känslor i det foster hon bär på, utan uppfattningen om fostret som en inkräktare, något som förtär henne från insidan kanske överväger (se även kapitel 18.3.5). Att samtidigt känna de fysiska graviditetssymtomen kan då kännas som en belastning och att inte rå över sig själv. De är en påminnelse om att processen som ska avbrytas ändå fortgår inom henne. Flera intervjuade män uppgav också, att tiden före aborten, i väntan på ingreppet var den svåraste (*Holm 1982).*

Operationen

Operationen, avbrytandet av graviditeten markerar slutpunkten på beslutsprocessen. Fram till dess har fortfarande möjligheten till fullföljande stått öppen och känslor och tankar kunnat pendla mellan de båda möjligheterna. Operationen kan därför kännas som vändpunkten, som kräver en ny omställning. Samtidigt kan det kännas som en lättnad, då alla krafter kan inriktas på framtiden och inte längre är bundna i ambivalenta känslor som kräver ett beslut.

"När jag skulle in på operationen var det med en känsla av befrielse, att det hemska med honom var över" (*Callersten* 1981, s. 57)

Något som kan kännas positivt i samband med själva aborten är också, att kvinnan då oftast kommer i kontakt med andra kvinnor i samma situation (*Callersten* 1981). Det kan bli en avlastning av hennes skuldkänslor att se, att även andra delar liknande upplevelser och misslyckats i att förebygga ofrivillig graviditet. Därmed kan hon känna sig mindre ensam.

En operation är dock alltid en påfrestning, eftersom man lämnar ut sin kropp till andra och befinner sig i underläge. Det är extra laddat med underlivsoperationer, då de ju innebär ingrepp i kvinnans mest intima delar, som hon dessutom själv inte kan se. Fantasier om livmodern, det "inre rummet" och vad som döljer sig i underlivet är vanliga redan hos den lilla flickan. Om hon har fantasier om att inte vara rätt utvecklad eller skadad i underlivet, saknar hon möjligheter att själv kontrollera att så inte är fallet. När gynekologen gör ett ingrepp i kvinnans underliv, kan sådana primitiva fantasier få ny näring och aktualitet, även om de inte blir medvetna. Inte minst av detta skäl behövs det ett återbesök efter aborten, så att hon av läkaren kan få bekräftat att allt står rätt till.

Olika författare har diskuterat för- och nackdelar med operation under narkos respektive i lokalbedövning, där de olika alternativen troligen passar olika bra för olika kvinnor. Man menar, att en operation i lokalbedövning, där kvinnan kan följa vad som händer underlättar hennes senare bearbetning av aborten, medan en operation under narkos kan förstärka en eventuell bortträngning eller ett förnekande av aborten (*Carpelan* 1971; *Idahl m.fl.* 1976; *Kaltreider* m.fl. 1979). En operation under lokalbedövning har också den fördelen, att den kan minska kvinnans farhågor om att ha blivit skadad och fantasier om vad som egentligen hänt som kan uppstå om hon varit sövd. Å andra sidan är en underlivsoperation en situation av stark utsatthet, som kanske kan följa kvinnan senare. Minnet av operationen under lokalbedövning kan kanske komma tillbaka i samband med samlag och göra det svårt att återuppta ett sexuellt samliv.

Trost (1982) fann i sin undersökning ett samband mellan bedövningsmetod och psykiska besvär efter aborten. De som genomgått operation under narkos hade oftare psykiska besvär relaterade till aborten.

"Man kan förmoda att de flesta som fått narkos önskat detta därför att de oroat sig för abortingreppet kanske som något psykiskt svårt och påtagligt", menar Trost (s. 138).

Callersten (1981) berättar om kvinnornas intryck från operationsavdelningen:

"För en del är dock operationsmiljön skrämmande och stunden innan svår – precis som inför andra ingrepp. Miljön på stora operationsavdelningar är opersonlig och ger inte stort utrymme för var och en, vare sig i tid eller omsorg. Detaljer som var man klär av sig, hur man blir bemött, vem som finns omkring en och om man får något att äta efter etc, blir betydelsefulla händelser som etsar sig kvar i minnet."(s. 57)

"– – – men när man ligger där, är det liksom som man glömmer, vad man har rätt till – – –" (*Jacobsen* 1980, s. 91, min översättning)

För kvinnan är aborten en unik händelse. Detta kontrasterar mot den rutinmässiga behandling som operationen oftast innebär. En av de kvinnor Jacobsen intervjuat beskrev sin reaktion på detta:

"– – – jag kunde lika gärna ha varit en maskin som de stått vid, det tycker jag var det värsta – – –" (*Jacobsen* 1980, s. 100, min översättning)

Callersten frågade i sin undersökning även personalen om deras syn på abort och på de kvinnor som gör abort. Några uttryckte sina svårigheter inför vissa patienter:

"Det är svårast med kvinnor som avskärmar sig helt och inte visar någon reaktion. Fast jag är medveten om att jag inte kan tränga in under skalet hos alla förväntar jag mig trots allt någon känsloyttring".

"Tyvärr finns det alltför många som tycker aborten är enkel och okomplicerad."

"Personalen tycker, att tonårsflickorna och unga kvinnor, som aldrig fött barn, är den grupp som oftast ger intryck av att inte påverkas så mycket av aborten." (*Callersten* 1981, s. 91 resp. 82)

Från kvinnans synvinkel ser det annorlunda ut. Jacobsen (1980) beskriver rädslans uttryck:

"Kvinderne er generelt angste ved indlaeggelsen. Den 18-årige Nina fortaeller her, hvordan hendes angst kommer til udtryk i mødet med hospitalet:

'– – – Jeg ventede lang tid – – – du er kold og rolig – – – man mander sig op – – – Jeg var lidt bange, fordi – – – hvad taenker de? – – – og når det så er, jeg skal mande mig op, så spiller jeg egentlig overlegen overfor alle mennesker, fordi så skal jeg klare en situation, det skal jeg. Så tager jeg tyggegummi i munden og sidder der og ser storsnudet ud, fordi det er den eneste måde, jeg føler, jeg kan klare mig på. Iskold overfor alt og alle, det er jeg altså, så laver jeg en mur, så kan jeg klare mig, det ved jeg. Så er der ingen, der kan sige noget til mig, nej, nu ikke igen – – –'

En såden måde at "klare" sin angst på kan let misforstås af omgivelserne, hvilket jo også er hensigten. Denne reaktionsmåde er styret af en angst for ikke at kunne beherske sig – holde sammen på sig selv – – –

Kvindens angst – og hendes eventuelt uhensigtsmaessige måde at administrere den på – kan vanskeliggöre etableringen af en kontakt til personalet. Det vil her vaere afgørende at personalet forstår, at kvindens lukkethed eller afvisende holdning er udtryk for angst. Har personalet den førnødne indsigt, vil det sjaeldent vaere vanskeligt at etablere en kontakt." (*Jacobsen* 1980, s. 97 f.)

Tiden efter aborten

Tiden efter aborten är en period av bearbetning och nyorientering. Den ofrivilliga graviditeten och alla händelser och upplevelser i samband med den ska integreras, bilda ett mönster och införlivas med kvinnans livserfarenheter.

I alla tre här refererade undersökningar *(Callersten 1981, Jacobsen 1980, Trost 1982)* har den mest framträdande och vanliga känslan hos kvinnorna efter aborten varit lättnad. En vanlig upplevelse efter aborten är också känslan av tomhet, som utgör grunden för en bearbetning av aborten och en sorgereaktion. Känsla av skuld förekommer också. Om beslutet varit väl genomarbetat, kan den genomgångna och lösta krisen ge en känsla av ny styrka, upplevelse av att en ny fas i livet har inletts. Ibland kan den ofrivilliga graviditeten, aborten och de samtal och ställningstaganden som blivit nödvändiga också ge nya förutsättningar för förhållandet mellan kvinnan och mannen, medföra ökad närhet och vilja att gå vidare tillsammans. Omvänt kan för en del aborten innebära det definitiva ställningstagandet för uppbrott och skilsmässa. Några kvinnor beskriver sina svårigheter att återuppta ett sexuellt samliv efter aborten. En del kvinnor fortsätter att fantisera om fostret lång tid efter aborten.

Trost (1982) intervjuade drygt 100 kvinnor dels ca en vecka, dels ca tre månader efter aborten.

Av de kvinnor som intervjuades, fick ca 30 % psykiska besvär som kunde anses ha samband med aborten. De flesta av dessa kvinnor fick "lättare" besvär i form av att de en kortare tid efter aborten kände sig nedstämda, hade olustkänslor, ökad känslighet och irritabilitet, humörväxlingar och lätt att gråta. Några hade haft skuldkänslor och ångrat aborten. Hälften av de kvinnor som fick "lättare" besvär hade först känt lättnad och befrielse efter aborten. Känslan av nedstämdhet hade för dem kommit först senare.

De kvinnor som efter aborten fick "svårare" psykiska besvär, ca 10 %, kände sig nedstämda, fick svårt att sova, ångest och starka olustkänslor. Flera fick skuldkänslor och ångrade aborten. För de flesta var dock dessa besvär relativt snabbt övergående. De som fick "svårare" psykiska besvär

hade nästan genomgående känt stark ambivalens inför graviditeten och aborten.

Fler kvinnor som haft psykiska besvär efter aborten hade också oftare tänkt på den. Fler av dem hade känt obehag när aborter kom på tal, blivit illa berörda av att se småbarn och funderat på hur långt fram i graviditeten de skulle varit om den inte avbrutits. Sammanlagt hade ca 14 % av de intervjuade kvinnorna kortare eller längre tid känt ånger efter aborten, ca 19 % hade skuldkänslor och ca 20 % kände olust vid tanke på aborten.

Bearbetning

I och med aborten är graviditeten fysiskt avbruten och det sker en hormonell omställning i kroppen. Men den psykiska graviditetsprocessen måste också avslutas. Det sker genom en bearbetning av känslorna i samband med aborten och i förhållande till fostret, vilket kan ta tid.

Genomgående beskriver kvinnorna en känsla av tomhet direkt efter aborten. Även om de inte kunnat acceptera fostret, har det under graviditeten ändå varit en del av dem. Känslan och insikten om att fostret är borta måste bearbetas. Tomhetskänslan ger upphov till sorg över förlusten av fostret, förlusten av det som var kvinnans och mannens gemensamma frukt, som kvinnan härbärgerade i sin egen kropp. För kvinnan innebär också aborten en förändring av identiteten. Från att ha varit "en gravid kvinna" är hon plötsligt inte det längre.

Just den plötsliga förändringen tycks förstärka känslan av tomhet, menar Jacobsen (1980). Den kan också ge en känsla av overklighet:

"Det verkar overkligt på ett sätt, jag kan inte riktigt förstå det. Det är märkligt, tycker jag – – – Även om jag inte ville ha det – barnet – så var det i alla fall något, som man kunde känna och ta på, det var jag. Och nu är jag plötsligt inte gravid, utan att jag egentligen har företagit mig något. Det har inte hänt något, som jag verkligen registrerat, så nu är jag bara i en annan situation, nu är jag bara inte gravid mer. Det är en lite underlig känsla, det är lite svårt att förklara, det är en sådan plötslig förändring." (*Jacobsen* 1980, s. 109, min översättning)

En kvinna berättade, att hon två dagar efter aborten kände sig underlig. Det kändes på något sätt som de (personalen) hade tagit ifrån henne något och hon hade lätt för att gråta.

"Det är en sådan underlig känsla. Det är lite underligt att tänka på, att det tog inte mer än en kvart, att få bort det. Jag vet inte – jag kan inte riktigt förklara det, en gång kändes det bara som det ändå inte var borta. Jag tycker det är obehagligt efter – – – man tänkte, nu är man helt tom invändigt, men ändå hade man en känsla av, att det fanns något. Så lika plötsligt var det borta. Det tycker jag var rätt underligt." (*Jacobsen* 1980, s. 109, min översättning)

"– – – förfärande tomhetskänsla – – – ingen förstod mig, dom tyckte bara att det var skönt att det var över"

"Tomhetskänslan går inte att beskriva med ord. Jag trodde jag skulle bli tokig av sorg – – – livet blir aldrig detsamma när man har gjort en abort"

"Man borde förberedas på den rent fysiska tomhetskänsla som uppstår, rent fysiskt är något borta" (*Callersten* 1981, s. 59, 69 resp. 71).

De kvinnor, som ger uttryck för känslan av tomhet, har alla medvetet gjort sig föreställningar om barnet, liksom de varit uppmärksamma på de fysiska förändringar, som ägde rum under graviditeten säger Jacobsen. De fysiska och psykiska upplevelserna i samband med graviditeten pekar framåt i den meningen att de knyts till föreställningar om framtiden. De avbryts tvärt vid aborten, vilket ger en upplevelse av separation, att ha mist något. Det ger en känsla av sorg som utgör en bearbetning av förlusten.

En kvinna som Callersten intervjuade talade om känslan efter aborten som "biologisk sorg".

Bearbetningen av förlusten kan fortgå under lång tid. Ibland väcks känslorna på nytt av yttre händelser, t.ex. när kvinnan möter barn eller när tidpunkten för den "egentliga" förlossningen närmar sig.

"Om en vecka skulle barnet fötts' sa en kvinna vid intervjun."

"I 9:e månadens första vecka kände jag mig konstig. Jag blev plötsligt deprimerad eller fick någon slags ångest, tänkte intensivt på mannen och på den avbrutna graviditeten och inbillade mig att om jag inte gjort abort, skulle barnet fötts just då. Det gick över ganska snabbt". (*Callersten* 1981, s. 69).

Skuldkänslor uttrycks av en del av de kvinnor som intervjuats. Jacobsen säger, att skuld uppstår då man bryter mot normer – egna eller andras. Då samhället stadigt förändras mot en mindre fördömande inställning mot abort, minskar också skuldkänslorna. Jacobsen påpekar också, att en av de normer som kan ge kvinnor skuldkänslor i samband med ett beslut om abort är, att de ofta fostrats till att i första hand ta hänsyn till andra och låta egna önskningar komma i andra hand. Då en kvinna sätter sina egna önskningar och intressen i första rummet och t.ex. väljer att avbryta en graviditet för att hon vill utbilda sig, kan det sällan ske utan medföljande skuldkänslor, menar Jacobsen.

