

1981-08-06

1981
81. 08. 10.

Anders Forsse
Styrelsen För Internationell
Utveckling

Befolkningsfrågan och familjeplaneringen

Procedur:

Jag delar Din uppfattning att jordens växande befolkning är en ödesfråga för mänskligheten. Det ökande befolkningsstrycket har dock konsekvenser inte bara för förslitningen av materiella resurser. Det sätter också gränser för människor och inte minst kvinnor att fullt utveckla sina individuella möjligheter; många och tätta födslar försvårar kvinnans frigörelse och hennes integrering i samhällsutvecklingen och har klart negativa hälsoeffekter för både mor och barn; i många u-länder löper dessutom dessa effekter risken att förvärras på grund av andra bristfaktorer orsakade av fel kost, undermålig mödra- och barnavård etc. Samhällsforskare har pekat på en rad negativa följder som en höggradig förtätning av människor har. Det finns många fler exempel att ge på vad jag skulle vilja kalla befolkningsfrågans kvalitativa aspekter (eller individ- och socialaspekten) dvs de konsekvenser av ett ökat befolkningstryck som direkt påverkar människans hälsa i både snävare och vidare mening. Jag är väl medveten om att allt detta är väl dokumenterat på SIDA:s hälsobyrå men vill ändå erinra om att jag anser det viktigt att även dessa aspekter beaktas i de fortsatta diskussionerna och att befolkningsfrågan ges både ett kvalitativt och

2

kvantitativt perspektiv i det papper som SIDA kommer att utarbeta.

Med tanke på vad jag redan påpekat om befolkningsfrågans bredare förankring synes Dina slutsatser beträffande effekterna av hittillsvarande insatser på familjeplaneringsområdet alltför negativa. Du säger att "dessa ofta isolerade program" haft "mycket begränsade eller närmast obefintliga" effekter på befolkningstillväxten och Du tar Indien som exempel. Indien kan emellertid inte bedömas generellt: flera delstater har haft betydande framgång med sina familjeplaneringsprogram. Och om vi ser på Indonesien och Kina så utgör dessa länder klara exempel på det motsatta förhållandet. Sri Lanka är också ett annat intressant exempel eftersom landet hade en tillbakagång i sitt välfärdsprogram samtidigt som familjeplaneringsprogrammet expanderade kraftigt. Men enstaka exempel utan en ordentlig bakgrund och analys kan lätt bli summariska och missledande. Det är därför nödvändigt att ge exemplen utifrån landets egna förutsättningar.

Jag har annars intrycket att de ~~samlade erfarenheterna~~ av familjeplaneringsprogrammen är avgjort mycket positivare än ditt brev antyder; parlamentarikerkonferensen i Colombo 1979 liksom den i år i april genomförda Djakarta-konferensen konstaterade att familjeplaneringen uppnått remarkabla resultat. Rekommendationerna från Djakarta (se bifogat ex) pekar också på att efterfrågan på FP-service inte går att tillfredsställa med nu tillgängliga resurser. Dessutom ökar behovet ständigt och 80- och 90-talen innebär verkligen en utmaning. Det finns uppenbarligen massor av erfarenhet vad gäller integration av service, konsumentorientering och participation och involvering av de s k gräsrotterna. Det vore utomordentligt intressant att få detta speglat i Hälsobyråns papper.

Som Du är väl medveten om är det inte så enkelt att utvärdera de demografiska effekterna av familjeplaneringsprogram. Detsamma kan naturligtvis sägas om många biståndssektorer där man försöker skilja ut effekterna av ett visst program samtidigt som andra skeenden går i samma eller motsatt riktning och därmed också påverkar slutresultatet. Om ett program inte genomförts som planerat så är det naturligtvis något annat man utvärderar än det ursprungliga programmet. Detta är bara ett exempel på ett av de många problem som utvärderarna brottas med. Familjeplaneringsprogrammet i Kenya har stötts av oss under ett antal år. Om jag förstått det rätt så är det exempel på ett program som integrerats med den förebyggande barna- och mödravården från början. Befolkningstillväxten tycks där dock snarast ha ökat. Det kan förstås förklaras av att de data man hade 1974/75 på befolkningstillväxten var för låga så att den verkliga befolkningstillväxten oförändrad i dag. Å andra sidan är det inte orimligt att förvänta en ökning av befolkningstillväxten i ett land som Kenya, som har en relativt hög spädbarnsdödlighet, om det integrerade FP-programmet fungerat hyggligt i sin första medicinska fas. Jag hörde någon nämna det här exempel härmedagen och jag tyckte det var intressant eftersom det ger andra perspektiv på utvärderingsfrågor.

De sk determinantstudierna har visat vad vi alla visste förut nämligen att spädbarnsdödlighet, kvinnans status, utbildning etc är länkade till social-ekonomisk utveckling. Dessa korrelationsstudier visar på relationer som det är svårt att översätta i klara orsakssamband. Vi vet att utbildning är högt korrelerad med familjestorlek i många länder - inte alla - men kunskapen om vad det är i utbildningen som konstituerar detta samband är begränsad. Detsamma synes gälla kvinnans sysselsättningsgrad inom och utom hemmet.

När vi talar om familjeplanering kan man dela in möjliga
ansatser i två breda kategorier:

- 1) de som medför att familjer önskar färre barn
- 2) de som ger föräldrarna hjälpmedel att genomföra denna önskan.

Båda ansatserna behövs. Den första ansatsen försöker att
ändra sociala och ekonomiska förhållanden som tenderar
att stödja hög fertilitet, och genom ändring av dessa
förhållanden kommer sannolikt en lägre norm till stånd.
Den andra ansatsen inkluderar olika former av familje-
planeringsservice, utbildning av skilda befattningskate-
gorier, information om service etc. De kvinnoutbildnings-
program, som Du nämner är exempel på en ansats av typ 1
och det kan ju knappast föreligga något motsatsförhållande
till FP-programmen. I själva verket är det så att en
del internationella "kvinnostatus"-program har integrerat
de två kategorierna av ansatser jag nämnde även i ett
och samma program, vilket är helt naturligt. Som borde
kunna förväntas ökar detta framgången väsentligt.

Jag håller helt med Dig om problemen med sterilisering
som sker under påtryckning och användandet av "disincen-
tives". Men jag är övertygad om att de samlade erfaren-
heterna av FP idag är positivare än de som kommer till
uttryck i ditt brev. Kanske är de i alltför hög grad
färgade av den intensiva interna SIDA-debatten som före-
gick SIDA:s styrelses beslut att inte stödja PP 2 i Indien.

Jag tycker det är utmärkt att SIDA:s hälsobyrå utvecklar
ett papper avseende befolkningsfrågan och familjeplanering.
Detta papper skulle kunna bli ett viktigt dokument inter-
nationellt om det på ett allsidigt sätt skulle kunna
förmå att sammanfatta 60- och 70-talens erfarenheter
och perspektiv. Befolkningsfonden, IPPF, Världsbanken,
WHO, ILO och andra organisationer bör naturligtvis stimu-
leras att på lämpligt sätt dela med sig av sina erfaren-
heter.

*här tillhör
efterfrågan?*

Jag tror mig slutligen kunna säga, att vi båda torde vara ense om att det under de närmaste två årtionerna kommer att krävas avsevärt ökade resurser, om vi skall kunna möta de ständigt ökande behoven och en allt större efterfrågan på familjeplaneringsservice, men jag har ändå velat delge Dig några av mina synpunkter i frågan.

Hans Elix