

Födelsekontroll i Sverige under 100 år

Abort och preventivmedel – från lagbrott till reproduktiv rättighet

Födelsekontroll i vid mening – preventivmedel och abort för att förhindra oönskat barnafödande och medicinska åtgärder för att få önskade barn – har under förra seklet engagerat lagstiftare, läkare och allmänhet. Vi kan följa en enastående utveckling från pionjärernas kamp mot preventivmedelsförbud och fosterfördrivning, RFSUs krav på sexualupplysning, p-pillren, kvinnors demonstrationer för fri abort och den nya lagen 1974 fram till dagens situation, där upplysning om sex och samlevnad, preventivmedelsrådgivning och vård vid abort är centrala uppgifter i kvinnosjukvården.

■ För hundra år sedan var Sverige ett fattigt land. Många kvinnor var märkta av hårt arbete och många barnsbörder. Prostitutionen var utbredd och veneriska sjukdomar vanliga. Det var kyrkan och överheten som bestämde över sexualitet, barnafödande och födelsekontroll.

Lagar och förbud reglerade också läkarnas handlande. Långt in på 1900-talet var abort ett brott och upplysning om preventivmedel förbjuden. På 1930-talet stiftades en abortlag med stränga indikationer, en steriliseringslag med tvångsinslag medan det tidigare förbudet mot information om preventivmedel upphävdes. Läkarnas ansvar och insatser för födelsekontroll ökade. Under senare år är valet av abort och preventivmedel vars

och ens ensak, och sjukvårdens uppgift är att ge den medicinska service som den enskilde önskar. Låt oss följa utvecklingen under det gångna seklet och se hur samhällets och läkarnas insatser svarar mot människors önskningar och behov.

Pionjärer mötte hårt motstånd

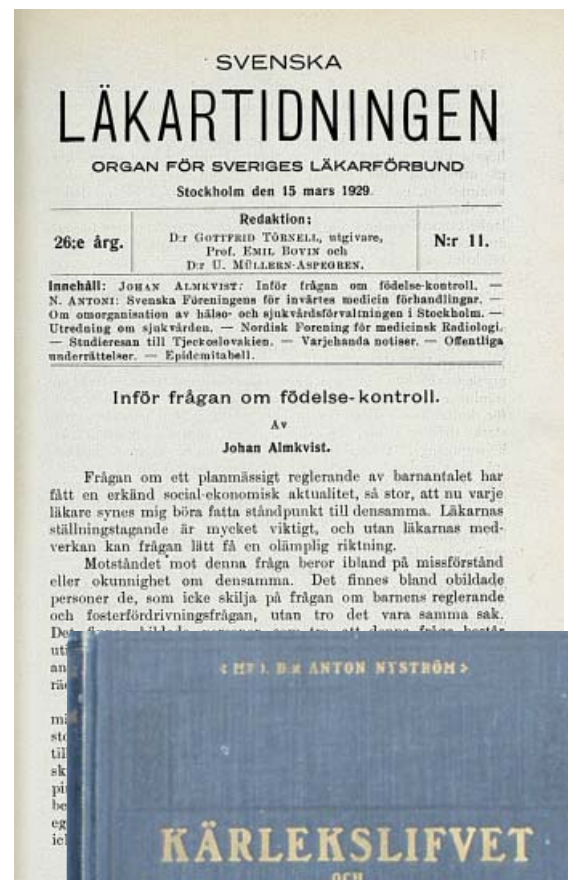
Vid sekelskiftet 1900 var de veneriska sjukdomarna ett allvarligt samhällsproblem. Syfilis var en vanlig sjukdom, med samma laddning som HIV/aids har idag. Reglementeringen, dvs registrering och kontroll av prostituerade kvinnor, var en het stridsfråga. En av dem som engagerade sig i debatten var Karolina Widerström, Sveriges första kvinnliga läkare. Hon var gynekolog med läkarpraktik i Stockholm. Hon ville förebygga de veneriska sjukdomarna och hävdade att kunskap var bästa skyddet mot ohälsa. Själv föreslog

Författare



Kajsa Sundström

Kajsa Sundström, professor, gynekolog, doktor i medicinsk vetenskap, har bedrivit forskning och kliniskt arbete med inriktning på kvinnors reproduktiva hälsa och livsvillkor i Sverige och internationellt. Hon medverkade i Läkartidningen från 1970-talet, bl a som gästredaktör för temanummer om abort, sterilisering och insemination.