Även abortens betydelse för förhållandet till mannen och för känslan inför sexualitet behöver bearbetas, innan en nyorientering kan ske. Berarbetningen kan ses som en både psykisk och fysisk läkningsprocess som tar tid och innebär ökad sårbarhet. Det kan vara svårt att återuppta sexuella kontakter innan denna process är avslutad. Sexualiteten kan också aktivera de känslor av intrång som ofta finns hos kvinnor speciellt i början av en graviditet.

"Nej, jag har inte återtagit det sexuella samlivet än. Jag känner mig öppen fortfarande" sa en av de kvinnor som intervjuades av Callersten (1981) efter aborten (s. 66).

"Den första perioden efter aborten reagerade hon häftigt i samband med beröring av en man, t.ex. vid dans. Alla känslor från aborten aktualiserades".

"Jag minns att jag tänkte att jag aldrig mer skulle kunna ligga med en man, men jag tror det hängde ihop med den stora tröttheten. Nu känner jag det inte så". (*Callersten* 1981, s. 67 f.)

Den ofrivilliga graviditeten kan lyfta fram konflikter och svårigheter i förhållandet mellan kvinnan och mannen som man tidigare undvikit. Finns det kraft och möjligheter att ta itu med detta i samband med aborten, kan den medföra ökad närhet och en ny grund att bygga på.

"Aborten som då var en nödvändighet innebar att vi kom varandra närmare under just den perioden. Vi tänkte noga igenom att vi ville ha barn. Jag tror han blev glad att få bekräftelse på att vi kunde få barn tillsammans". (*Callersten* 1981, s. 67)

Den ofrivilliga graviditeten kan, som tidigare nämnts, vara positiv i den meningen, att den bekräftar kvinnans och mannens fruktsamhet. För kvinnan kan dock aborten och den risk den innebär väcka en rädsla för framtida svårigheter att få barn:

"Vetskapen att kunna få barn gläder en kvinna precis efter aborten men skapar samtidigt ängslan att hon skall få komplikationer som inverkar på detta". (*Callersten* 1981, s. 67)

Även Cullberg (1978) tar upp rädslan för infertilitet hos unga kvinnor som genomgått abort som en möjlig orsak till ny graviditet och abort en kort tid efter (se kapitel 18.7).

Nyorientering

Den vanligaste reaktionen efter en abort är lättnad. Många gånger känner sig kvinnan styrkt av det hon gått igenom och att hon klarat det.

Lättnaden kan ses som ett resultat av att den påfrestande beslutsprocessen är avklarad. Graviditeten och dess symtom som så länge den pågick till en stor del för dessa kvinnor var något negativt, är avbruten. De positiva reaktionerna skall ses som uttryck för att kvinnan kommit igenom den kris som en abort kan innebära, menar Jacobsen (1980). De positiva känslorna kan också sättas i samband med vad beslutet och det ansvar det för med sig betyder för kvinnan. Flera kvinnor uttrycker klart, att de upplever en ökad känsla av ansvar – för sitt eget liv och handlande liksom för ett eventuellt barn.

"Jag känner nog, att jag har blivit lite mer vuxen --- man har fått ett lite mer ansvarsfullt förhållande till i varje fall några sidor av livet, och man har liksom blivit ställd inför frågan att ta ansvar för en annan människas liv och uppväxt. Och även om man nu inte tagit på sig detta ansvar, så är det liksom det i alla fall har gett mig något --- att man i stället för att bara låta livet löpa åstad med en, så fattar man också själv lite beslut om vad som ska ske med en och med ens framtid". (*Jacobsen* 1980, s. 113, min översättning)

"En 20-årig kvinna känner, att det var någon slags mening med aborten. Hon har fått chansen att välja ---.Genom aborten valde hon sin egen väg, och känner att hon är stark". (*Callersten* 1981, s. 70)

Jacobsen menar, att aborten för de kvinnor som genomgått en "god" beslutsprocess fick en övervägande positiv innebörd. De hade alla genomgått en personlig utveckling genom beslutsprocessen. Hon beskriver en av de kvinnor hon intervjuat:

"Hon säger själv, att hon tycker att hon är inne i en 'enorm process', då hon prövar att arbeta med en förändring av sig själv. Denna förändring får förstås mot bakgrund av en hittintills mycket otillfredsställande livssituation, som hon nu försöker 'trotsa'. Och som hon säger, känner hon sig nu i några situationer mycket stark. Hon såg klart sin motsättningsfyllda livssituation under beslutsprocessen och denna insikt styrker henne nu i hennes dagliga liv". (*Jacobsen* 1980, s. 111, min översättning)

Att den genomgångna krisen givit en ny syn på livet och ny styrka uttrycks även av följande kvinnor:

"Känns som en väldig lättnad, att det är början till något nytt, ska ta fatt i mig själv mera. Jag vill veta vem jag är, vad jag vill, kanske speciellt med tanke på att jag haft dålig erfarenhet av män".

"Kanske trodde jag att jag skulle förändras --- Att jag skulle få en annan inställning till livet och att det skulle synas miltals omkring mig. Naturligtvis är det inte så. Men kanske har något skett. Och kanske har min inställning till livet, män eller sexualiteten förändrats". (*Callersten* 1981, s. 59 resp. 69)

"Jag förstår fler människor nu, jag *förstår kvinnor* på ett annat sätt än jag har gjort förr. Jag förstår både dem, som får barn och dem, som inte får det. Det har givit mig en erfarenhet, som jag tror, att jag kan använda positivt". (*Jacobsen* 1980, s. 112, min översättning)

Abortens innebörd

En abort får olika innebörd för varje individ, beroende på livssituation, tidigare erfarenhet etc. Dessutom är innebörden i den ofrivilliga graviditeten och avbrytandet av den olika i olika faser av livet och beroende på om det är den första graviditeten, om man redan har barn eller inte etc.

För tonåringen som blir ofrivilligt gravid kommer denna och en eventuell abort att utgöra en del av de första erfarenheterna av vuxen sexualitet och dess möjliga konsekvenser. Schaffer & Pine (1972) fann i en intervjuundersökning bland tonårsflickor i abortsituation, att graviditeten och att eventuellt avbryta den för flickorna accentuerade den i tonåren centrala konflikten mellan önskan att få vara liten, beroende och ömt vårdad och längtan efter att själv bli vuxen och den som kan vårda och ta hand om andra, t.ex. ett barn. Flera av flickorna gick i och med graviditeten in i ett nytt beroendeförhållande gentemot sina mödrar, medan andra mognade och kände sig stärkta av att själv fatta beslut och klara av det praktiska kring aborten. De unga flickorna behöver extra stöd och hjälp att bearbeta upplevelserna i samband med graviditet och abort, så det ger möjlighet till mognad och att de negativa upplevelserna inte färgar av sig på känslan inför sexualiteten och förhållandet till män. Graviditeten gör kvinnligheten och fruktsamheten påtaglig. Detta kan i sig rymma något positivt, men också upplevas som chockartat. Det är viktigt att denna del av den kvinnliga identiteten inte blir negativt laddad. I tonåren är funderingarna kring kroppen och dess utveckling centrala. En underlivsoperation kan då kännas speciellt traumatiserande och störa den unga kvinnans värdering av sin kvinnlighet och kroppsidentitet. Hon behöver få bekräftat att allt är som det skall efter operationen.

För den kvinna som blir ofrivilligt gravid vid en tidpunkt då hon förväntas skaffa barn (det kan gälla såväl omgivningens som hennes egna förväntningar), kan beslutet bli extra svårt, eftersom ett avbrytande på sätt och vis även blir ett brott mot outtalade normer.

Om en kvinna överväger abort i slutet av den fruktsamma perioden får beslutet också en annan valör. Det blir då fråga om att besluta sig för att överhuvudtaget inte skaffa (fler) barn och kan vara förenat med extra svårigheter och sorg över att den fertila perioden snart är över. Beslutet om abort innebär då inte bara att avstå från att fullfölja den aktuella graviditeten, utan även att kvinnan tar steget ur den reproduktiva fasen.

18.5.7 Sammanfattande synpunkter

Varje "abortsituation" har sin upprinnelse i sexualiteten mellan man och kvinna. Upplevelsen av sexualiteten kan påverka känslan inför graviditeten och en eventuell abort kan påverka den framtida sexualiteten. Ändå är det sällan man talar om sexualitet vid kvinnokliniken och i abortvården överhuvudtaget.

Orsakerna bakom en ofrivillig graviditet kan vara flera. För många människor och under vissa perioder kan det vara svårt att finna en preventivmetod som fungerar tillfredsställande. Den fertila perioden sträcker sig för kvinnan över 30 år och riskerna för misslycknden med dagens preventivmedel är trots allt inte så små. Det kan dessutom finnas en omedveten graviditetsönskan som leder till mindre effektiv prevention och en eventuell ofrivillig graviditetet som på det medvetna planet inte kan accepteras och leder till abort. Den ofrivilliga graviditeten är en kris i dubbel bemärkelse. Graviditet innebär alltid en period av nyorientering och omställning. Den ofrivilliga graviditeten drabbar dessutom plötsligt och kräver ett livsavgörande beslut inom tre till fyra veckor. Graviditetsbeskedet ger ofta en chockupplevelse och alltid blandade känslor – oavsett om graviditeten är väntad och välkommen eller inte. Mannens och kvinnans reaktioner i anslutning till graviditetsbeskedet tycks vara avgörande för möjligheten att känslomässigt acceptera graviditeten. Oftast väger de positiva känslorna över och graviditeten kan så småningom accepteras. Om mannen och kvinnan har olika känslor och önskningar inför graviditeten, om de inom sig hyser starkt motstridiga känslor som har med deras egen utveckling, känslor inför fruktsamheten m.m. att göra eller om de faktiska omständigheterna är sådana att det trots en stark önskan blir svårt att fullfölja graviditeten blir ambivalensen stark eller kommer de negativa sidorna att väga över och ett avbrytande en möjlig utväg.

Ett väl bearbetat abortbeslut där alla slags känslor har fått komma till uttryck minskar risken för senare besvär. För sjukvårdspersonalen är det viktigt att veta, i vilket skede i beslutsprocessen kvinnan (och mannen) tar kontakt med mottagningen och kommer till undersökning och samtal för att kunna bemöta dem på ett adekvat sätt. Viktiga uppgifter är att ge möjlighet och "tillåtelse" för kvinnan/paret som överväger abort att uttrycka ambivalens, sorg, vrede etc. samt att söka mildra de skuldkänslor som ofta förekommer genom en stöttande och accepterande hållning. Kvinnan behöver också få veta vad som komer att hända i samband med själva ingreppet så att hennes egna fantasier och rädsla inte får fritt spelrum. Vid aborten känner en del kvinnor – ofta de yngsta – att de måste stålsätta sig för att klara av upplevelsen och hantera sina känslor. Detta tolkas ibland felaktigt av personalen som likgiltighet eller en tuff attityd, vilket försvårar kontakten med kvinnorna och ger dem mindre stöd.

Tiden efter aborten sker en bearbetning och nyorientering som ofta innebär samtidiga känslor av tomhet, skuld, sorg, lättnad och styrka. Det är en psykisk och fysisk läkningsprocess som tar tid. Känslor från tiden för aborten kan även aktualiseras senare, t.ex. vid en ny graviditet, svårigheter att bli gravid på nytt, vid den tid då barnet skulle ha fötts om graviditeten hade fullföljts eller vid möte med gravida kvinnor och små barn. Möjligheten

till samtal hos kurator för bearbetning av känslorna efter aborten och "avslutning" av denna är viktig.

18.6 Sen abort

De flesta besluten om att avbryta en graviditet sker före den tolfte graviditetsveckan (se kapitel 8). Den operationsmetod som då kommer till användning är den skonsammare vakuumaspirationen, då foster och moderkaka med hjälp av en kateter sugs ut ur livmodern. Ingreppet sker i lokalbedövning eller under narkos och tar ca tio minuter. Kring den tolfte graviditetsveckan går en gräns för denna typ av ingrepp. Då graviditeten förlöpt längre måste abort i stället ske genom ett framkallat missfall. En injektion av speciella ämnen framkallar ett värkarbete ungefär som vid en förlossning och en utstötning av fostret. Denna typ av tvåstegsabort kan ta upp till ett par dygn. 1981 gjordes 4 % av aborterna med tvåstegsmetoden. En ytterligare möjlig metod för abort efter 12:e graviditetsveckan är s.k. hysterotomi, då fostret tas ur livmodern med hjälp av ett litet kejsarsnitt. (Se vidare kapitel 17).

18.6.1 Orsaker till fördröjning

Ketting (1982) har beskrivit tre svårigheter med sena aborter. En sen abort medför ökade risker för medicinska komplikationer. Abort i ett långt framskridet stadium innebär psykologiskt sett en större påfrestning. Dessutom väcker en abort svårare etiska och moraliska frågor ju senare i graviditeten den görs, menar Ketting. Därför är det angeläget att söka orsakerna till att graviditeter avbryts vid ett sent stadium samt så långt möjligt motverka en fördröjning.

Sena aborter är enligt Ketting vanligast bland de riktigt unga och de äldre kvinnorna, bland kvinnor som lever ensamma, bland dem som inte har barn respektive redan har många barn samt bland de kvinnor som lever under sämre sociala villkor. Tietze (1981) visar samband mellan lägre socioekonomisk status och fler sena aborter samt lägre ålder och ökad andel sena aborter. Kaltreider (1979) fann i sin undersökning att de kvinnor som genomgick sen abort oftare hade haft tidigare psykiska besvär och genomgått en svår beslutsprocess. De hade en sämre social situation och svårigheter med preventionen. De representerade främst den yngsta gruppen kvinnor som överväldigats av sin första graviditet och äldre kvinnor som var ambivalenta inför sina känslomässiga och ekonomiska resurser för ännu ett barn. I Sverige gör de yngsta och äldsta kvinnorna sina aborter något senare i graviditeten än övriga (se kapitel 8). I Trost's undersökning (1982) hade kvinnorna i de lägsta och högsta åldersklasserna tvärtom oftare gjort abort i ett tidigt stadium av graviditeten än övriga kvinnor. Trost menar, att detta kan tänkas bero på att abortbeslutet i lägre respektive högre ålder kan förefalla mer självklart.

