

Bedömning av abortärenden



Kjell Öhrberg

De flesta psykiater som medverkat till en s k liberaliserad abortpraxis har gjort detta från en positiv värdering av människans frihet men samtidigt medverkat till något helt annat, nämligen samhällets ökande arbetskraftsbehov. Det är möjligt att vi fungerar aningslöst inför styrningar i ett samhälle som går åt ett visst håll, framhåller i nedanstående artikel Kjell Öhrberg, psykiater vid Stockholms stads mentalrådgivningsbyrå.

Abortlagen och dess tillämpning har sedan länge engagerat debatten dels därför att abortfrågan från olika håll ansetts kontroversiell i sig men också p.g.a. att abortlagen och dess tillämpning rymmer rätt många av de problem som debatteras och engagerar människor.

Lagstiftningsprincipen i Sverige (och de flesta andra länder) har byggt på att framkallad abort är något icke önskvärt och från denna grundinställning har man sedan gjort vissa modifikationer eller med andra ord angivit vissa skäl där så att säga strafffrihet föreligger. Ett sådant skäl för strafffrihet för kvinnan och den läkare som utför ingreppet är t.ex. att moderns liv hotas av ett fullföljande. Detta skäl accepteras i praktiken i flertalet länder. De ytterligare skälen för undantag eller legalisering kan sedan vara av olika slag och ha en varierande tyngd som argument. De historiskt sett sist tillkomna skälen brukar mestadels räknas som mindre tunga. Rent sociala skäl accepteras t.ex. i den polska lagen men man har räknat med en övre graviditetslängdsgrens på 12 veckor. Den nuvarande svenska lagen godkänner

inte rent sociala skäl men har en högra övre tidsgräns. För den tyngsta indikationen saknas övre gräns men lagen praktiseras så att vad som kallas medicinska skäl efter 24—28:e veckan närmar sig vitalindikation.

Huvudsakligen har lagen i Sverige tagit hänsyn till kvinnans egna skäl för att vilja ha ett avbrytande men i två indikationer kommer andra intressen in. Med den augeniska indikationen förstås visserligen nu i Sverige att det kan ligga i kvinnans intressen att inte få ett sjukt barn men denna indikations historia visar att de intressen som ursprungligen fogade denna indikation till de tidigare existerande var av annan art. Indikationen föreslogs 1936 och antogs 1939. 1933 hade samma indikation införts i Tyskland. Att den där antogs med annan avsikt än individens intressen framstod som mer eller mindre självklart då den omedelbart upphävdes efter krigsslutet. Liknande bakgrundsmotiv som i Tyskland fanns dock i Sverige och det övriga Norden när den antogs. Indikationen kom till i raspolitiskt syfte, i Sverige med hänsyn till att kunna nedbringa frekvensen av ärftliga sjukdomar, sjukdomar som var av olika karaktär men sammanfattningsvis betecknades eller uppfattades som negativa inslag i popu-

Anförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vintermöte i Falun 6—7 mars 1970.

... bedöma om en given hård social situation skulle få allvarliga följder för kvinnans kroppsliga eller själsliga hälsa. Man betraktade alltså inte den svåra sociala situationen i sig som en form av ohälsa.

lationen. 1963 års fosterskadeindikation tar i första hand hänsyn till det blivande barnets intressen, d.v.s. att det är bättre att abortera ett foster än att ett barn skulle födas till en tillvaro med avsevärda fysiska eller psykiska handikapp.

Den socialmedicinska indikationen

Den nuvarande svenska lagen fick sin huvudsakliga utformning genom 1946 års tillägg där lagstiftarna som en kompromiss mellan kraven på en social indikation för legalisering av abort och det motstånd det väckte att man skulle avbryta havandeskap på så som man uppfattade det vaga eller otillräckliga grunder. Man hävdade från motståndarna mot en social indikation att det var samhällets uppgift att se till att sociala skäl för abort ej skulle få förekomma, d.v.s. att ingen social nödsituation skulle tvinga en kvinna till avbrytande. Genom tillägget medicinsk efter social tillförsäkrade man också ett klart läkarinflytande över ärendets bedömning. Bedömningsläkaren (oftast en psykiater) skulle bedöma om en given hård social situation skulle få allvarliga följder för kvinnans kroppsliga eller själsliga hälsa. Man betraktade alltså inte den svåra sociala situationen i sig som en form av ohälsa.