KÄRLEKSLIFVET OCH HÄLSAN

Vi läkare ha en särskild uppgift att söka befordra hälsan och afhjälpa sjukdomar och lidanden. Men detta sker ej genom att blunda för eller förneka lidanden och sjukdomar, som sexuell afhållsamhet medför. Länge nog ha vissa medicinska s. k. »auktoriteter» följt denna metod och förkunnat falska meningar om könslivet, härstammande från en teologisk och asketisk moral. Vi måste frimodigt träda upp mot denna moral. Teologerna och medico-teologerna skola ej längre finna öron, som lyssna på deras vilseledande läror. Vi måste söka befordra det naturliga könslivet och en på naturens lagar hvilande sexuell etik, hvarigenom människorna befrias från onödiga sorger och lidanden och beredas en sund och lycklig tillvaro.

Ur Anton Nyströms bok »Kärlekslivet och hälsan», 1910.



FOTO: ARBEJTSRÖRELSENS ARKIV OCH BIBLIOTEK

Under sina föreläsningsturnéer på 1920-talet gav Elise Ottesen-Jensen råd om preventivmedel. Här på väg till hemlighuset för pessarutprovning någon gång på 1930-talet.

På bilden till höger talar Elise Ottesen-Jensen om kärlek, lust och ansvar för danspubliken på Nalen i Stockholm år 1956.

hon »upplysning angående sexuallivet« till vuxna kvinnor och män och för de unga genom skolan. Själv bidrog hon med föredrag och skrifter i »sexualhygien« och förordade sexualundervisning, speciellt i flickskolorna [1].

År 1902 hölls ett möte på Läkaresällskapet för att diskutera ett remissvar på ett förslag om reglementeringens avskaffande. Läkaresällskapets ståndpunkt var att det från samhällshygienisk synpunkt och för att skydda familjen, samhällets grundpelare, var nödvändigt att behålla regelmässig besiktning av prostituerade kvinnor och vid behov tvångsintagning och isolering på sjukhus. Karolina Widerström tog till orda och hävdade att man också skulle se på de negativa konsekvenserna av reglementeringen och frågade varför åtgärder vidtogs endast mot kvinnor och inte mot de män som utnyttjat dem. Hennes kritik väckte uppståndelse och avvisades kategoriskt. Men en yngre kvinnlig kollega, Ada Nilsson, minns debatten: »Den gav en stöt som ledde till ett självständigt tänkande.«

Efter flera års utredande upphävdes reglementeringen och ersattes år 1919 av Lex veneris med regler om sjukdomsrapportering och smittspårning som omfattar både män och kvinnor. Karolina Widerström hade inflytande på lagens formulering. Den rekommenderar att upplysning i sexualhygien ska vara obligatorisk i skolorna. Det skulle dröja mer än 30 år innan det blev verklighet, men det var ett första steg på vägen [2].

Långt in på 1900-talet var fosterfördrivning i praktiken den metod för födelsekontroll som stod till buds. Mödradöds-

fall orsakade av illegala aborter ökade trots att mödradödligheten generellt sjönk under 1900-talets första tre decennier [3]. De preventivmedel som fanns – kondom, pessar och spermiedödande medel – ansågs farliga eller omoraliska att använda. När nationalekonomen Knut Wicksell, känd debattör i befolkningsfrågan, i ett föredrag år 1909 gick så långt att han rekommenderade preventivmedel före äktenskapet dömdes han till ett par månaders fängelse för hädelse.

Agitatorer och eldsjälur

Några av Wicksells efterföljare bland läkarna, gynekologen Anton Nyström och venereologen Johan Almkvist, var ivriga förespråkare för preventivmedel inte minst som skydd mot venerisk smitta. Det fanns också folkupplysare som spred kunskaper om preventivmedel till arbetarklassen för att bekämpa fattigdom och ohälsa. Mest bekant är agitatorn Hinke Bergegren och hans tal på Folkets hus i Stockholm 1910. Han höll upp en kondom och förklarade att det var det enda skyddet mot svält och nöd. Reaktionen blev stark, riksdagen stiftade omgående en lag som förbjöd upplysning om och spridning av preventivmedel.

Det fanns dock läkare som trotsade lagen och själva deltog i upplysningsarbetet. Dr Alma Sundquist gav 1912 ut den prisbelönta boken »Handbok i sexuell undervisning och fostran« och föreläste liksom docenten Axel Höjer om preventivfrågan. Dr Ada Nilsson startade i mitten av 1920-talet en rådgivningsbyrå för föräldrar där råd om födelsekontroll ingick. Byrån blev snabbt ned-

lagd, men Ada Nilsson fortsatte att i sin läkarpraktik ge råd och upplysning om preventivmedel. Dr Gerda Kjellberg förestod en mottagning för rådgivning till kvinnor efter abort.