Fördröjningen kan enligt Ketting ha olika orsaker under olika faser av graviditeten:

Fas 1) Konstaterandet av graviditeten. Orsaken till att graviditeten avbryts sent kan vara att den konstaterats eller medvetet uppmärksammats först i ett sent skede. Här är troligen oregelbundna menstruationer och/eller förnekande av graviditeten och dess symtom de vanligaste orsakerna till fördröjning. Kvinnor som är gravida för första gången kan också ha svårt att känna igen symtomen. Möjligen, säger Ketting och stöder sig på en holländsk studie, kan även bruket av högeffektiva preventivmedel bidra till en fördröjd graviditetsdiagnos. Kvinnan litar ofta helt till de "säkra" preventivmedlen och har svårt att tro att hon kan vara gravid, då denna prevention misslyckats. En ytterligare möjlig orsak till fördröjning i denna fas är felaktigt negativa svar på graviditetstest.

Fas 2) Beslutsprocessen. I denna fas är det först och främst stark ambivalens som förorsakar fördröjning. Det kan också vara fråga om plötsliga förändringar i livssituationen som gör att kvinnan överväger ett avbrytande långt fram i graviditeten. Till detta kommer de abortbeslut som fattas efter besked vid fosterdiagnostik. Ketting nämner en ytterligare möjlig orsak, nämligen att de mycket unga av rädsla för föräldrarnas eller omgivningens reaktion undviker att berätta om graviditeten.

Fas 3) Kontakt med sjukvården, abort. Svårigheter i denna fas utgör i många länder den främsta anledningen till att graviditeter avbryts i ett sent skede. Detta var också tidigare fallet här i Sverige, då utrednings- och ansökningsförfarandet enligt vår tidigare abortlag medförde, att en stor del av aborterna utfördes efter den 12:e graviditetsveckan (se kapitel 8). Ketting konstaterar, att andelen sena aborter är lägst i de länder, där hinder för abort är minst.

Sigurdsson (1977) gjorde en undersökning bland kvinnor som genomgick abort vid Nacka sjukhus under det första året med vår nuvarande abortlag (1975). 6,5 % eller 50 kvinnor genomgick där abort efter 13:e graviditetsveckan. Av dessa kvinnor uppgav 20 % att de upptäckt graviditeten på ett sent stadium på grund av oregelbundna menstruationer. 24 % hade fått graviditetslängden fel bedömd. 20 % av kvinnorna ville i början av graviditeten fullfölja den, men ändrade sig. I undersökningen anges för en knapp tredjedel av kvinnorna "slarv" som orsak till att de kommit för abort sent i graviditeten. Troligen döljer sig bakom denna värderande etikett ett flertal kvinnor med stark ambivalens, inre och yttre konflikter och eventuellt ett tidigare förnekande av graviditeten. Förnekande kan också vara det verkliga skälet till att graviditeten upptäckts för sent.

Osofsky m.fl. (1975) fann i en undersökning bland kvinnor som gjort abort att de som genomgått sen abort hade reagerat mycket negativt på graviditetsbeskedet, känt sig mer ambivalenta och oftare känt skuld inför beslutet.

Stark ambivalens och förnekande tycks vara vanliga orsaker till att abort utförs först efter 12:e graviditetsveckan. Ambivalensens orsaker har tidigare beskrivits (se 18.3.5). Nedan behandlas förnekande som orsak till sen abort samt abort efter fosterdiagnostik.

18.6.2 Förnekande

Förnekande är benämningen på en psykisk försvarsmekanism, som kan komma till användning då en individ av inre eller yttre orsaker känner sig starkt hotad.

Förnekandet av graviditeten kan vara totalt redan från början. En liten grupp kvinnor blir inte medvetna om att de är gravida förrän efter långt gången graviditet, i enstaka fall först vid förlossningen. I andra fall träder förnekandet som försvarsmekanism in först efter konstaterad graviditet. Kvinnan kan inte "ta in" vetskap om graviditeten och vad den för med sig. Vid förnekande blir alla tecken på graviditeten på ett medvetet plan förbisedda och ignorerade, kvinnan värjer sig mot varje form av kunskap om sin belägenhet. Genom att graviditeten förnekas kan fostret och processen som pågår varken accepteras eller medvetet avvisas.

I Lagercrantz undersökning (1973), där 33 nyblivna mödrar intervjuades, beskrivs fyra kvinnor som förnekade sin graviditet. Som en belysning av de mekanismer som kan träda i kraft återges här kort dessa kvinnors reaktioner.

De fyra kvinnornas graviditeter var oplanerade (vilket inte hindrar, att även planerade graviditeter kan väcka tidigare starka konflikter till liv och ge upphov till samma känslor och försvarsreaktioner). Kvinnorna hade alla vid graviditetsbeskedet blivit chockade, upplevt ångest och känt sig kaotiska och förvirrade. Som försvar mot den känslomässiga och intellektuella innebörden av graviditeten trädde förnekandet in. Kvinnorna "glömde bort" att de var gravida. Därefter kände kvinnorna varken av ångest, oro eller konflikter under lång tid, men var mycket trötta. Tröttheten kan vara ett uttryck för, menar Lagercrantz, att en stor mängd psykisk energi mobiliserades för att vidmakthålla försvaret mot ångesten och starka inre konflikter. Även om kvinnorna under denna period mådde fysiskt sämre än vanligt och hade illamående, satte de inte dessa symtom i samband med graviditeten. Lagercrantz diskuterar de fyra kvinnornas reaktioner och förhållningssätt:

"Dessa fyra kvinnor var starkt negativa till att gå in i modersrollen och att deras liv skulle få en ny inriktning. Men de sökte och genomförde inte abort. De förefaller troligt att kvinnornas kraftiga försvar medförde en fördröjning i deras ställningstagande för eller emot abort. När de började att förstå graviditetsbeskedens innebörd – barn, delvis ny livsroll och livsföring, förändrade relationer till männen och annan social situation var det inte längre möjligt att få abort. Dessa insikter om betydelsen av graviditeterna kom ungefär samtidigt som kvinnorna började känna fosterrörelserna. Det är möjligt att de hade sökt abort om de tidigare blivit medvetna om sina känslor och konflikter. (s. 79 f.)

Emellertid kan deras omedvetna och medvetna motiv till att fullfölja graviditeterna ha varit så starka och betydelsefulla att de uppvägde de känslomässiga och sociala förhållanden, som motiverade aborter."

Fosterrörelserna och kroppens ökade omfång gör ett fortsatt förnekande av graviditeten svår. Ångest, konflikter och andra starka känslor kan därmed inte längre hållas undan från medvetandet, vilket kan ge en chockreaktion.

De fyra kvinnorna beskrev sina upplevelser i samband med fosterrörselserna som ångest, rädsla och förvirring:

"Gud, skall jag ha barn', 'det kan inte vara sant', 'då fattade jag det, det var hemskt, jag blev dörädd, trodde att jag skulle bli tokig'.

Fosterrörelserna beskrevs som 'irriterande', 'obehagliga' aldrig fick man vara ifred'." (*Lagercrantz* 1973, s. 80 f.)

Kvinnornas beskrivning av förhållandet till fostren präglas av upplevelsen av intrång. En av kvinnorna kände det som "ett missfoster, som åt upp mig inifrån", två uttryckte att fostret "sög ut dem" och den fjärde kvinnan hade svåra föreställningar om att fostret förgiftade henne och gjorde henne "galen och förvirrad". (Jfr. även *Jessner* 1970)

"Kvinnornas upplevelser av de kroppsliga förändringarna tyder på att deras identiteter hotades. De hade känt sig fula, 'äckliga', 'klumpig som en elefant'. – – – (En kvinna) beskrev sin osäkra identitetsupplevelse; 'jag visste inte vem jag var, det var som om jag var flera, som om jag ramlade i bitar på nått sätt'. Kvinnan hade upplevt denna splittring och främlingsskap som starkt ångestfullt och hotande. Jag fann i samtalen att kvinnorna var mycket skuldbelagda och 'skämdes' över sina föreställningar att fostren var 'parasiter'." (Lagercrantz, 1973)

Kvinnorna i Lagercrantz undersökning fullföljde trots dessa svårigheter sina graviditeter. Beskrivningen ger emellertid möjlighet att förstå såväl kraften i det förnekande som ibland medför att abort utförs först sent i graviditeten som de starka känslomässiga skäl som ofta ligger bakom dessa graviditetsavbrytanden. I Lagercrantz data kan vi också få en aning om den komplicerade bakgrund som gör graviditetens innebörd så outhärdlig för en liten grupp kvinnor:

"Kvinnornas berättelser om barndomen, relationen till mödrarna och deras graviditetsupplevelser antyder att deras upplevelser från tidig barndom och i nusituationen var så ångestfulla och svåra att kvinnorna inte förmådde att på egen hand medvetandegöra, omstrukturera och bearbetra sina konflikter.

En sådan process fordrar en viss grundtillit till de egna möjligheterna och en förhoppningsfull grundattityd till omvärlden och framtiden.

Dessa kvinnor hade till stor del saknat positiva grundläggande upplevelser. Deras identitetsupplevelser präglades i stor utsträckning av stark otrygghet, tvivel, missmod och ensamhet. Regressiva fantasier och bearbetningar av barndomsupplevelserna hade troligtvis väckt intolerabel ångest hos dessa kvinnor." (s. 85)

Det skall betonas, att beskrivningen gäller en mycket liten grupp kvinnor och återges här för att vidga förståelsen för de mekanismer och djupa svårigheter som *kan ha en del* i bakgrunden till de sena aborterna.

18.6.3 Abort efter fosterdiagnostik

Ibland får man vid fosterdiagnostik kunskaper om att fostret inte är friskt. Sådana upptäckter leder ofta till att de blivande föräldrarna överväger abort. Besked om fosterskada kan idag fås först sent i graviditeten, vilket medför att ett eventuellt avbrytande oftast inte kan ske förrän efter det att kvinnan känt fosterrörelser. Beskedet kommer ofta i ett läge, då kvinnan och mannen ställt in sig på ett fullföljande och har övervägande positiva känslor gentemot fostret, som kanske hunnit bli en egen individ i deras föreställningsvärld. Det gör beslutet och en eventuell abort speciellt påfrestande.

Uddenberg påpekar i socialstyrelsens rapport om fosterdiagnostik (1982) att beskedet om att fostret är skadat förutom att ge upphov till den svåra beslutssituationen ofta blir en traumatisk upplevelse i sig. Kvinnan kan känna sig otillräcklig och självanklagande. Eftersom fostret är en del av den gravida kvinnans självbild och självkänsla kan besked om att det är skadat göra att kvinnan uppfattar sig som mindervärdig. Dessutom kan det ge oro för att paret inte heller i framtiden skall kunna få friska barn. Om man beslutar att avbryta graviditeten p.g.a. upptäckt av en lindrigare skada kan det dessutom lättare uppstå skuldkänslor hos kvinnan och mannen i fråga.

"Det är uppenbart att de föräldrar som väljer abort efter att ha fått besked att de bär på ett sjukt barn behöver stöd. Även om deras val att avbryta graviditeten torde accepteras av de flesta i deras omgivning, kan de behöva få tala igenom sina känslor med någon som är beredd att förstå både deras lättnad över att fosterskadan upptäckts och deras sorg över att barnet inte var friskt." (*Uddenberg* 1982 b, s. 73)

18.6.4 Behov av stöd

De kvinnor som genomgår sen abort behöver mycket stöd. De sena aborterna är extra svåra bl.a. på grund av

- själva abortmetoden, som tar lång tid, är smärtsam och påminner om en förlossning
- att de kvinnor som genomgår sen abort ofta varit nära tanken på ett fullföljande av graviditeten (t.ex. vid stark ambivalens, abort på grund av fosterskada eller ursprungligen planerad graviditet)
- att fostret blivit mer påtagligt och ofta är en egen individ i kvinnans och mannens föreställningsvärld, i synnerhet om aborten sker efter det att kvinnan känt fosterrörelser
- att de kvinnor som genomgår sen abort varit gravida under längre tid. Graviditeten kan i högre grad ha blivit en del av deras identitet. Omställningen blir därigenom större
- att det etiska ställningstagandet kan ha varit svårare med ökad risk för skuldkänslor i samband med aborten
- att det ofta kan vara svåra psykiska konflikter som orsakar fördröjningen av avbrytandet (t.ex. förnekande, svår ambivalens, förändrad livssituation)
- att personalen ofta upplever de sena aborterna som påfrestande och kan ha svårt att hantera sina egna känslor i samband med dessa.

18.7 Upprepad abort

I abortkommitténs intervjuundersökning bland närmare 3 800 kvinnor som genomgick abort under 1981 vid fem svenska sjukhus hade ca en tredjedel även tidigare gjort abort. Detta tal stämmer väl överens med statistiken för riket som helhet. Andelen upprepade aborter har stadigt ökat något år från år. Detta har till stor del en rent statistisk förklaring – ju fler kvinnor i befolkningen som har genomgått abort, desto troligare är det, att en del av de kvinnor som hamnar i abortsituation hör till dem som redan tidigare gjort

abort. Dessutom är den till synes höga andelen upprepade aborter ett uttryck för preventivmedelsproblem. De kvinnor som gör abort har vilket flera intervjuundersökningar visat, ofta tillsammans med sina partners prövat många olika preventivmetoder med dåliga erfarenheter. De som har svårt att finna en fungerande p-metod löper givetvis större risk att råka ut för ofrivillig graviditet. Risken att råka ut för mer än ett preventivmedelsmisslyckande under kvinnans ca 30 år långa fruktsamhetsperiod är överhuvudtaget ganska stor (se vidare kapitel 8).

Av abortkommitténs undersökning (se kapitel 10.4.3) framgår, att det för de flesta av kvinnorna som hade tidigare aborterfarenheter var flera år mellan aborterna. 27 % av dem som gjort abort tidigare, hade gjort det under de senaste två åren. 13 % (3,6 % av samtliga kvinnor i undersökningen) gjorde två aborter under det senaste året. Ungefär liknande siffror visade en genomgång av upprepade aborter vid S:t Eriks sjukhus i Stockholm 1978 (*Andrén* 1979). 10 % (23 kvinnor) med tidigare aborterfarenhet genomgick två aborter under ett kalenderår. Nära hälften av dessa (11 kvinnor) genomgick två aborter under loppet av ett halvår. I undersökningen ingick också ett par kvinnor som genomgick tre aborter under ett år.

I en aktuell undersökning gjord i Umeå (*Jacobsson* m.fl. 1982), hade 38 % av de undersökta kvinnorna gjort abort tidigare, 11 % hade tidigare gjort två aborter eller fler.

Även om det är en liten grupp kvinnor (och indirekt män) som under en kort tidsperiod råkar ut för flera ofrivilliga graviditeter som leder till abort är det viktigt att diskutera vilka psykologiska orsaker – utöver den redan nämnda risken att misslyckas i preventionen mer än en gång – som kan ligga bakom upprepad abort.