Om man följer tillämpningen av den socialmedicinska indikationen under resten av 40-talet och de följande åren fram till mitten av 60-talet så ser det ut som om samhället fungerade utan sociala problem för kvinnorna men att det sedan c:a 1967 kommer en markant försämring. Indikationen användes först inte i någon större utsträckning, man finner en frekvens som varierar mellan några tiotal och några hundratal, men år 1967 har man mer eller mindre plötsligt 2.854 aborter på social-medicinsk indikation.

Ett förändrat synsätt

Orsaken till att man började använda den socialmedicinska indikationen var väl huvudsakligen ett förändrat synsätt på aborter överhuvud taget. Förändringen i praxis hade föregåtts av en livlig debatt för s. k. fria aborter (t.o.m. havandeskapets 12:e vecka) med omvärderingar av tidigare etik i dessa frågor. Man ansåg att tidiga framkallade aborter inte var särskilt farliga vare sig ur somatisk eller psykiatrisk synpunkt och hävdade nu också en ny etik där man betonade ansvaret för det väntade barnet och rätten för en kvinna att utforma sitt liv utan ett påtvingat fullföljande av en önskad graviditet. Från abortliberalt håll föreslogs fri abort ev. kombinerad med obligatorisk rådgivning t.o.m. 12:e veckan och anförde Polen som exempel. Från nyanserat motståndarhåll påpekade man att Polen infört sin liberala abortlag av olika skäl, möjligen för att hävda individens rätt men framförallt ur befolkningspolitisk synpunkt och för att nedbringa det stora antalet illegala (och hälsofarliga) aborter. I Sverige hade vi inte de två sista skälen; de illegala aborterna var antingen få till antalet eller också utfördes de mestadels med en så pass hygglig teknik att de inte blev hälsofarliga. Följdtillstånd efter kvacksalvaraborter hade blivit mer sällsynta vid sjukhusen.

Emancipation och förändrat sjukdomsbegrepp

Att abortdiskussionen flammade upp i början på 60-talet med krav på liberalisering medan man tidigare huvudsakligen haft en debatt av motsatt typ beror säkert på faktorer som ligger utanför detta diskussionsområde men jag tror personligen

Kvinnan kan inte uppfattas som jämställd med mannen blott genom att teoretiskt eller juridiskt ha samma rättigheter till rösträtt, fritt yrkesval etc; till hennes rättigheter skall också höra att planera sina havandeskap så att de sammanfaller med hennes utbildningsintressen etc. I hälsobegreppet börjar man nu också inräkna sådana emancipatoriska möjligheter.

att den blev aktuell på detta sätt genom att kvinnoemancipationsfrågor blivit mer aktuella samt att man börjat omvärdera det sjukdomsbegrepp man bl.a. räknar med i abortlagen. Medan man tidigare starkt poängterat skillnaderna mellan de medicinska och sociala skälen uppfattar man nu att en kvinnas hälsa också innefattar social hälsa och rätt till emancipation i vidare och mer praktisk bemärkelse. Kvinnan kan inte uppfattas som jämställd med mannen blott genom att teoretiskt eller juridiskt ha samma rättigheter till rösträtt, fritt yrkesval etc.; till hennes rättigheter skall också höra att planera sina havandeskap så att de sammanfaller med hennes utbildningsintressen etc. I hälsobegreppet börjar man nu också inräkna sådana emancipatoriska möjligheter. Om de förhindras kan det uppstå situationer som kan räknas till ohälsa. Kvinnan skall också med samma rätt som mannen kunna ha ett sexuelliv som är befriat från ångest för ovälkomna graviditeter.

Intressekonflikter

Även om man nu kommer att liberalisera abortlag och praxis kommer dock kvinnan själv ibland att uppleva beslutet svårt. Att väga vissa utbildningsintressen, s.k. karriärintressen, ekonomiska intressen eller varför inte t.o.m. somatiskt-medicinska intressen mot intresset att få barn måste alltid kunna vara svårt. Om intressena för avbrytande praktiskt och emotionellt har en övervägande tyngd blir ställningstagandet lättare och risken för att kvinnan i framtiden skall ångra sitt beslut blir mindre. Om intressena för fullföljande har en övervägande tyngd borde kvinnan inte komma till en abortrådgivning om hon inte mer eller mindre tvingas till det av partnern eller annan anhörig. Om kvinnan själv inte vill ha abort vet vi att en abort efteråt kan ångras mer eller mindre uttalat. Att inse om en föregiven abortönskan uppstått hos kvinnan själv eller om hon är utsatt för påtryckning kan vara svårt att avgöra och man kan anse det värdefullt med någon form av utvidgat rådgivningsförfarande för att skydda kvinnans eget intresse. Särskilt markant kan det kanske vara för flickor som är beroende av föräldrarna.