Det fanns också tongivande läkare, rättsmedicinare och gynekologer, som var oroade av det stora antalet komplikationer och även dödsfall efter illegalt framkallade missfall. I början av 1920-talet debatterades frågan om mildring av den stränga abortlagen, t ex straffrihet för kvinnan för att beivra oseriösa abortörer. En utredning 1928 kartlade abortfrågan, men trots stöd från enstaka engagerade läkare avslogs förslaget om ändrad lagstiftning.

Stora insatser som folkupplysare gjorde Elise Ottesen-Jensen, som under 1920-talet reste runt i landet och föreläste för kvinnor och män om födelsekontroll [4]. Hon hjälpte också kvinnor att prova ut pessar, vilket hon lärt av dr Anton Nyström, ibland i direkt anslutning till föredragen. Hon fick brev och besök av kvinnor i nöd och bedrev en omfattande rådgivning i sexuella frågor. Hon talade om pessar som kvinnors eget preventivmedel, som en möjlighet för kvinnor att bejaka sexualiteten utan rädsla för graviditet. Det fick stor genomslagskraft och bidrog till att pessar blev känt och fick spridning i landet.

Elise Ottesen-Jensen hade stöd av kvinnoläkare, som hon kunde rådfråga och som tog emot kvinnor hon remitterade för abort och sterilisering. Bland dem fanns överläkaren vid Allmänna BB professor Hjalmar Forssner. När det gällde den omfattande brevrådgivning-

en hade hon hjälp av ett antal yngre medicinare, som senare kom att ingå i det Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, som hon bildade 1933.

Födelsekontroll – en ödesfråga

»Frågan om födelsekontroll« behandlas av professor Johan Almkvist i en artikel över tre nummer av Svenska läkartidningen 1929 [5]. Almkvists eget intresse är hotet om överbefolkning, och han berättar om den internationella befolkningskonferensen i Genève 1927, som innebar ett genombrott genom att man där aktivt kopplat befolkningsfrågan till åtgärder för födelsekontroll. Han beklagar det bristande engagemanget bland svenska läkare för denna ödesfråga. I Sverige har »propagandan för födelsekontroll beklagligtvis framförts blott föga av läkare, vilket vore det bästa, utan av enskilda personer, föreläsare, broschyrförfattare, försäljare av preventivmedel...«.

Almkvist har rätt i att det var andra än läkare som spred kunskap om preventivmedel. Och uppenbart nådde dessa agitatorer och folkbildare ut med sitt budskap. I en intervjustudie av kvinnor i olika åldrar om födelsekontroll och barnafödande [6] berättar många kvinnor i arbetar- och lägre medelklass att de som unga använt pessar. Praktiskt taget alla nämner i det sammanhanget Elise Ottesen-Jensens namn.

»Jag ville absolut inte bli med barn innan jag var gift så jag beställde tid hos Ada Nilsson som hade mottagning på Söder och jag visste ju att hon brukade hjälpa kvinnor. Men hon sa ingenting om preventivmedel fast jag berättade att jag var förlovad. Och inte vågade jag fråga själv. Så det fick gå ändå tills vi gift oss och sen fick jag barn nio månader efter bröllopet. Men när flickan var några månader gammal hörde jag Elise Ottesen-Jensen i Folkets hus i Spånga och sen gick jag själv till RFSU och skaffade pessar.«

Kris i befolkningsfrågan

När födelsetalen på 1930-talet nådde rekordlåga 1,7 barn per kvinna fick befolkningsfrågan en ny vändning. Den tidigare oron för överbefolkning vändes till bekymmer över sjunkande födelsetal. Makarna Myrdals bok »Kris i befolkningsfrågan« 1934 väckte en intensiv debatt och blev startskottet för en rad politiska insatser för att stimulera barnafödandet, som bostadsbidrag, mödra- och barnhälsovård, fri förlossningsvård och moderskapspenning [2].

Rätten till födelsekontroll var en nyckelfråga, och i praktiken gällde det preventivmedelslagens vara eller inte vara. De som hävdade att enklaste sättet att öka barnafödandet var att hålla fast vid preventivmedelsförbudet fick ge vika för

tanken att barnafödandet skulle öka om man kunde få barn när man verkligen ville och kunde ta hand om dem.