De undersökningar som gjorts på området härrör från den gamla lagstiftningens tid, och kan därför inte utan vidare antas säga något om dagens situation. Dessutom har de flesta undersökningar kring upprepade aborter, liksom kring aborter överhuvudtaget, ofta försökt hitta några kännetecken hos de aktuella kvinnorna som skiljer dem från kvinnor i övrigt. Man har försökt finna förklaringar till att kvinnor gjort (upprepad) abort utifrån beskrivningar av deras personligheter och/eller sociala situation. En del undersökningar visade ett samband mellan upprepad abort och en sämre socio-ekonomisk situation (*Cullhed* 1971, *Bracken* m.fl., se *Kihlgren* 1979), medan detta samband visade sig svagt eller obefintligt i andra (t.ex. *Jacobsson* 1976). I Trosts undersökning (1982) hade 41 % av de kvinnor som även tidigare genomgått abort någon gång haft svårare psykiska besvär, medan motsvarande andel av de kvinnor som inte tidigare gjort abort var 15 %. Kihlgren (1979) sammanfattar en litteraturgenomgång om upprepad abort så här:

"I undersökningar som gjorts bland kvinnor som upprepat abort, har man funnit att det framför allt är den aktuella sociala situationen som avgör om kvinnan söker abort eller inte. Vidare att de kvinnor som upprepat abort har en något högre medelålder, flera barn, visar svag tendens till att ha en något mer belastad psykosocial situation och sämre hälsotillstånd än kvinnor som genomgår en abort. (s. 8)

Då andelen kvinnor som genomgår mer än en abort nu är omkring en tredjedel av de kvinnor som gör abort blir sådana uppgifter mindre

meningsfulla som en beskrivning av det allmängiltiga. Man måste också skilja på aborter som görs relativt tätt efter varandra respektive flera aborter under en period om många år. I det första fallet kan det vara mer motiverat att vara uppmärksam på eventuella djupare bakomliggande orsaker än i det andra.

I enlighet med tillgänglig litteratur och den tidigare redogörelsen kan några tänkbara orsaker till upprepade aborter anges:

Preventivmedelsproblem. Kvinnor som gör abort har ofta prövat många olika preventivmetoder. Ofta har de kort tid före den ofrivilliga graviditeten övergivit någon av de mest tillförlitliga metoderna (se t.ex. kapitel 10). Kvinnor som intervjuats efter aborten anger också ofta, att de inte är nöjda med den metod de bestämde sig för vid tiden för aborten och har också ofta redan bytt metod (t.ex. *Kvint m.fl.* 1981). Kvinnor som genomgått mer än en abort har också oftare försökt skydda sig mot graviditet (*Bracken, m.fl.* 1972) och större erfarenhet av befintliga preventivmedel (*Jacobsson m.fl.* 1976). Preventivmedelsrådgivning, i synnerhet efter abort, är således en väg att förebygga upprepade aborter.

Frågor kring den egna fruktsamheten och identiteten. Som tidigare beskrivits kan det finnas omedvetna motiv bakom ofrivilliga graviditeter. Även om det förnuftsmässigt finns en vilja att förhindra graviditet kan omedvetna motiv påverka effektiviteten och konsekvensen i preventionen med misslyckanden som följd. Omedvetna motiv kan t.ex. vara osäkerhet kring den egna fruktsamheten eller att möjligheten till befrukting utgör en viktig ingrediens i det sexuella samspelet och djupet i den sexuella upplevelsen. Graviditeter som uppstår på grund av sådana omedvetna motiv kan ofta vara orealistiska att fullfölja. Ett avbrytande kan vara den enda möjligheten.

Om osäkerhet kring den egna fruktsamheten bidrar till att man blir ofrivilligt gravid finns det risk för upprepade aborter, vilket också ibland diskuterats som orsak till de täta upprepade aborterna. En abort medför alltid en liten risk för komplikationer, som i sin tur kan medföra en liten risk för sterilitet. Även om fruktsamheten blivit bekräftad genom den ofrivilliga graviditeten, kan rädsla för att aborten gjort skada på nytt förstärka osäkerheten kring förmågan att bli gravid.

Cullberg (1978) tar upp detta problem när det gäller tonårsflickor som genomgår abort. Bakgrunden till att de blir gravida är hos vissa unga flickor inte bristande kunskaper om preventivmedel, utan föreställningen att de inte är riktigt skapta, säger Cullberg. "Man kan kalla detta för en experimentgraviditet: vederbörande har tagit sin sterilitetsdiagnos i egna händer" (s. 114). Efter aborten kan flickan få skuldkänslor och bli rädd att som straff bli steril på riktigt, varför en ny graviditet snart följer som en ny test på fertiliteten.

Återbesök efter abort, både för att genom gynekologisk undersökning få bekräftelse på att allt står rätt till och för att en eventuell oro ska kunna bearbetas är således också en åtgärd för att förebygga upprepade aborter. En kvinna som under kort tid återkommer flera gånger för abort borde också självklart erbjudas hjälp och möjlighet till bearbetning av sin situation.

Frågor kring förhållandet. Den roll som en ofrivillig graviditet kan spela i ett förhållande har tidigare diskuterats. Om graviditeten och aborten utgör

en del i en symbolisk och omedveten kommunikation mellan kvinna och man, riskerar den att upprepas om paret inte får hjälp med att medvetandegöra och reda ut bakomliggande konflikter.

Därför är det viktigt att även uppmärksamma mannens känslor i abortsituationen samt den ofrivilliga graviditetens betydelse för förhållandet.

Ambivalens. Ambivalensen som finns vid alla graviditeter innebär, att det finns positiva känslor investerade i graviditeten och fostret, även om man fattar beslut om att avbryta. Det är tänkbart, att sådana positiva känslor, om de är starka och/eller förblivit omedvetna kan medverka till att det uppstår en ny graviditet en kort tid efter en abort. Ofta kvarstår dock såväl de känslomässiga som reella skäl som talar emot ett fullföljande, vilket ger en ny abortsituation. Man vet inte, i vilken utsträckning graviditeter som uppstår kort tid efter en abort också fullföljs.

Möjlighet att uttrycka ambivalenta känslor och bearbeta dessa före aborten såväl som efter är betydelsefull även ur denna synpunkt.

18.8 Psykiska efterreaktioner

Frågan om hur kvinnor reagerar efter en abort har varit föremål för många undersökningar under årens lopp. Trost (1982) redovisar i en omfattande litteraturgenomgång ett 30-tal undersökningar gjorda bara under 70-talet och senare. Då har ändå bara undersökningar som är relevanta för dagens svenska förhållanden tagits med.

Undersökningarnas resultat har genom åren varit kraftigt varierande bl.a. beroende på hur lagstiftningen och attityderna kring abort sett ut, vilka kvinnor som fått tillstånd till abort, om aborten utförts tidigt eller sent i graviditeten, om det skett en samtidig steriliseringen, vilken undersökningsmetod som använts, vid vilken tidpunkt i förhållande till aborten undersökningen gjorts samt vilken definition på psykiska besvär som använts. Dessutom har det varit tydligt, hur undersökningsresultaten och framförallt tolkningen av dessa samvarierat med den för tillfället aktuella debatten och inställningen till aborter i samhället.

Croghan (1974) tar upp, att påfallande många undersökningar vid tiden för en sträng syn på aborter visar kraftigt negativa effekter av abort. Då samhällsdebatten gått i riktning mot en liberalisering och en ändring av lagstiftningen varit nära förestående har i stället många undersökningar visat att de negativa effekterna är mycket små.

Såväl tidigare som aktuella undersökningar har genom sin roll i argumentationen för eller emot fri abort huvudsakligen inriktats på att mäta förekomsten och graden av psykiska besvär efter abort. Psykiska besvär efter legal abort har jämförts med frekvensen liknande besvär efter illegal abort, spontan abort och förlossning. Man har jämfört barn som fötts efter avslagen abortansökan med andra barn och funnit sämre social och känslomässig anpassning hos de förra. Allt för att få svar på frågan: Ger abort psykiska skador och är dessa i så fall större än om graviditeten fullföljs?

I de olika undersökningarna har man haft olika definitioner på begreppet psykiska besvär, t.ex. ånger, skuld, depression, behov av psykiatrisk vård

etc. Man har därvid inte varit medveten om, att positiva och negativa känslor oftast finns sida vid sida. Adler (*Trost* 1982) visade i en intervjuundersökning att känslor av skuld och ånger kan finnas parallellt med lättnad och glädje efter aborten. Man har inte heller försökt gå bakom dessa symtom och se vad de är uttryck för. Trost (1982) har visat, att inte så få av de psykiska symtom som uppträder i samband med en abort har annat ursprung och således inte huvudsakligen är reaktioner på eller har samband med själva aborten. I undersökningarna har inte förekomsten av psykiska besvär efter abort relaterats till hur beslutsprocessen och krisbearbetningen inför aborten sett ut.

Senare års undersökningar kring abort – gjorda i länder där kvinnan i princip själv beslutar om att avbryta en tidig graviditet – har samstämmigt visat, att abort sällan medför några svårare eller bestående psykiska besvär. Trost (1982) sammanfattar sin litteraturgenomgång så här:

"Liksom tidigare refererade undersökningar från Skandinavien ger dessa undersökningar från Storbritannien, USA och Kanada belägg för att psykiska besvär när de förekommer efter en abort ofta är lätta och måttliga till sin karaktär och tämligen snabbt övergående. Besvären är inte sällan av typ krisbearbetning och flera undersökningar under senare år har därvid pekat på att krisreaktionen framför allt utlöses av den oönskade graviditeten och att kvinnan har det som svårast när hon befinner sig i den konfliktsituation som en oönskad graviditet kan innebära. Mer uttalade psykiska besvär har ofta visat sig ha det största sambandet med tidigare psykiska störningar eller utanförliggande psykosociala konflikter." (s. 50)

Trosts egen intervjuundersökning gav ytterligare stöd för dessa slutsatser. Hon fann, att allvarlig psykisk störning efter abort är ovanligt (se kapitel 18.5.6).

Inga undersökningar kan någonsin ge svar på, om kvinnans beslut att avbryta en graviditet är det för henne och andra berörda "rätta" eller bästa. Genom att ta reda på och försöka förstå kvinnans känslor och reaktioner inför den ofrivilliga graviditeten, mannens känslor och önskningar, samspelet dem emellan och följa beslutsprocessen kan man dock bättre förstå *innebörden* i de reaktioner som följer efter aborten. Nedstämdhet och sorg efter en abort kan t.ex. i hög grad också vara en reaktion på andra händelser i samband med aborten, såsom relationsproblem, brutet förhållande etc. Reaktionerna efter en abort är beroende av de förutsättningar som bestämt beslutet om avbrytande och måste förstås mot bakgrunden av dessa.

Bearbetningen av känslor och händelser i samband med ofrivillig graviditet och abort är av stor betydelse, och tycks enligt nämnda undersökningsresultat att döma fungera väl. Reaktioner av sorg, skuld, tomhet, lättnad och styrka är vanliga efter en abort. De är en konsekvens av att den ofrivilliga graviditeten är en kris som kvinnan tagit sig igenom, att aborten innebär en reell förlust och att kvinnan genom beslutet att avbryta också gjort ett etiskt ställningstagande. En väl genomlevd och avslutad reproduktiv kris – som en ofrivillig graviditet och abort ju är – kan så småningom bli en av livserfarenheterna och t.o.m. kännas som en styrka och tillgång att ha gått igenom. Om möjligheter till sådan bearbetning saknats, kvinnan känt sig tvingad till aborten eller aborten väckt tidigare, obearbetade känslor och konflikter till liv, kan den ge psykiska svårigheter, i nära

anslutning till aborten eller först långt senare.

Med ledning av psykologiska kunskaper om fruktsamhet och graviditet samt aktuella undersökningar kring psykiska reaktioner efter abort kan man urskilja situationer, då kvinnan kan behöva *extra* stöd i samband med ofrivillig graviditet och abort. Inga undersökningar har hittills behandlat mannens reaktioner efter abort, men utifrån den begränsade kunskap som finns kring fruktsamhetens och föräldraskapets betydelse för mannen, kan de flesta av de här beskrivna förutsättningarna också antas innebära extra svårigheter för mannen i samband med ofrivillig graviditet och abort.

Aktualisering av tidigare psykiska konflikter. Samband mellan tidigare psykiska symtom och psykiska besvär efter abort har man funnit i flera undersökningar (t.ex. *Ekblad* 1955, *Payne m.fl.* 1976, *Belsey m.fl* 1977 – enl. Trost – *Trost* 1982). Olösta konflikter i förhållande till de egna föräldrarna (*Lagercrantz* 1973, *Payne m.fl.* 1976) kan aktualiseras i samband med graviditet. De egna föräldrarna utgör förebilder för föräldraskap. Om erfarenheterna från barndomen varit till stor del negativa, kan det vara svårt att själv gå in i en föräldraroll. En graviditet kan t.ex. väcka känslor av beroende, upplevelse av att man själv inte har varit önskad etc.

En osäker könsidentitet kan försvåra accepterandet av graviditeten även om man förnuftsmässigt är inställd på föräldraskap.

Tidigare upplevelser av förluster (*Carpelan* 1971, *Swigar* 1976) kan aktualiseras i samband med en abortsituation. Om känslorna kring tidigare förluster är obearbetade kan det försvåra beslutet och upplevelsen kring en eventuell abort.

Stark ambivalens inför graviditeten. Samband mellan olöst ambivalens och starkare psykiska reaktioner efter aborten påtalas av *Schmidt* 1970, *Osofsky m.fl.* 1971, *Payne m.fl.* 1976, *Trost* 1982.

Ambivalensen kan ha sin grund i en aktualisering av tidigare psykiska konflikter och/eller aktuella svårigheter.

En medveten eller omedveten önskan om barn gör abortbeslutet svårt, även om alla förnuftsmässiga skäl talar för avbrytande. Det kan också ge upphov till psykiska svårigheter efter aborten (*Osofsky* 1971, *Greenglass* 1977 – enl. Trost –, *Trost* 1982)

Påtryckningar från andra som medför att kvinnan beslutar sig för abort mot sin egen egentliga önskan ger risk för senare psykiska besvär (*Ekblad* 1955, *Schmidt* 1970, *Trost* 1982). Kvinnans egen ambivalens och hur andras uppfattning påverkar hennes beslut varierar. I de fall mannen är starkt negativ till graviditeten påverkar det t.ex. kvinnans ställningstagande även om hon inte utsätts för påtryckningar.