Vid en tänkt abortlagstiftning där kvinnans egen vilja utgör det vägande skälet för abort kan jag personligen inte se att psykiatern har någon uppgift om det inte finns intressekonflikter av något slag.

— Om det finns en intressekonflikt inom kvinnan eller mellan kvinnan och en anhörig kan psykiaterns medverkan före en abortoperation övervägas i den mån psykiatern skall anses vara expert på sådana konflikter.

I en abortsituation kan det också finnas en annan typ av konflikt, nämligen mellan kvinnans önskan om abort och operatörens önskan att inte utföra aborten. Oftast kan en sådan konflikt lösas på det sättet att någon annan gynekolog känner sig villig att operera men möjligen kan också i en sådan konflikt psykiatern ha en roll i den mån han kan få någondera parten att förstå och acceptera den andras synpunkter.

Vid en tänkt abortlagstiftning där kvinnans egen vilja utgör det vägande skälet för abort kan jag personligen inte se att psykiatern har någon uppgift om det inte finns intressekonflikter av något slag.

I allmänhet har man ansett att intressekonflikter automatiskt skulle uppstå efter 12:e graviditetsveckans utgång. De medicinska riskerna ökar något och själva operationens art blir av en typ som medför större psykiskt lidande för kvinnan. De etiska värderingarna och de praktiska konsekvenserna på sjukhuset blir också annorlunda vid s.k. sena aborter. Att stelt hävda att man efter 12:e veckan skulle fordra medverkan av psykiater förefaller dock omotiverat; utslagsgivande för eventuell psykiatrisk medverkan i abortärenden

Vi måste därför som individer i samhället kontinuerligt granska att den ökade frihet för kvinnorna som en liberaliserad abortpraxis och lagstiftning innebär inte kommer att användas mot kvinnorna i form av nya bindande krav och nya rigida normer.

borde alltid inskränkas till om det finns en intressekonflikt som är av den arten att den faller inom psykiatriskt kompetensområde.

De flesta psykiater som liksom jag medverkat till en s.k. liberaliserad abortpraxis och hävdatt kvinnans självbestämmanderätt även inom detta område har gjort det utifrån en positiv värdering av människans frihet men samtidigt har vi medverkat till något helt annat, nämligen samhällets ökade arbetskraftsbehov. Samhället behöver f.n.

få ut ett ökat antal kvinnor i förvärvsarbetet. Det är möjligt att vi fungerar aningslöst inför styrningar, som inte kommer från någon bestämd grupp utan från oss som individer i ett samhälle som går åt ett visst håll. Vi måste därför som individer i samhället kontinuerligt granska att den ökade frihet för kvinnorna som en liberaliserad abortpraxis och lagstiftning innebär inte kommer att användas mot kvinnorna i form av nya bindande krav och nya rigida normer.

Socialmedicinsk Tidskrift 1971

Temanummer om bl a:

Social miljöplanering.
Arbetsvårdsproblem.
Socialmedicin på sjukhus.
Sjukskrivningsfrågan.
Socialmedicinska aspekter på tobaksrökning.
Kommunikationsproblem inom psykiatri.
Uppsökande verksamhet.

Vidare bl a följande artiklar:

Gunnar Biörck, Evy Lind, Kristina Ort-Gomér: **Att sluta sina dagar i storstaden.**
Karl Evang: **Primär legetjeneste eller helsetjeneste.**
Kerstin och Bengt Landin: **Lekterapeuter på sjukhus.**
Egil Borg: **Tapene i samfunnet.**
Aina Siksna: **Psykisk sjukdom hos främlingar.**
Kenneth Kennerhoff: **Öppen institutionsvård inom ungdomsvården.**

Socialmedicinsk tidskrift utkommer med 10 nummer per år. Prenumerationen kostar för helår kr 40:—, halvår kr 25:—, kollektivprenumeration helår kr 35:— (minst 25 ex beställning direkt hos redaktionen). Lösnummer kostar kr 5:—, specialnummer högre pris; rabatter vid beställning direkt hos redaktionen: 25 ex 10 %, 50 ex 15 %, 100 ex 20 %.

Socialmedicinsk tidskrift, Fack, 104 01 Stockholm 60. Tel.08/83 20 83, 27 96 84.
Postgiro 1179 - 1.