År 1938 antogs en lag som tillät abort på eugeniska, humanitära och medicinska indikationer. Samtidigt upphävdes förbudet mot att informera om preventivmedel. Steriliseringslagen från 1935 gav rätt att sterilisera kvinnor med ärftlig sjukdom, sinnessjukdom eller sinnesslöhet, även utan samtycke. År 1941 antogs en reviderad steriliseringslag, fortfarande med tvångsinslag [7]. Revisioner av abortlagen 1950 och 1963 gav rätt till abort vid »förutsedd svaghet« respektive fosterskada, men någon rent social indikation infördes aldrig. Sexual-

”
De flesta läkare inom olika specialiteter var emellertid återhållsamma inför »ohämmat bruk« av preventivmedel, och när det gällde aborter var många långt mer oroade av fri tillgång till legal abort än av de problem som orsakades av de illegala aborterna.

undervisning i skolan infördes på försök 1942 och blev obligatorisk 1954.

Olika åsikter bland läkare

Under reformperioden på 1930- och 1940-talen deltog många läkare aktivt i samhällsdebatten. Det fanns ett starkt engagemang i befolkningsfrågan, skiftande åsikter om abort och ett förstrött intresse för preventivmedel. Några som aktivt propagerade för sexuell frigörelse, kamratakenskap, tillgängliga preventivmedel och fri abort var en rad unga medicinare, knutna till RFSU och Clarté, bland dem Gunnar Inghe, Gustav Jonsson och Ernst Båråny. Flera radikala läkare deltog i utredningarna om abort och preventivmedel, t ex dr Andrea Andreen-Swedberg, vän och medarbetare till Karolina Widerström, och professor John Olow, legendarisk obstetriker och överläkare på Allmänna BB.

De flesta läkare inom olika speciali-

teter var emellertid återhållsamma inför »ohämmat bruk« av preventivmedel, och när det gällde aborter var många långt mer oroade av fri tillgång till legal abort än de problem som orsakades av de illegala aborterna. Denna uppfattning fanns också bland tongivande gynekologer och kom till uttryck i remissvar och yttranden från medicinalstyrelse och läkarförbund. Något som fick betydelse för lagarnas slutliga utformning.

Ordförande i Sveriges läkarförbund, dr Emil Bovin, föreläste vid det allmänna läkarmötet 1930 om läkarna och de »låga, ständigt sjunkande födelsetalen« [8]. Med hänvisning till Johan Almkvists uppfordran något år tidigare ville han nu bromsa den inledda, avsikliga inskränkningen i barnalstringen. Läkarna borde verkligen inte »stå till tjänst med preventivmedel på begäran, än mindre propagera för dem«.

Professor Axel Westman, ledande gestalt i svensk gynekologi och obstetrik vid Sabbatsberg och sedan Karolinska sjukhuset, ger vid Svenska läkarmötet i Karlstad 1935 sin syn på »fortplantningskontroll och fosterfördrivning« [9]. Han har gjort en enkät bland kvinnor vårdade på »Gula kliniken« för infekterad abort och funnit en häpnadsväckande okunighet om skyddsåtgärder samt rädsla att fråga läkare om detta. Upplysning är därför nödvändig, och han argumenterar kraftfullt för preventivmedelslagens omedelbara avskaffande. Westman efterlyser också en abortlag som ger läkare friare händer att hjälpa gravida kvinnor i »svårt nödläge«. Han talar inte uttryckligen om sociala indikationer för abort men menar att läkarna ska ha frihet att bedöma vare fall med »stränghet och samtidigt med mänsklig känsla«. Han är positiv till 1935 års steriliseringslag och menar att sterilisering ska kunna ske av rent sociala skäl och för att ge möjlighet att »förhindra barnalstring hos undermåliga individer«.

Vid samma läkarmöte i Karlstad 1935 talar också Gösta Lundh [10]. Han följer Westmans linje och efterlyser »intensiv propaganda för en medveten födelsekontroll«. Han vill ha en tydlig abortlag så att »alla de läkare inom kåren, vilka olovligen sysslar med fosterfördrivning... ofta av ren vinningslystnad, kunde komma att straffas«. Om befolkningsfrågan säger han: »Vi måste väl sträva efter att barnen komma till just därför att föräldrarna önskar dem och endast därför. Barnens första rättighet att vara välkommet måste respekteras.« Detta var en påminnelse som kom att bli mottot för sex- och samlevnadsarbetet på 1970-talet. Om ungdomen säger Lundh något som skulle tåla att upprepas på ett gynekologmöte år 2003: »Över huvud taget tror jag att riskerna och be-