Om kvinnan själv har en negativ attityd till abort, vare sig den är grundad i kultur, religion eller personliga ställningstaganden försvåras abortbeslutet och ökar risken för senare svårigheter (*Payne m.fl* 1976, *Trost* 1982). Ofta ändras synen på abort då kvinnan själv hamnar i en situation som är svår att lösa på annat sätt. De egna grundvärderingarna kan ändå förorsaka svår ambivalens inför beslutet.

Aktuella svårigheter. Relationsproblem (*Payne m.fl.* 1976, *Belsey m.fl.* 1977 – enl. Trost) som uppstår eller accentueras i samband med graviditeten försvårar krisen. Om beslutet att avbryta graviditeten också medför att förhållandet bryts blir förlusten dubbel. Både kvinnan och mannen kan

känna sig övergivna. Tidigare erfarenheter av separationer och övergivenhetskänslor kan också aktualiseras.

En psykosocialt svår situation (*Belsey m.fl.* 1977 – enl. Trost) kan skapa en stark konflikt mellan önskan och faktiska möjligheter att ta emot ett barn.

Ökad risk för psykiska svårigheter efter abort finns också då graviditeten avbryts, trots att kvinnan egentligen önskar fullfölja den (av medicinska skäl, vid fosterskada). (*Niswander & Patterson* 1967, *Blumberg m.fl.* 1975 – enl. Trost)

Det gäller även då aborten utförs sent i graviditeten (*Ekblad* 1955, *Berndtson* 1970, *Kaltreider m.fl.* 1979, *Osofsky m.fl.* 1975). Det är ofta (medvetna eller omedvetna) psykiska konflikter som förorsakat det sena avbrytandet, vilket dessutom genom den mer smärtsamma och långvariga abortmetoden är en påfrestning i sig.

Då kvinnan mött starkt avståndstagande från sjukvårdspersonal i samband med aborten ökar risken för skuldkänslor och andra psykiska svårigheter efter aborten. Omvänt kan ett positivt omhändertagande förebygga psykiska besvär efter abort (*Clark m.fl.* 1968 – enl. Trost, *Marder* 1970).

De psykiska svårigheter som en ofrivillig graviditet och abort kan ge upphov till kan förebyggas dels genom en grundlig bearbetning redan före aborten, dels genom uppföljande samtal efter aborten. Tyvärr är det mycket få kvinnor, som träffar kuratorn vid kvinnokliniken efter abort, även om många erbjuds sådan kontakt (se kapitel 12).

De svårigheter som inte bearbetas i anslutning till aborten kan ibland ge besvär först lång tid efter aborten. Svårigheter kan t.ex. uppstå i samband med tiden för den egentliga förlossningen eller årsdagen för aborten (exempel i *Cavenar m.fl.* 1978); i samband med ny graviditet (*Kumar & Robson* 1978); vid eventuella svårigheter att bli gravid på nytt med rädsla för sterilitet som orsakats av aborten; vid eventuell ny förlust (exempel: en kvinna vars sorg efter förlusten av ett barn inte kunde bearbetas tillfredsställande förrän även känslorna kring en tidigare abort blev medvetandegjorda).

Ibland uttrycks också kvarvarande obearbetade känslor efter en abort i form av psykosomatiska symtom, t.ex. svårförklarliga gynekologiska besvär. Detta talar för att man bör vara uppmärksam på att en obearbetad abort kan vara bidragande orsak till svårigheter av olika slag även lång tid efter aborten.

18.9 Stöd i samband med ofrivillig graviditet och abort

Mot bakgrund av det föregående kan sjukvårdens uppgift att ge stöd i samband med ofrivillig graviditet och abort definieras.

Psykologiskt stöd till kvinnor och män som överväger abort innebär att:

- understödja en gynnsam beslutsprocess som leder till ett väl underbyggt beslut. Kvinnan och mannen bör ges möjligheter och hjälp att bearbeta känslor och tankar inför den ofrivilliga graviditeten (t.ex. skälen till att den uppstod, jfr. *Cullberg* 1975), ett eventuellt fullföljande eller

avbrytande och vad detta betyder för förhållandet

- lindra den negativa upplevelsen och eventuella skuldkänslor i samband med undersökningen och själva aborten genom ett positivt omhändertagande av kvinnan och mannen inom abortvården. Det innebär t.ex. medvetenhet om att de sannolikt befinner sig i krissituation och kan vara extra känsliga för det bemötande de får
- uppmärksamma de kvinnor och män som kan behöva extra stöd i beslutsprocessen och i samband med aborten (se t.ex. föregående avsnitt)
- erbjuda stöd och möjlighet till bearbetning även efter aborten.

Ett adekvat psykologiskt stöd i samband med abort kan medverka till att den blir en livserfarehet som också kan kännas positiv och innebära växt och personlig mognad:

"Evidence from our study --- strongly suggests that the opportunity to choose or reject abortion and the oppotunity to play an active role in resolving this personal crisis promotes successful adjustment and maturation." (*Payne m.fl.* 1976 s. 733)

18.10 Slutord

1974 års abortlag har medfört stor lättnad för de kvinnor och män som råkar ut för ofrivillig graviditet. Att avbryta en graviditet är dock alltid ett svårt beslut och en påfrestande upplevelse. Kvinnor och män behöver stöd i beslutsprocessen och efter aborten, kanske framför allt i form av en accepterande hållning och respekt för att de fattar det beslut som är det bästa utifrån deras individuella förutsättningar.

Mer forskning behövs kring kvinnans och mannens känslor och reaktioner i samband med abort samt hur det påverkar förhållandet dem emellan.

Referenser till kapitel 18

Alm, L. m.fl. 1976. *Faderskap - en utvecklingsfas.* Institutionen för tillämpad psykologi. Lunds universitet.

Alm,L. m.fl. 1977. "Faderskap - en utvecklingsfas". *Nordisk psykologi, 1:* 34-47.

Andrén, J-Å. 1979. *Upprepad abort - en beskrivning av omfattning och utveckling samt en specialstudie av S:t Eriks sjukhus' patienter med upprepad abort under 1978.* Stencil. Sthlms läns landsting, HS-nämnden Centr.förv. Driftstatistikbyrån.

Benedek, T. 1959. "Parenthood as a developmental phase". *Psychoanalytical Study of the Child, 15:* 389-417.

Benedek, T. 1970. "Fatherhood and providing". Anthony, E.J. & Benedek, T. (eds.) *Parenthood. It's psychology and psychopathology.* Little, Brown & Co. Boston.

Benedek, T. 1970. "The psychobiology of pregnancy". Anthony, E.J. &

Benedek, T. (eds.) *Parenthood. It's psychology and psychopathology.* Little, Brown & Co. Boston.

Berndtson, T. 1970. *Upplevelser och emotionella reaktioner i samband med legal abort.* Lic. avh. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet.

Bibring, G.L. 1959. "Some considerations of the psychological processes in pregnancy". *Psychoanalytical Study of the Child, 14:* 113-121.

Bibring, G.L. m.fl. 1961. "A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship". *Psychological Study of the Child, 16:* 9-72.

Bibring, G.L. & Valenstein, A.F. 1976. "Psychological aspects of pregnancy". *Clinical Obstetrics and Gynecology, 19:* 357-371.

Blumberg, B.D. m.fl. 1975. "The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication". *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 122:* 799-808.

Bracken, M. m.fl. 1972. "Correlates of repeat induced abortions". *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 40:* 816.

Bracken, M. & Swigar, M. 1972. "Factors associated with delay in seeking induced abortions". *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 113(3):* 301–309.

Brudal, L.1979. "Psykiske reaksjoner hos kvinner og menn i tilknytning til fødsel". *Tidskrift för norsk psykologforskning.* Monografi 3.

Callersten, M. Ds S 1981:24. *Bilder och röster. Intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort.* Socialdepartementet.

Callersten, M. 1982. *Männen finns.* Stencil. Abortkommittén.

Carpelan, H. 1971. "Psyke och abort". *Nordisk Psykiatri, 3:* 213-225

Cavenar, J.O. m.fl. 1978. "Aftermath of abortion". *Menninger clinic, 42:* 433-438.

Clark, M. m.fl. 1968. "Sequels of unwanted pregnancy". *Lancet, ii:* 501-503

Croghan, L.M. 1974. "Areas of potential psychological vulnerability in the new era of liberalized abortion". *Psychology, 11(3):* 35-44

Cullberg, J. 1978. *Kris och utveckling.* Natur och kultur. Stockholm.

Cullberg, J. 1980. "Onormalt ha problem efter abort". *Läkartidningen, 77:* 555-556.

Cullhed, S. 1971. "Varför upprepade legala aborter?" *Läkartidningen, 68:* 2716-2718.

Davis, O. S. 1977. *Mood and symptoms of expectant fathers during the course of pregnancy: A study of the crisis perspective of expectant fatherhood.* University of North Carolina at Greensboro.

Ekblad, M. 1955. "Induced abortion on psychiatric grounds". *Acta Psychiatrica et Neurologica Scand.* Supplement 99.

Gordon, R. & Kilpatrick, C. 1977. "A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions". *Community Mental Health Journal, 13(4):* 291-294.

Halimi, G. 1978. *På kvinnans sida.* Trevi. Södertälje.

Holm, B. 1982. *Aborten ur mannens perspektiv.* Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet.

Idahl, U. m.fl. 1976. "Kvinnors upplevelse av lokalbedövning vid tidig legal abort". *Läkartidningen, 73:* 2745-2746.

Jacobsen, A. 1980. *Når kvinder vaelger abort. En psykologisk beslysning.* Hans Reitzel. Köpenhamn.

Jacobsson, L. & Solheim, F. 1975. "Women's experience of the abortion procedure". *Social Psychiatry, 10:* 155–160.

Jacobsson, L. m.fl. 1976. "Upprepad legal abort". *Läkartidningen, 73:* 2100-2103.

Jacobsson; L. m.fl. 1982. *Legal abort i Sverige; motiv, relationer, sexualliv hos abortsökande samt personalattityder.* Preliminär rapport.

Jessner, L. m.fl. 1970. "The development of parental attitudes during pregnancy". Anthony, E.J. & Benedek, T. (eds.) *Parenthood. It's psychology and psychopathology.* Little, Brown & Co. Boston.

Kaij, L & Nilsson, Å. 1971. *Att bli mor.* Almqvist & Wiksell. Stockholm.

Kaltreider, N. m.fl. 1979. "The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff". *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 15:* 235-238

Kestenberg, J.S. 1977. "Regression and reintegration in pregnancy". Blum, H.P. (ed.) *Female psychology. Contemporary psychoanalytical views.* 213-250. International University press. New York.

Ketting, E. 1982. "Second-trimester abortion as a social problem: Delay in abortion seeking behaviour and its causes". Keirse, M. et al (eds.) *Second trimester pregnancy termination.* Leiden University Press. 12-19.

Kihlbom, M. m.fl. 1981. *Uppgift förälder.* Socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt.

Kihlgren, S. 1979. *Kvinnor som genomgått mer än en abort – litteraturgenomgång.* Stockholms läns landsting. HS-nämnden. Centr.förv. Avd. för hälsoservice. Stencil.

Kumar, R & Robson, K. 1978. "Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae". *Psychological Medicine, 8(4):* 711-715.

Kvint, S. m.fl. 1981. *Abortsökandes preventivmedelserfarenhet, abortmotiv och behov av planerat återbesök.* Läkaresällskapets riksstämma.

Lagercrantz, E. 1973. *Kvinnors upplevelser av sina första graviditeter.* Lic.avh. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet.

Mangs, K. & Martell, B. 1978. *0–20 år enligt psykoanalytisk teori.* Studentlitteratur. Lund.

Marder, L. 1970. "Psychiatric experience with a liberal therapeutic abortion law". *American Journal of Psychiatry, 126(9):* 1230-1236.

Niswander, K.R. & Patterson, R.J. 1967. "Psychologic reaction to therapeutic abortion". *Obstetrics and Gynecology, 29:* 702-706.

Osofsky, J.D. m.fl. 1971. "Psychologic effects of legal abortion". *Clinical Journal of Obstetrics and Gynecology. 14:* 215-234.

Osofsky, J.D. m.fl. 1975. "Psychosocial aspects of abortion in the United States". *Mount Sinai Journal of Medicine, 42:* 456-467.

Payne, E.C. m.fl. 1976. "Outcome following therapeutic abortion". *Archives of General Psychiatry, 33:* 725-733.

Schaffer, C. & Pine, F. 1972. "Pregnancy, abortion and the developmental tasks of adolescence". *Journal of American Child Psychiatry, 11:* 511-536.

Schedin, G. 1977. *Ungdomsutveckling och psykoterapi.* Natur och kultur. Stockholm.

Schmidt, S. 1971. *Kvinnors upplevelse av tidig abort.* Lic.avh. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet.

Sigurdsson, K. 1977. "Aborter vid Nacka sjukhus 1975 – somatiska komplikationer och preventivteknik". *Läkartidningen, 74:* 318-321.

SOU 1953:29. Abortfrågan. Betänkande från 1950 års abortutredning.

Swigar, M. m.fl. 1976. "Grieving and unplanned pregnancy". *Psychiatry, 39(1):* 72-80.

Teiramaa, E. 1977. *Psychosocial factors in the outset and course of asthma.* Oulu.

Thretowan, W. 1968. "The Couvade syndrome. Some further observations". *Journal of Psychosomatic Research, 12:* 107-115.

Tietze, C. 1981. *Induced abortion. A world review, 1981.* The Population Council. New York.

Trost, A-C. 1982. *Abort och psykiska besvär.* International Library. Västerås.

Uddenberg, N. 1976. *Att få barn. En helhetssyn på kris och anpassning när man blir förälder.* Natur och kultur. Stockholm.

Uddenberg, N. 1982 a. *Den urholkade fadern.* Wahlström & Widstrand. Malmö.

Uddenberg, N. 1982 b. "Psykologiska aspekter". *Fosterdiagnostik. Rapport från en av socialstyrelsen tillsatt expertgrupp.* Socialstyrelsen.

Valfridsson, I-L. 1979. *Aborten – det svåra ingreppet. Kvinnor och män berättar.* Liber. Stockholm.

Summary

The 1980 Abortion Committee was appointed in the spring of 1980 to carry out an evaluation of the Abortion Act (1974:595) and the various measures introduced in connection with that Act for the prevention of abortions. The Abortion Act, which came into force on 1st January 1975, entitles the woman herself to decide, before the end of the 18th week of pregnancy, whether or not she wishes to complete her term. After the end of the 18th week of pregnancy, the approval of the National Board of Health and Welfare is necessary to obtain an abortion, and there must be special reasons for the permission. Such approval may not be granted if the foetus is judged to be viable.

The Government and Riksdag both emphasized that abortion was to be regarded as an emergency measure and only as part of the wider issue of birth control, and that abortion was not to be made a deliberate alternative to family planning by preventive methods.

The new legislation was accompanied by the Act Concerning Compensation for Certain Birth Control Activities (1974:525) which, together with a number of legislative amendments, was designed to encourage the expansion of contraception guidance and to facilitate the use of contraceptive methods of birth control. The Riksdag also resolved that a special grant for information aimed at preventing abortions was to be made to the National Board of Health and Welfare for a period of five years.

In the course of our work we have published a report entitled "Bilder och röster", describing interviews of women and medical staff concerning abortion *(Ds S 1981:24)*, and an interim report on education in sexual and personal relations in school entitled "Lära leva tillsammans", *(Ds S 1982:8)*.

In this final report we present extensive material on experience of the Abortion Act and measures for the prevention of abortion, and we also present our own deliberations and recommendations.

Abortion figures

Between 32,000 and 34,000 abortions have been performed every year in Sweden since the Abortion Act came into force. The figure for 1982 was 32,602, which was below the figures for the three preceding years and roughly the same as the figure for 1975. The number of abortions per 1,000 women aged 15–44 has also remained stable since the Abortion Act was passed,

varying between 19.0 (1982) and 20.7 (1979). The abortion rate for 1982 is the lowest since 1974. If the present abortion rate continues, then statistically speaking, one woman out of every two will have an abortion at some time or other in her life. The Swedish abortion rate is roughly on a level with other western industrialized countries having similar abortion laws.

Certain interesting age-related changes can be noted. Pregnancy and abortion rates among teenagers have declined steadily since 1975, and this may have a long-term impact on abortion figures. It is women born in 1961 and subsequently who have abortions less frequently in relation to previous generations. The abortion rate in the 20–34 age band has remained more or less stable since the Abortion Act came into force, while on the other hand there has been a slight increase among women aged 35 and over. It should be noted, however, that the total pregnancy rate for women over 35 is very low.

Birthrates in Sweden, as in the other industrialized countries, have declined appreciably since the mid-1960s. The rise in the number of abortions has not equalled the decline in the number of births either before 1975 or since the Abortion Act came into force. Thus the declining pregnancy rate which has existed for many years now has been achieved by a means of improved contraceptives and their more effective use. Abortion, therefore, has not been used as a deliberate alternative to contraception.

Nowadays 95 per cent of all abortions are performed by the 12th week of pregnancy, using a method (the vacuumaspiration) which involves a minimum of strain and risk from the woman's point of view. Just over 80 per cent of all abortions are performed on an out patient basis. The rising proportion of early abortions has reduced the mental burden on patients and medical staff. Barely 4 per cent of abortions nowadays are performed during the second trimester.

The number of applications referred to the National Board of Health and Welfare has steadily declined. During the first years after the Abortion Act came into force, the number of applications for abortion after the 18th week of pregnancy totalled about 400 annually. An average of 80 per cent of these applications were granted and thus considered to be warranted by special reasons. In 1981 the number of applications was 308. Of these, 256 (83 per cent) were granted, including 67 abortions performed after foetal damage had been diagnosed. The number of abortions performed in 1982 after the 18th week of pregnancy was 256.

Our examination of the handling of abortion applications by the National Board of Health and Welfare has established that in most of the cases where an abortion is applied for after the 18th week, there are compelling reasons for an abortion and the Board makes an objective assessment of arguments for and against in each individual case. Furthermore, we are convinced, in keeping with the practice applied by the National Board of Health and Welfare, that "special reasons" must be construed as strong reasons, of whatever nature, and that in the handling of these cases, a great deal of scope must be left for individual circumstances and great importance attached to the woman's own assessment of her situation.

Family planning is influenced by both societal and individual factors. Closer analysis reveals certain regional differences in the pattern of

pregnancy and abortion. The three metropolitan areas have the highest abortion rates. The lowest abortion rates occur in southern Sweden (excluding the Malmö and Göteborg areas) and in the County of Västerbotten. Abortion rates can also vary a great deal between municipalities in one and the same county. This is most clearly apparent in counties with big cities, but the same tendency is also apparent in rural counties. The reasons for such differences should be investigated more closely and taken into consideration by county councils when planning preventive health and medical care. We therefore recommend that central abortion records and the statistics maintained by the National Board of Health and Welfare be made in future to include particulars concerning abortion patients' localities of residence.

A difference in abortion rates has been noted between immigrant women from the eastern Mediterranean countries and other women in Sweden, which reflects a difference of attitudes to sexuality and family planning in these cultures. Contraceptives are harder to obtain in the Mediterranean countries and abortion (illegal abortion included) is therefore a common method of birth control. Judging by our survey, women in these immigrant groups have abortions roughly twice as often as other women. Immigrant information on matters of family planning, sexual and personal relations has an important part to play in helping immigrants to cope with the conflict between the values of their own culture and those of the surrounding community. The National Board of Health and Welfare has undertaken public education activties in collaboration with immigrants' own organizations. We regard activities of this kind as an important task for county councils and municipal authorities as well.

Abortion care

Our survey concerning abortion care has shown that the content and organization of such care vary a great deal from one clinic to another. Generally speaking, however, women contemplating and undergoing abortion are offered good care in the medical sense, but the psychological aspect of care is sometimes neglected. There are instances of women being treated impersonally and mechanically in the abortion situation, with inadequate time allowed for medical consultations and interviews. There are also shortcomings in certain connections and at certain clinics involving, for example, short telephone hours, long waits at receptions, insuffcient time for medical consultation, and insufficient pain relief for late abortions. A large number of clinics and receptions have no arrangements for follow-up and post-abortion return visits.

The content and organization of abortion guidance vary from one clinic to another and are mainly concerned with giving the woman support *before* a possible abortion. The provision of Section 2 of the Abortion Act concerning a special inquiry by a social worker in connection with an abortion after the 12th week of pregnancy is variously applied and it is clear that a special inquiry has not always been considered necessary or has not always had the intended effect of assuring the women of support in a very strenuous situation.

We believe that many, though not all women contemplating and undergoing abortion need to talk to a social worker, at whatever stage of pregnancy they may be. The man may also be in need of such contact. Support of this kind, for instance in the form of an analytical interview, can only serve its purpose if it is voluntary and based on the wishes and needs of the woman and man concerned. Insufficient allowance is made for the psychological support needed by nursing staff in connection with abortions. The personnel involved in abortion care also need support in the form of in-service training and opportunities of talking about the feelings aroused by their work.

We therefore recommend a reinforcement of the psychosocial support given to all those concerned in connection with abortions, i.e. the woman, the man and the staff. What is currently referred to as abortion guidance and a special investigation by a social worker should form part of the psychosocial support to be offered to women who are contemplating, are undergoing or have had abortions, regardless of the stage of pregnancy involved. According to her own wish and need every woman should be given the opportunity of discussing with a social worker, a doctor or some other person. The increased support to be given to everybody involved in an abortion is part of an effort to reinforce the psychosocial content of gynaecological care generally. It can also be regarded as preventive work in keeping with the Health and Medical Services Act.

We advocate the inclusion of abortion care in primary care to the greatest possible extent. This will mean greater proximity and greater opportunities of continuity and post-abortion follow-up. The women should always be given the opportunity of a return visit after her abortion, so that a gynaecological examination can be performed to confirm that everything has gone well, so that the abortion can be concluded on the psychological plane and also in order to dicuss methods of contraception in a more relaxed situation.

We have found that there is uncertainty in many quarters concerning the implementation of the provisions concerning compensation for abortion guidance and special investigations. Abortion guidance is voluntary and free of charge to the individual. The authority providing it is entitled to compensation through the public health insurance system. The special inquiry, on the other hand, is obligatory, and the costs incurred by the woman, as well as compensation to the authority, come under the same rules as apply to other medical care. We believe that an amendment of the rules concerning compensation will facilitate an integration of abortion activities with gynaecological care, promote the continuity and coherence of care and facilitate the proposed development of psychosocial support in connection with abortions. We therefore recommend that all care given in connection with an abortion should be subject to the rules applying to other medical care as far as the cost to the woman and the reimbursement of the authority are concerned.

Abortion prevention measures

In our opinion, the abortion prevention measures introduced in connection with the 1974 Abortion Act have had substantial results. Contraceptive

advisory services have been expanded and decentralized and are now reaching large numbers of people, most of whom, however, are women. Guidance is mostly provided by midwives under the maternity health care system, which has meant shorter waiting periods, ready access, greater continuity and greater allowance for the psychological and social aspects of birth control. Family planning services can be made even more accessible through the provision of adequate capacity all the year round, outgoing information, variable and generously proportioned telephone hours and reception hours adapted to the needs of persons seeking advice.

Outgoing activities by midwives, social workers and doctors – including visits to schools, youth centres, clubs, workplaces etc. to provide information about family planning, sexual and personal relations – need to be expanded and incorporated with regular duties.

In order among other things to make efficient use of the resources available, the question of birth control must also be considered in connection with gynaecological care and primary care generally.

In order to maintain the quality of family planning services midwives, doctors, social workers, school nurses and others concerned with birth control counselling must be given continous in-service training.

The special compensation introduced in 1975 for birth control guidance had a stimulating effect on the expansion of these activities. We fear that the introduction of flat rate grants instead would reduce opportunities of encouraging, controlling and following up the family planning services.

The efforts made by the National Board of Health and Welfare and by certain county councils and municipalities to distribute public information on family planning, sexual and personal relations are an important means of preventing abortions and helping to ensure that all children born are wanted.

The National Board of Health and Welfare has developed methods of family planning information, has communicated experience on this subject to the county councils and has encouraged and assisted county councils, municipalities and private persons inaugurating and conducting public information on family planning, sexual and personal relations. The National Board of Health and Welfare has also produced fact sheets and discussion material on these subjects and has compiled documentation on which to base information addressed to particular target groups. The Board would also have an important part to play in abortion prevention as regards methods development, co-ordination, the transmission of knowledge and experience to county councils and the production of material.

The new Health and Medical Services Act (1982:763) makes the county councils responsible for preventive care, which among other things includes abortion prevention. Many county councils have yet to build up a family planning information system. Some county councils are engaged, together with municipal authorities, county education committees and other agencies, in extensive sex education and personal relations projects. These demand, for example, in-service training for the personnel involved on the subject of family planning, sexual and personal relations, wider co-operation between different occupational groups in muncipalities and county councils and special efforts in the form of in-service days, discussions, and intensified

education in sexual and personal relationships in schools. Efforts of this kind are known to have been accompanied by decline in the numbers of abortions, for example, in Gotland, Västerbotten, Jämtland and Värmland.

All county councils should maintain permanent family planning information facilities. These activities should be conducted, according to a politically adopted, long-term plan, in association with municipalities, county education committees, other care providers, organizations and associations etc. Adequately proportioned contraceptive advisory services are essential prerequisites of these activities. The county councils should initiate and co-ordinate in-service training for the personnel involved concerning sexual and personal relations and should maintain continuous observation of the development of abortion rates, contraceptive advisory services etc. so as to facilitate relevant action.

The National Board of Education, the National Board of Universities and Colleges and the relevant higher education programme committees should take steps to ensure that the basic training of occupational groups whose work will bring them into contact with questions concerning personal relations is made to include the provision of knowledge and opportunities of discussion concerning sexuality, personal relations and birth control.

There exists today an extensive commercial market which exploits people's need for recognition, examples and values in the field of sexuality and personal relations. Public education on matters of personal relations is a necessary counterpoise. Homes, schools and child care institutions have an important task here, namely to enable children and young persons to appraise critically and select from the wealth of literature and information which modern society has to offer.

In our opinion, a great many of the intentions underlying the 1974 Abortion Act and the accompanying legislation have been fulfilled. In our report we have indicated ways of reinforcing efforts for the prevention of abortion.

Reservation

av ledamöterna *Inga Lantz, Gustav Persson* och *Turid Ström*

Socialstyrelsen har under 1970-talet haft en klart pådrivande roll för utvecklingen av den abortförebyggande verksamheten vad gäller såväl preventivmedelsrådgivningens utbyggnad och utbildning av rådgivare som upplysning om födelsekontroll. Rent organisatoriskt har det inom verket funnits en samordning mellan rådgivnings- och upplysningsarbetet, vilket har varit en stimulans för utvecklingen ute i landet. Informations- och upplysningsinsatser har påverkat utvecklingen av rådgivningsarbetet och vice versa.

Kommitténs utvärdering har visat att landstingens preventivrådgivning totalt sett byggts ut väsentligt. Till bilden hör dock att ambitionsnivån fortfarande varierar. Landstingens insatser för abortförebyggande upplysning visar ännu större variationer och är ofta av tillfällig "projekt"-karaktär. Endast i ett fåtal områden ingår upplysning om sexualitet och samlevnad i den reguljära verksamheten. Endast en mindre del av resurserna för hälsoupplysning eller s. k. friskvård går idag till abortförebyggande upplysning.

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen har landstingen planerings- och samordningsansvar även för det förebyggande arbetet. Samordning mellan rådgivnings-, utbildnings- och upplysningsinsatser ger bättre resultat och större slagkraft i det abortförebyggande arbetet och innebär otvivelaktigt ett bättre resursutnyttjande.

Mot denna bakgrund anser vi att det är nödvändigt att det också finns en samordning mellan rådgivnings- och upplysningsverksamheten inom socialstyrelsen. För att främja samordningen av det abortförebyggande arbetet i landstingen måste motsvarande inriktning finnas centralt.

I socialstyrelsens nya organisation saknas emellertid den tidigare kopplingen mellan mödrahälsovård/preventivmedelsrådgivning och abortförebyggande upplysning, dvs. mellan primärvårdsbyrån och byrån för hälsoupplysning. Enligt vår mening är detta ytterst beklagligt.

Socialstyrelsens primärvårdsbyrå har idag 20 heltidstjänster och byrån för hälsoupplysning 24 tjänster. Vi menar att socialstyrelsen inom ramen för 44 tjänster borde tillse att åtminstone en tjänst får ett uttalat ansvar för samordning av den abortförebyggande verksamheten.