Grupp 8 demonstrerar för fri abort år 1972.

kymren för ungdomens sexuella liv av oss alla betydligt överdrivas.«

När 1950 års abortutredning lägger fram ett förslag om sociala indikationer för abort avvisas det strängt i Läkarförbundets remissyttrande [11]. Läkarförbundet tillstyrker medicinska och eugeniska indikationer, medan humanitära skäl för abort anses tvivelaktiga och sociala skäl avstyrks. Systemet med abort på tvåläkarintyg bör behållas men användas sparsamt. Läkarna är de som i alla lägen är bäst ägnade att utreda skälen för abort. Inblandning av sociala myndigheter eller utredare är onödig – även i sociala frågor anses läkarna ha den bästa kompetensen. Lagändringen genomförs med de restriktioner som Läkarförbundet föreslår; inte heller denna gång blir det någon social indikation.

RFSU skötte preventivmedlen

Vad hände nu i sjukvården med de nya lagarna? Hur blev det när upplysning och rådgivning om preventivmedel blev tillåtet? På mödravårdscentralerna skulle läkare och barnmorska enligt instruktionen ge råd om preventivmedel och prova ut pessar också till »kvinnor som inte fött barn«. Men det var endast vid ett fåtal kliniker man aktivt erbjöd denna service. I praktiken var kvinnor hänvisade till RFSU för att skaffa pessar.

I ett remissyttrande från Läkarförbundet 1954 [11] kommenteras ett förslag att tjänsteläkare ska ge råd om preventivmedel. »Åtskilliga läkare liksom stora kretsar av vårt folk hyser av olika anledningar principiella betänkligheter mot bruket av preventivmedel.« Därför,

menar Läkarförbundet, bör inte läkare åläggas att upplysa om preventivmedel.

Själv minns jag från 1950-talet vid min allra första tjänstgöring som yngsta underläkare på en gynekologavdelning hur jag fick en fråga av en av överläkarens privatpatienter: »Kan doktorn prova ut pessar till mig, jag vill inte fråga docenten – han är så blyg!«

Läkaren bestämde om aborter

Möjligheterna att få abort enligt 1938 års lag var begränsade. Det var en medicinsk fråga, och det var läkaren som avgjorde om en kvinna var psykiskt och fysiskt frisk nog att föda barnet. De som av sociala eller personliga skäl inte kunde fullfölja en graviditet var som tidigare hänvisade till illegala aborter. De legala aborterna var till en början få men ökade under 1940-talet upp till 6 000 årligen, dock utan att någon minskning av de illegala aborterna kunde registreras. Under 1950-talet blev Medicinalstyrelsens rättspsykiatriska nämnd strängare i sin bedömning, och aborterna minskade till omkring 4 000 per år medan de illegala beräknades till ca 15 000 årligen.

I abortärenden var det alltid läkaren som hade sista ordet. En läkare kunde erbjuda abort och kanske sterilisering till en kvinna som fött många barn, men också avråda eller hindra kvinnor att ens ansöka om abort. Särskilt svårt var det för unga kvinnor. Den som ändå sökte fick bereda sig på en ingående utredning, och risken för avslag var relativt stor. Under 1950-talet beviljades cirka en tredjedel av de ansökningar som kom till Medicinalstyrelsen.

Inställningen till abort växlade mellan olika sjukhus. Abortkuratorer som arbetade på RFSU eller mentalvårdsbyrån i Stockholm visste till vilka sjukhus de kunde remittera kvinnor för abort eller sterilisering. Tvåläkarintyg var relativt ovanliga i den offentliga sjukvården, men det fanns privatpraktiserande psykiatrer som i samarbete med gynekologer bedrev en omfattande abortverksamhet.