Socialstyrelsen har inför Riksdagens socialutskott (SoU 1981/82:34) framhållit att en sådan tjänst är angelägen men att medel för tjänsten – i konkurrens med behov av medel för andra angelägna ändamål – inte kan

inrymmas inom den medelsram som gäller för socialstyrelsens nya organisation.

Vår uppfattning är att den samlade abortförebyggande verksamheten (rådgivning *och* upplysning) bör ha hög prioritet och är ett arbete som måste bedrivas fortlöpande. Vi föreslår därför att socialstyrelsen inom sina ramar skapar en tjänst med ett uttalat samordningsansvar för hela den abortförebyggande verksamheten.

Särskilda yttranden

1. Av *Inga Lantz*

Av direktiven till 1980 års abortkommitté framgår att de förslag som framläggs av kommittén inte får medföra ökade kostnader vare sig för staten, landstingen eller kommunerna.

De olika förslag som kommittén framlagt innebär bl.a. förbättringar inom abortvården, återbesök efter abort, utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen och den abortförebyggande upplysningen, ökat psykosocialt stöd till alla berörda i samband med abort och fortbildning till berörd personal. Även om vissa rationaliseringar och omprioriteringar kan göras inom olika verksamheter för att förverkliga dessa förslag, är det orealistiskt att tro att det går att genomföra dem inom ramen för de krympande ekonomiska resurser som är en realitet för så många landsting och kommuner.

Enligt min mening är de förslag som framläggs av abortkommittén helt nödvändiga att förverkliga och erforderliga resurser måste tillförsäkras i särskild ordning för detta ändamål.

2. Av *Kajsa Sundström-Feigenberg*

I direktiven till 1980 års abortkommitté konstateras att "den nya abortlagen skiljer sig från tidigare lagstiftning på området, framför allt genom att kvinnan fått den principiella beslutanderätten i en abortsituation", och att det är av särskilt intresse att kommittén redovisar vilka konsekvenser detta förhållande haft för de kvinnor, som överväger abort.

Beslutet om abort före utgången av 18:e graviditetsveckan har i och med den nya lagen överlåtits åt den enskilda individen, den gravida kvinnan, medan det tidigare var samhällets representanter, nämligen läkare, kuratorer och socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, som hade avgörandet.

Om graviditeten gått längre än 18 veckor gäller emellertid fortfarande att kvinnan måste ansöka om tillstånd för att få en abort utförd. Abortnämnden vid socialstyrelsens rättsliga råd, som bedömer dessa ansökningar, skall avgöra om det föreligger synnerliga skäl för abort. Det är således inte, som tidigare, vissa bestämda indikationer som berättigar till abort utan abortnämnden skall ta ställning till kvinnans hela situation och i varje ärende göra en prövning av skälen för och emot abort. Med en term från 1965 års abortutredning "Rätten till abort" (SOU 1971:58), gäller bedömningen om det är "oskäligt betungande" för kvinnan att fullfölja graviditeten. Den som bäst kan avgöra detta är kvinnan själv, och abortnämnden fäster också stort

avseende vid det som kvinnan anför i sin ansökan.

I sin utvärdering har abortkommittén funnit att aborter numera genomgående sker tidigt – aborterna efter 18:e graviditetsveckan är få. Antalet ansökningar idag – alltså antalet kvinnor som önskar abort efter 18:e veckan – är betydligt lägre än det antal aborter som i början av 1970-talet årligen utfördes så sent i graviditeten och som i enlighet med dåvarande lagstiftning hade tillstyrkts av läkare och myndigheter. Det ringa antalet ansökningar är ett uttryck för att kvinnor i detta skede av graviditeten endast i yttersta nödfall tillgriper denna utväg. Det övervägande flertalet av dem som önskar avbryta sin graviditet fattar sitt beslut under den period då de själva har bestämmanderätten.

Sedan 1975 har drygt 300 ansökningar om abort efter 18:e graviditetsveckan årligen inkommit till socialstyrelsens abortnämnd. Antalet är i sjunkande bl.a. därför att unga kvinnor som ansöker om abort så sent i graviditeten minskat. Även ansökningarna där psykologiska och sociala problem dominerar har minskat. Den enda grupp som ökat är ansökningarna om abort p.g.a. fosterskada.

Under de år som den nya abortlagen varit i kraft har socialstyrelsen bifallit flertalet ansökningar om abort efter 18:e veckan. De som i ansökan åberopar psykiska eller somatiska sjukdomar eller konstaterad fosterskada, har i samtliga fall fått tillstånd till abort, såvida inte fostret bedömts som livsdugligt. Av dem som åberopar en svår psykosocial situation eller anser sig alltför unga och omogna, har cirka 10 % – i absoluta tal omkring 20 årligen – fått avslag med motiveringen att det inte funnits synnerliga skäl.

Speciellt när det gäller ärenden med en allmän psykosocial problematik är det svårt för en central instans att, på grundval av ett aldrig så utförligt skriftligt underlag, väga och värdera skälen för och emot abort. Det gäller ju inte enbart att bedöma situationens svårighetsgrad utan också kvinnans möjlighet att klara av den. I många av dessa ärenden är det otvivelaktigt så att ingen annan än kvinnan själv kan väga de olika faktorer som föreligger och avgöra om situationen just för henne är "oskäligt betungande."

Det är inte förvånande att de flesta ansökningar om abort efter 18:e veckan tillstyrkes. Ingen önskar att aborter ska behöva utföras på ett så sent stadium i graviditeten, allra minst de kvinnor som ska genomgå aborten. Det är för var och en med någon erfarenhet av dessa ärenden uppenbart, att kvinnor endast om de har mycket starka skäl, ansöker om abort så sent i graviditeten.

I abortkommitténs direktiv understryks att de tidsfrister som reglerar abortförfarandet skall gälla även i fortsättningen och kommittén har därför inte tagit ställning till det principiella förfarandet vid abort efter 18:e veckan. Erfarenheterna av utvecklingen, bl.a. redovisat i kommitténs betänkande, visar emellertid att kvinnor i abortsituation på ett ansvarsfullt sätt förvaltat sin principiella beslutanderätt. Enligt min uppfattning är tiden mogen att ge kvinnan rätt att själv bestämma om abort även efter 18:e graviditetsveckan.

Den ovan diskuterade utvecklingen sedan den nya lagstiftningen visar att det inte finns någon risk för missbruk om kvinnan själv skulle få rätten att bestämma om abort efter 18:e graviditetsveckan. I stället skulle hon, i visshet om att hon själv har rätt att fatta beslutet, mera avspänt kunna diskutera

skälen för och emot abort med den läkare eller kurator som hon vänt sig till. Ett viktigt skäl för att slopa denna tidsgräns är också, att ansökningsförfarandet för kvinnan ifråga ökar påfrestningen i en redan svår situation. I många fall, t.ex. vid konstaterad fosterskada måste proceduren framstå som en meningslös formalitet.

Jag föreslår alltså att kvinnan får lagstadgad rätt att, om hon så önskar, få abort utförd oberoende av graviditetens längd. Abort får dock inte utföras om fostret kan antas vara livsdugligt.

Liksom nu skall läkaren ta ställning till om hinder föreligger, t.ex. livsduglighet hos fostret, risk för kvinnans liv eller hälsa eller tecken på att kvinnan är otillbörligt påverkad. En sådan bedömning är först och främst ett medicinskt eller psykologiskt ställningstagande, som bäst görs av den läkare som kvinnan har direkt kontakt med.

Varje abortärende bör, oberoende av hur långt graviditeten framskridit, handläggas som varje annat läkarvårdsärende, dvs. det är en angelägenhet mellan den vårdsökande och den läkare hon vänder sig till. Läkaren skall handla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och någon annan reglering än den som finns i hälso- och sjukvårdslagen är inte nödvändig.

För att garantera en enhetlig handläggning i olika delar av landet bör rättsliga rådet vid socialstyrelsen fungera som överprövningsinstans dit kvinnan kan vända sig om hon anser att hon ej fått sitt ärende behandlat på rätt sätt. Även läkaren kan vända sig till denna instans t.ex. vid osäkerhet om ifall aborten innebär fara för kvinnans liv eller hälsa.

Förslaget förutsätter att abortlagens fyra första paragrafer ersätts av följande:

1 § Begär en kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas får abort utföras om inte åtgärden på grund sjukdom hos kvinnan kan antagas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Abort får dock inte utföras om det finns anledning att antaga att fostret är livsdugligt.

2 § Vägras abort eller råder tveksamhet om hinder för abort föreligger enligt 1 §, skall frågan omedelbart underställas socialstyrelsens prövning.

Förklaringar till vissa ord och begrepp

(Källa: *Barn, behov eller börda* 1979, med vissa kompletteringar)

Fruktsamhet

Fruktsamheten är ett begrepp som anger reproduktionen, fortplantningen, i en befolkning. Med kvinnans *fruktsamma period* (alternativt *reproduktiva* eller *fertila period)* menas den del av en kvinnas liv under vilken hon kan föda barn.

Fruktsamhetsnivån i en befolkning kan anges med flera mått. Det enklaste sammanfattande måttet är det *allmänna födelsetalet,* nativiteten, vilket anges som det årliga antalet levande födda barn per 1 000 av medelfolkmängden under året. Svagheten med detta mått är att det inte tar någon hänsyn till den kvinnliga befolkningens storlek eller åldersfördelning. I stället kan då beräknas *åldersspecifika fruktsamhetstal,* vanligtvis för 1- eller 5-årsklasser. Dessa beräknas som kvoten mellan antalet levande födda barn till kvinnor i en viss åldersklass och medelfolkmängden kvinnor i samma åldersklass. En uppsättning av åldersspecifika fruktsamhetstal ger också upplysning om *fruktsamhetsmönstret eller -strukturen* i befolkningen. Om de åldersspecifika talen summeras över kvinnans fertila period erhålles ytterligare ett sammanfattande mått på fruktsamhetsnivån, det *summerade fruktsamhetstalet.* Detta mått är till skillnad från det allmänna födelsetalet oberoende av åldersfördelningen i den aktuella befolkningen. Talet anger det genomsnittliga antal barn varje kvinna skulle föda, om hon under hela sin fertila period födde barn enligt det mönster som gäller för den studerade perioden eller året. Det förutsättes också att samtliga kvinnor överlever till slutet av den reproduktiva perioden.

Åldersspecifika och summerade fruktsamhets- eller aborttal kan antingen avse *perioder* (år) eller *kohorter* (generationer, årskullar). Talen avser en period eller ett år om de beräknats på basis av observationer som gäller kvinnor i olika åldrar under en period eller ett år. Talen avser en kohort om de beräknats på basis av observationer som gäller för kvinnor födda under en viss tidsperiod. Det summerade fruktsamhetstalet för en födelsekohort anger det genomsnittliga antalet barn som kvinnor födda under ett visst år eller en viss period har fött. Detta tal kallas också *avslutad fruktsamhet* om det beräknats över kvinnans hela reproduktiva ålder.

Övriga begrepp

Abort: Spontan abort eller *missfall* innebär att en graviditet avbrutits oavsiktligt. *Inducerad* eller *framkallad abort* innebär ett avsiktligt avbrytande av graviditeten. Beträffande de olika statistiska mått som används för att beskriva abortutvecklingen, se under *fruktsamhet.*

Antikonceptionella metoder: Preventivmetoder.

Demografi: Befolkningslära, befolkningsvetenskap. Den vetenskap som har till uppgift att studera mänskliga befolkningar med hänsyn till storlek, sammansättning (struktur) och utveckling samt allmänna egenskaper som kan uttryckas i kvantitativ form.

Demografisk transition: En utvecklingsfas som de flesta industriländer genomgått i samband med industrialiseringen. Från ett läge med både hög fruktsamhet och hög dödlighet börjar dödligheten sjunka. Detta leder till en kraftig befolkningstillväxt, vilken fortsätter till det sista stadiet i utvecklingen då även fruktsamheten sjunker.

Emigration: Utflyttning från ett land med avsikt till stadigvarande bosättning utomlands.

Eugenisk: Av *eugenik,* rasförädlingslära.

Immigration: Inflyttning till ett land med avsikt till bosättning där minst ett år.

Kohort: se under *fruktsamhet*

Konception: Befruktning.

Medelbefolkning: Beräknas som medelvärdet av folkmängden vid början och slutet av ett år eller en period. Används som skattning av den totala genomlevda tiden under året eller perioden.

Mortalitet: Dödlighet.

Motivation: Samtliga de motiv som hos en individ är associerade till ett visst mål.

Nativitet: Det allmänna födelsetalet.

Population: Ett antal individer som har någon egenskap gemensam.

Preferenser: Rangordning av handlingsalternativ i förhållande till varandra.

Prevention: Åtgärder som syftar till att hindra befruktning.

Preventivmetoder: (-medel) Metoder/medel som kan utnyttjas för att hindra att samlag leder till befruktning.

Pronatalistisk: Politiska åtgärder som syftar att öka födelsetalen.

Reproduktionstal: Ett tal som avser att mäta tillväxten i en befolkning. *Nettoreproduktionstalet* anger det antal flickor som kvinnor i genomsnitt föder under sin fertila period om hänsyn tas till dödligheten bland kvinnorna i de aktuella åldrarna. *Bruttoreproduktionstalet* anger motsvarande storhet utan hänsyn tagen till dödligheten bland kvinnorna.

Sterlilisering: Operativt ingrepp i syfte att göra patienten steril, dvs. oförmögen att fortplanta sig.

Summerat aborttal: Antalet aborter under ett år per 1 000 kvinnor i varje åldersgrupp summeras över samtliga åldersgrupper. Jämför motsvarande beräkningssätt för det summerade fruktsamhetstalet.

Trimester: Graviditetens nio månader indelas i tre perioder, första, andra och tredje trimestern.

Urbanisering: Process genom vilken befolkningen i tätorter ökar sin andel av totala befolkningen.

Vakuumaspiration: Abortmetod som används före 12:e graviditetsveckans utgång. Livmoderhalskanalen vidgas med ett metallstift, varefter ett metallrör förs in i livmodern som kopplas till en vakuumsug med vars hjälp man suger ut foster och moderkaka. Ingreppet sker under lokalbedövning och lugnande medel eller kortvarig narkos.

Referenser

Offentligt tryck m.m.