Följande berättelse speglar situationen i slutet av 1950-talet [6]:

»Jag var bara 16 år och det var en klasskamrat som var pappan. Han var lika ung och rädd som jag. Mamma hjälpte mig och gick med till sjukhuset för att söka abort. Då skrattade läkaren och sa: 'Du som är så ung och frisk blir en utmärkt mor.' Jag fick föda och ta hand om barnet ensam. Vid 21 blev jag gravid igen men vågade inte lita på min fästman fast han sa att han ville ha det. Jag visste ju att det var svårt att få abort på sjukhus så jag gick privat och fick abort på tvåläkarintyg – bäst att betala och få det gjort.«

Sterilisering i samhällets intresse

Sterilisering var noga reglerad i lag och fick endast utföras efter tillstånd från Medicinalstyrelsen. Som ung underläkare på kvinnokliniken vid ett av Stockholms storsjukhus tog jag på 1950-talet ganska ofta hand om kvinnor som lades in för att bli steriliserade. Det var mestadels sk utsläpade mödrar som fött många barn och som var tacksamma över att ha fått tillstånd till operationen. Men ibland kom också en ung kvinna där utredningen talade om lösaktighet, och villkoret för den abort hon ansökt om var

att hon samtidigt steriliserades. Jag tog del av hennes oro, sökte trösta men ifrågasatte inte ingreppet. Intyg fanns från både Medicinalstyrelsen och en social myndighet, beslutare att operera togs av överläkaren [7]. Den gången föreställde jag mig inte att tvångssteriliseringar skulle bli ett hett ämne i samhällsdebatten 40 år senare.

Så kom p-pillren

När det gäller preventivmedel rör det sig om två perioder med olika förutsättningar, förhållningssätt och uppgifter för kvinnosjukvården – perioden före och efter p-pillren. 1964 registrerades p-piller som preventivmedel, och 1966 godkändes livmoderinlägg, s k spiral – två effektiva preventivmedel för kvinnor. Efterfrågan på p-piller ökade snabbt. Trots höga kostnader och svårighet att få tag i en läkare som kunde/ville förskriva dem var det år 1969 närmare 400 000 kvinnor som använde p-piller. Spiralanvändningen tog fart först på 1970-talet, då kopparspiralen introducerades och barnmorskor hade utbildats och kunde hjälpa till med insättningen. Det blev sedan den vanligaste metoden för kvinnor som avslutat sitt barnafödande.

De nya säkra medlen fick stor betydelse, inte så mycket för antalet barn som för tidpunkten för barnafödandet. Nu blev det möjligt att vänta med barn tills utbildning och försörjning var klar. På 1960-talet var genomsnittsåldern för kvinnor vid första barnets födelse 23 år, och den har sedan successivt stigit till 28 i slutet av 1990-talet [2].

De första p-pillren innehöll en kombination av östrogen och progesteron i betydligt högre doser än de som används idag. Läkarnas intresse gällde farmakologi och biverkningar samt hur kvinnans hormoncykel påverkades. I Läkartidningen [12] refereras ett möte på Karolinska sjukhuset 1965 där professor Ulf Borell samlat gynekologer och hormonforskare för att diskutera de nya »preventivtablettens verkningsmekanismer och biverkningar«. Snart följer i Läkartidningen rapporter om biverkningar och tillförlitlighet, om risker för ikterus, trombos och koagulationsstörningar. I mars 1971 fastställs i en rapport från Läkemiddelsverket [13] sambandet mellan p-piller och tromboembolisk sjukdom.

När den första entusiasmen över p-pillren lagt sig slutade många på grund av biverkningar som viktökning och minskad sexuell lust. Andra kvinnor mådde bra av pillren, uppskattade säkerheten och de minskade blödningarna. Tillfällig minskning av antalet användare har under åren satts i samband med återkommande »larmrapporter« om risker för trombos, hjärtsjukdom eller bröstcancer. Rapport



Socialstyrelsens informationsmaterial, från 1970-talet, förmedlade en positiv syn på sexualitet.

ter från Läkemiddelsverket redovisar regelbundet biverkningar och risker med varje ny generation p-piller. I Läkartidningens septemberrummer 2003 aviseras Läkemiddelsverkets rapport [14] redan på omslaget: »Nya p-piller inte säkrare än äldre sorter.«

I ett temanummer av Läkartidningen 1973 intervjuas sjukhusgynekologer, privatpraktiker, forskare och unga gynekologer om den gynekologiska specialiteten [15]. Artikelserien pryds av en bild av professor Gensell med en nyfödd tvilling på vardera armen – ett lyckat resultat av den hormonstimulering av »den anovulatoriska kvinnan« som hörde till Uppsalaklinikens forskningsområden. Andra kliniker som prioriterade reproduktionsforskning var Karolinska sjukhuset, med forsknings-samarbete med WHO om mänsklig fortplantning och utvecklande av nya preventivmetoder, samt Östra sjukhuset i Göteborg med inriktning på nya antikonceptionsmedel.

Snart tog forskning om preventivmedel fart och inriktades på nya kombinationer, lägre östrogendoser eller minipiller med enbart progesteron. Spiraler med kopparspiral utvecklades, och nya former av hormonella preventivmedel, som injektioner och implantat liksom kombination av spiral och hormonella medel, introducerades. P-piller för män efterfrågades ofta och forskning pågår, men ännu dröjer den färdiga produkten.

Kamp för en liberaliserad abortlag

Under 1960-talet blev abortfrågan åter aktuell – lagen tillämpades restriktivt, och som en reaktion reste svenska kvin-

nor till Polen för att få abort utan onödig väntan eller förödmjukande utredningar. År 1965 tillsattes en statlig utredning med direktiv att liberalisera abortlagen och föreslå förebyggande åtgärder.

I samhället fördes ivriga diskussioner med krav på kvinnors rätt till abort, och även i sjukvården ändrades attityderna. Lagen tillämpades alltmer liberalt, men rutinerna växlade och på många håll utfördes aborter sent i graviditeten [16]. Det blev dock lättare för den som var ung att få tillstånd till abort, och som ett resultat ökade antalet tonårsaborter, vilket var en ny företeelse. Tidigare var särskilt tonåringar hänvisade till illegala aborter.

År 1971 lämnade abortkommittén sitt betänkande »Rätten till abort« [17]. Strax efteråt diskuterades förslaget vid ett stort läkarmöte i Stockholm. Gunnar af Geijerstam, gynekologernas representant i utredningen, blev hårt åtgången, lagförslaget mötte stark kritik från läkarna; inte kunde man lämna kvinnan ensam att bestämma om abort. Man spådde också en kraftig ökning av antalet aborter. Men några talare tog upp utredningens förslag om förebyggande åtgärder. En av dem var Kerstin Hagenfeldt, forskare vid Karolinska sjukhuset, som arbetade med den nya kopparspiralen. Hon berättade om en studie som visat att väntetiden på Storstockholms kvinnokliniker för en ung flicka som ville ha p-piller var tre månader, medan väntetiden för abort var mindre än en vecka. Några av oss i salen kände som Ada Nilsson på Läkarsällskapet 1902 »en stöt som ledde till ett självständigt tänkande«.

Mötet blev en vändpunkt. Debatten fortsatte i Svensk gynekologisk förening, och det skedde en omsvängning i både abortfrågan och intresset för preventiv födelsekontroll. Abortutvecklingen och abortvården utreddes, och en ny abortlag förbereddes.

Socialstyrelsen fick anslag för ett brett upplysningsprogram för att förebygga oönskade graviditeter. I det s k Gotlandsprojektet spreds upplysning om sexualitet och samlevnad som ringar på vattnet genom personal i skola, sjukvård och fritidssektor. Rådgivning blev tillgänglig, och genom lokalpress och radio engagerades hela samhället i diskussion om abort och preventivmedel, om attityder och könsroller. Erfarenheterna från Gotland tillämpades snart i andra landsting. Upplysning till ungdomar inriktades på relationer, känslor och ansvarstagande. Ungdomsmottagningar, där samtal och rådgivning erbjöds, öppnade på flera platser. Barnmorskor fick en nyckelroll i det förebyggande arbetet. De utbildades för att sätta in spiral och skriva ut p-piller och kunde snart ge rådgivning om preventiv-

medel på mödravårdscentraler över hela landet [18].

Lagar om födelsekontroll

År 1974 antogs nu gällande abortlag med knapp riksdagsmajoritet. Lagen stadgar att en kvinna som begär abort har rätt att få den utförd i allmänna sjukvården fram till utgången av 18:e graviditetsveckan. Samtidigt beslöt riksdagen att preventivmedelsrådgivningen skulle vara kostnadsfri och att p-piller skulle omfattas av läkemedelsrabatten och därmed bli billigare. År 1976 antogs en steriliseringslag som förbjuder alla former av tvång och ger kvinnor och män som fyllt 25 år rätt att bli steriliserade i födelsekontrollerande syfte. Denna samlade lagstiftning gav rätt och tillgång till födelsekontroll – preventivmedel för att förebygga och abort för att avbryta en oönskad graviditet [19]. Efter fem år kunde man konstatera att de nya lagarna fungerade väl. Aborttalen hade inte stigit, och de illegala aborterna hade upphört. Aborterna skedde tidigare i graviditeten med mindre risk för kvinnan och mindre påfrestning för sjukvårdspersonalen. En successiv minskning av tonårsaborter från 1975 sågs som ett resultat av det abortförebyggande arbetet [19].