Statens Offentliga Utredningar (SOU)

SOU 1935:15 *Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap.* Stockholm

SOU 1953:29 *Abortfrågan.* Stockholm

SOU 1971:58 *Rätten till abort.* Betänkande avgivet av 1965 års abortkommitté. Stockholm

SOU 1974:59 *Sexual- och samlevnadsundervisning.* Betänkande och förslag till lärarhandledning avgivna av Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbetet. Stockholm

SOU 1979:89 *Kvinnors arbete.* En rapport från jämställdhetskommittén. Stockholm

SOU 1980:27 *Barn och vuxna.* Betänkande från barnomsorgsgruppen. Stockholm

SOU 1982:36 *Enklare föräldraförsäkring.* Betänkande av föräldraförsäkringsutredningen. Stockholm

Departementsserie (Ds)

Ds S 1981:18 *Ensamförälder 1980. En empirisk studie av levnadsförhållanden för ensamboende respektive sammanboende vårdnadshavare och deras barn genomförd av institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.* Av Carl-Gustav Edström, Leif Holmström, Bengt Hållberg, Lars-Åke Lindberg, Rune Lindberg, Torsten Åström. Stockholm

Ds S 1981:24 *Bilder och röster. Intervjuer bland kvinnor och sjukvårdspersonal kring abort.* Stockholm

Ds S 1982:8 *Lära leva tillsammans. En kartläggning av samlevnadsundervisning i skola och lärarutbildning.* Stockholm

Propositioner

Kungl. Majt:s proposition med förslag till abortlag, m.m.; given den 8 mars 1974 (prop. 1974:70).

Socialutskottets betänkanden (SoU)

SoU 1974:21 *Socialutskottets betänkande i anledning av propositionen 1974:70 med förslag till abortlag, m.m. jämte motioner.*

SoU 1975/20 *Socialutskottets betänkande 1975/76:20 med anledning av motioner om vissa abortfrågor.*

SoU 1975/76:26 *Socialutskottets betänkande 1975/76:26 med anledning av motioner om vissa abortfrågor.*

SoU 1975/76:41 *Socialutskottets betänkande 1975/76:41 med anledning av motioner om vissa abortfrågor.*

SoU 1977/78:11 *Socialutskottets betänkande 1977/78:11 med anledning av motioner om vissa abortfrågor.*

SoU 1977/78:26 *Socialutskottets betänkande 1977/78:26 med anledning av motioner om vissa abortfrågor.*

SoU 1977/78:32 *Befolkningsutvecklingen. Socialutskottets betänkande med anledning av motioner om befolkningsutvecklingen.*

SoU 1979/80:10 *Socialutskottets betänkande 1979/80:10 med anledning av motioner om abortlagstiftningen.*

SoU 1982/83:5 *Socialutskottets betänkande 1982/83:5 om abortlagstiftningen.*

Sveriges Officiella Statistik (SOS)

Folkmängd, del 1-3 (årliga publikationer)

Befolkningsförändringar, del 1-3 (årliga publikationer)

Aborter 1978 (SM HS 1980:8)

Aborter 1979 (SM HS 1981:11)

Aborter 1980 (SM HS 1982:5)

Fertility for Cohorts of Swedish Women born in 1870-1960 (SM Be 1976:8)

Finlands officiella statistik (Fos)

Hälsovård, 1979; 1980

Socialstyrelsen

Eliasson, R. 1973. *Samhälle, sexualmoral, könsroller.*

h-rapport, nr 1 1977. *Försöksverksamhet med sex- och samlevnad på Gotland 1973-1976.*

h-rapport, nr 5 1977. *Redovisning av samlevnadsprojekt i 29 ungdoms- och kvinnoorganisationer 1974/75 och 1975/76.*

Fortbilda bort könsroller, går det? Stencil 1980

Invandrare, sexualitet och samlevnad. Stencil. 1981

Fosterdiagnostik 1982. *Fosterdiagnostik. Rapport från en av Socialstyrelsen tillsatt expertgrupp.* PM 27/82. Stockholm

Olsson, H. 1982. *Preliminär rapport om verksamheten vid fritidsgården Puma.* Stencil.

Socialstyrelsen redovisar. 1979:4. *Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram.*

Statistiska centralbyrån (SCB)

Barn – behov eller börda? 1979. *Barn - behov eller börda? Fakta och teorier kring födelsetalens utveckling.* Urval. Skriftserie utgiven av statistiska centralbyrån, 11. Stockholm

Hofsten, E & Lundström, H. 1976. *Swedish Population History. Main trends from 1750-1970.* Urval. Skriftserie utgiven av statistiska centralbyrån, 8. Stockholm

Kvinnor och barn. 1982. *Kvinnor och barn. Intervjuer med kvinnor om familj och arbete.* Information i prognosfrågor 1982:4. Stockholm

Uppslagsverk

Nordisk statistisk årsbok. Utgiven av Nordiska Rådet och Nordiska Statistiska Sekretariatet.

Litteratur

Blom, I.
1980 Barnbegrensning – synd eller sunn fornuft. Bergen.

Carlsson, S.
1980 *Svensk historia.* Del II. Uppsala.

Cullberg, J.
1978 *Kris och utveckling.* Stockholm.

Edin, K.A.
1934 *Undersökning av abortförekomsten i Sverige under senare år.* Malmö.

Ett besök hos Volvo Umeverken.
1981 *Stencil,* PRG/Abortrådgivningen. Regionsjukhuset i Umeå.

Fagerberg, H. (red.)
1980 *Foster Familj Samhälle. Fosterdiagnosticering innebörd och etik.* Lund.

Hedrén, G.
1901 *Om fosterfördrivning från rättshistorisk synpunkt.* Stockholm.

Hellberg, I. & Thunegaard, I.
1980 *Könsroller i barnomsorgen.*

Invandrare och minoriteter, 5–6.
1979

Jacobsson, L.
1975 *"Therapeutic Abortion" on Demand. A social-psychiatric study of some background factors in legal abortion.* Diss. Umeå.

Jacobsson, L. m.fl.
1980 "Abortsökande kvinnor och deras män". *Läkartidningen, 77(7):* 537–539.

Jacobsson, L. m.fl.
1982 *Legal abort i Sverige; motiv, relation, sexualliv hos abortsökande samt personalattityder.* Preliminär rapport till abortkommittén, maj 1982.

Ketting, E. & Schnabel, R.
1980 "Induced Abortion in the Netherlands: A Decade of Experience, 1970–80". *Studies in Family Planning, 11(12).*

Ketting, E.
1981 a "Second-Trimester Abortion Services in the Netherlands". G.S. Berger et al. (eds.) *Second Trimester Abortion. Perspectives after a Decade of Experience.* Boston.

Ketting, E.
1981 b *De teloorgang van "de pil".* Zeist.

Kristiansen, J.E.
1981 "Abort og sosial bakgrunn: Sammenhengen som forsvant? En analyse på grunnlag av Fruktbarhetsundersøkelsen 1977." *Tidsskrift for Samfunnsforskning, 5.*

Lewin, B.
1980 *Sexual attitudes and sexual experience among teenagers in a Swedish city.* Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.

Liljeström, R.
1974 *Abortion in Sweden.* Stockholm.
1975 "Abortens sociala historia". *Socialmedicinsk tidskrift, 2.*
1980 "Samhälle, könsroller och sexualitet." *Prostitutionen i Sverige, del I. Ds S 1980:9:* 125–318.

Mannheimer, E.
1975 *Idématerial kring ungdom och sexualitet.* Sociologiska institutionen. Lunds universitet.

Marklund, U.
1981 *Resultat på frågor om sexuell erfarenhet.* Ingående i KAMP (kamrater – Alkohol – Majoritetsmissförstånd – Projektet). Rapport till abortkommittén.

Meirik, O. m.fl.
1978 "Nativitet och födelsekontroll i Sverige 1962–1976." *Läkartidningen, 75 (6):* 426 ff.

Meirik, O.
1982 *Barnsbörd efter legal abort.* Diss. Uppsala.

Møller-Larsen, F. & Wohlert, M.
"The significance of social conditions in the choice of termination of pregnancy." *Ugeskift for Laegere, 141:* 1866–1869.

Nordisk Medicin, 95 (5).
1980

Olsson, R.
1982 *Invandrarnas fertilitet.* Stencil. Lund. (Under tryckning i serien Skrifter utgivna av Ekonomiska föreningen i Lund).

Pettersson, F.
1968 *Epidemology of early pregnancy wastage.* Diss. Uppsala.

Potts, M., m.fl.
1977 *Abortion.* Cambridge.

Rahm, V.
1982 *Fortbildning av barnmorskor med receptförskrivningsrätt.* Svensk gynekologisk förening, arbetsgruppen för familjeplaneringsfrågor (FARG).

Sahlin, J.
1975 "Abortlagen och de rättsinkapabla". *Läkartidningen, 72(8).*

Schedin, G.
1977 *Ungdomsutveckling och psykoterapi.* Stockholm.

Sjövall, H.
1973 "Äktenskapets hausse och baisse – svensk nuptialitet 1961–1971." *Läkartidningen, 70 (40):* 3465–3478.
1976 "Hur var det med aborterna – och hur blev det?" *Läkartidningen, 73 (46):* 3991–3995.
1978 "Två år med fri abort." *Läkartidningen, 75 (6):* 428–433.
1979 "Från plikten att föda till rätten att välja – nativitet och legal abort i Sverige." *Läkartidningen, 76 (48):* 4380–4386.

Smockor & smek
1980 *Smockor & smek. Hotande läsning – om ungdomstidningar.* Statens ungdomsråd. Rapportserien Till varje pris.

Statistisk ukehefte, II
1981

Stortingsmaelling
1982/83:17 *Erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd og svangerskapsforebyggende tiltak.*

Sundström, B.
1978 "Det sociala behandlingsarbetet på ungdomsmottagningen". *Ungdomsmottagningen i Borlänge. En rapport efter 8 års arbete.*

Sundström, K.
1980 a "Fri abort och frivilligt föräldraskap." *Läkartidningen 77 (7):* 522–525.
1980 b "Synnerliga skäl till abort." *Läkartidningen, 77 (7):* 558–559.
1982 *Fruktsamhet, födelsekontroll och samhällsutveckling.* Manuskript.

Szebehely, M. & Wall, J.
1979 *Några stockholmsungdomar i närbild.* Social utslagning och ekonomisk brottslighet. Olämpliga ungdomsmiljöer. Delrapport 2. Stockholm.

Söderberg, H.
1981 *Statistik rörande abortsökande vid Malmö Allmänna sjukhus 1980.* Stencil.

Tietze C. & Cooper Murstein, M.
1975 "Induced Abortion: 1975 Factbook." *Reports on Population/ Family Planning; 14:* December 1975.

Tietze, C. & Jain, A.K.
1978 "The Mathematics of Repeat Abortion: Explaining the Increase." *Studies in Family Planning, 9 (12):* 294–299.

Tietze, C.
1978 "Repeat Abortions – Why More?" *Family Planning Perspectives, 10 (5).*

Tietze, C.
1981 *Induced Abortion. A World Review, 1981.* A Population Council Fact Book: New York.

Trost, A.-C.
1982 *Abort och psykiska besvär.* Diss. Uppsala.

Trost, J. & Trost, A.-C.
1980 *Aborter i länen.* Uppsala.

Uddenberg, N.
1982 *Den urholkade fadern. En bok om män och fortplantning.* Malmö.

Winoy, J.
1980 *Abortförebyggande programmet fyra år senare.* Forskningsrapport, socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet.

Østby, L.
1980 *Prevensjonsbruken i Norge.* Oslo.
1981 "Svangerskap". Opublicerat manus ur en kommande rapport från *Fruktbarhetsundersøkelsen.*

Statens offentliga utredningar 1983

Kronologisk förteckning

1. Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. U.
2. Nytt militärt ansvarssystem. Ju.
3. Skatteregler om traktamenten m. m. Fi.
4. Om hälften vore kvinnor. A.
5. Koncession för försäkringsrörelse. Fi.
6. Radon i bostäder. Jo.
7. Ersättning för miljöskador. Ju.
8. Stämpelskatt. Fi.
9. Lagstiftningen på kärnenergiområdet. I.
10. Användning av växtnäring. Jo.
11. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. Jo.
12. Former för upphandling av försvarsmateriel. Fö.
13. Att möta ubåtshotet. Fö.
14. Barn kostar. S.
15. Kommunalforskning i Sverige. C.
16. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. I.
17. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. I.
18. Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. A.
19. Den stora omställningen. I.
20. Bättre miljöskydd II. Jo.
21. Vilt och jakt. Jo.
22. Utbildning för arbetslivet. A.
23. Lag om skatteansvar. Fi.
24. Ny konkurslag. Ju.
25. Internationella faderskapsfrågor. Ju.
26. Bestrålning av livsmedel. Jo.
27. Bilar och renare luft. Jo.
28. Bilar och renare luft. Bilaga. Jo.
29. Invandringspolitiken. A.
30. Utbyggd havandeskapspenning m. m. S.
31. Familjeplanering och abort. S.

Statens offentliga utredningar 1983

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Nytt militärt ansvarssystem. [2]
Ersättning för miljöskador. [7]
Ny konkurslag. [24]
Internationella faderskapsfrågor. [25]

Försvarsdepartementet

Former för upphandling av försvarsmateriel. [12]
Att möta ubåtshotet. [13]

Socialdepartementet

Barn kostar. [14]
Utbyggd havandeskapspenning m. m. [30]
Familjeplanering och abort. [31]

Finansdepartementet

Skatteregler om traktamenten m. m. [3]
Koncession för försäkringsrörelse. [5]
Stämpelskatt. [8]
Lag om skatteansvar. [23]

Utbildningsdepartementet

Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. [1]

Jordbruksdepartementet

Radon i bostäder. [6]
Utredningen om användningen av kemiska medel i jord och skogsbruket m. m. 1. Användning av växtnäring. [10] 2. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. [11]
Bättre miljöskydd II. [20]
Vilt och jakt. [21]
Bestrålning av livsmedel. [26]
Bilavgaskommittén. 1. Bilar och renare luft. [27] 2. Bilar och renare luft. Bilaga. [28]

Arbetsmarknadsdepartementet

Om hälften vore kvinnor. [4]
Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [18]
Utbildning för arbetslivet. [22]
Invanderingspolitiken. [29]

Industridepartementet

Lagstiftningen på kärnenergiområdet. [9]
Direktinvesteringskommittén. 1. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. [16] 2. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. [17]
Den stora omställningen. [19]

Civildepartementet

Kommunalforskning i Sverige. [15]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

Liber
AB Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-07687-X
ISSN 0375-250X