När lagen skrevs var vakuumaspiration den gängse metoden för tidiga ingrepp, och vården organiserades som en operativ verksamhet på sjukhus. Först på senare år har nya metoder tillkommit. Vid WHO-centret på Karolinska sjukhuset utvecklade Marc Bygdeman och medarbetare [20] på 1980-talet modeller för medicinsk abort som nu är standardmetoder internationellt. Idag utförs i Sverige hälften av alla tidiga aborter och alla aborter i andra trimestern med dessa farmakologiska metoder.

Det program för att förebygga oöns-

kade graviditeter som utvecklades i samband med den nya abortlagen har sedan förankrats i mödrahälsovården. Upplysning om sex och samlevnad, preventivmedelsrådgivning och vård vid abort är sedan 1970-talet centrala uppgifter i kvinnosjukvården [19]. Under 1980-talet integrerades upplysning och förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar i programmet.

Födelsekontroll – en reproduktiv rättighet

Tillgång till reproduktiv hälso- och sjukvård är en mänsklig rättighet. Förenta nationerna fastslog 1968 att det är en basal mänsklig rättighet för individer och par att »decide freely and responsibly on the number and spacing of their children«. Vidare var det enligt FN ett ansvar för varje lands regering att förse människor med »kunskap och medel för att utöva denna rättighet« [2]. I klartext – ge människor tillgång till sexualundervisning, rådgivning om preventivmedel och legal och säker abort. Den rekommendationen förverkligas i den svenska lagen och sjukvården. Det handlar om rätten att bestämma över sitt barnafödande – och samhällets ansvar är att tillhandahålla medel för att utöva den rätten.

Referenser

1. Andreen A. Karolina Widerström. En levnadsteckning. Stockholm: Norstedts; 1988.
2. Sundström K. Reproduktiv hälsa i individuellt och globalt perspektiv. I: Östlin P, Danielsson M, Diedrichsen F, Härenstam A, redaktörer. *Kön och ohälsa: en antologi om könsskillnader*. Lund: Studentlitteratur; 1996. pp. 77-108.
3. Högberg U. Maternal mortality in Sweden. Umeå: Umeå University medical dissertations; 1985.
4. Ottesen-Jensen E. Och livet skrev. Stockholm: Bonniers; 1965.
5. Almkvist J. Inför frågan om födelsekontroll. Svenska läkartidningen 1929;26: 313-22, 352-61, 389-400.
6. Sundström-Feigenberg K. När livet var som bäst: Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn. Lund: Studentlitteratur; 1987.
7. Schöldström U. Steriliseringsfrågan under 1930- och 1940-talen: Läkarförbundet spelade en passiv roll – varken varnade eller drev på. Läkartidningen 1999;96:4938-9.
8. Bovin E. Läkarna och vårt lands sjunkande nativitet. Svenska läkartidningen 1930; 27:1311-24.
9. Westman A. Om fortplantningskontroll och fosterfördrivning. Svenska läkartidningen 1935;32:877-85.
10. Lund G. Om fortplantningskontroll och fosterfördrivning. Svenska läkartidningen 1935;32:866-77.
11. Läkarförbundets yttrande över betänkande i abortfrågan. Svenska läkartidningen 1954; 51:817-36.
12. Preventivtablett i blickpunkten. Läkartidningen 1965;62:1893-1904 (Rundabordsamtal).
13. Böttiger LE, Westerholm B. Biverkningar vid peroral antikonception. Läkartidningen 1971;68:4371-8.
14. Kieler H, Persson I, Odland V. Venös tromboembolism och kombinerade p-piller: Biverkningsrapporter talar för minst lika stor risk med de nyaste p-pillren. Läkartidningen 2003;100:3050-2
15. Varför inte gynekolog? Om gynekologins situation i dagens och morgondagens sjukvård. Läkartidningen 1973;70:4435-64.
16. af Geijerstam G. Legala aborter och preventiv födelsekontroll i Sverige under perioden 1968-72. Läkartidningen 1973;70:2766-70.
17. Rätten till abort. Betänkande från 1965 års abortkommitté. SOU 1971:58.
18. Sundström-Feigenberg K. Preventivmedelsrådgivning: verksamhet i utveckling. Läkartidningen 1974;71:4343-5.
19. Sundström-Feigenberg K. Fri abort och frivilligt föräldraskap. Läkartidningen 1980; 77:522-5.
20. Bygdeman K, Swahn ML. Avbrytande av tidig graviditet med antiprogesterin och prostaglandin. Läkartidningen 1988;85: 4040-1.