

»I kättjans berusning finns en tröskel bakom vilken allt rationellt utplånas» – ett konstaterande som på motstående sida får illustreras av Hieronymus Boschs »Garden of earthly delights», här något beskuren (Museo del Prado, Madrid).

FOTO: SUPERSTOCK/GREAT SHOTS

Eros' ohälsa

Komplex väv av aborter, STD och preventivmedel

För ett år sedan fick jag en anmodan från *Läkartidning* en att kommentera en skrift om »Att förebygga graviditet och sexuellt överförda sjukdomar».

Jag avböjde. Men ett frö var sått och började gro. Dess mylla var över 30 års patientnära kliniskt arbete inom just genitala infektioner, antikonception och aborter; dess gödning ett livs inre ältande av diskussioner i en kontinuerlig debatt, en handfull omstörtande erfarenheter, tusentals litteraturläsningar och mängder av minimala impulser från dagliga patientsamtal – ting som format, och fortsatt omformar, den åldrande klinikern.

Vore det inte dags då att söka summera – innan telomererna kortats för långt in mot senilitetens dunkel? Så jag vandrade till Canossa. Helt personligt och ur stunden. Kanske är det som följer ett debattinlägg, kanske ett testamente, en sammanfattning, en essä, eller trams i största allmänhet.

Läsaren avgör.

Författare

LARS WESTRÖM

med dr, docent,

f d klinisk lärare, Lunds universitet, och överläkare, kvinnokliniken, Lund.

Gaia, alltings urmoder, har givit namn åt en teori enligt vilken allt levande på denna jord skulle vara en enda »livsorganism» som samverkar med den icke levande miljön. Om så vore är Gaia drabbad av en svulst som med sin proliferation och sina toxiner hotar hennes hälsa: människan.

Befryndad med Gaia är Eros – sexualitetens, åtråns och begärets gud. Eros finns i oss alla och kräver njutningsutlevelse med en existentiell biton – fortplantning. Okontrollerad fortplantning förvärrar Gaias tillstånd.

Varje dag året runt påbörjas i världen en miljon graviditeter, av vilka färre än hälften är planerade och över en fjärdedel klart olämpliga [1]. Endast var femte kvinna har kunskap om, och tillgång till, tillförlitliga preventivmedel, och av dessa kvinnor förbjuds en tredjedel av religiösa eller andra skäl att använda dem. Abort är förbjuden för en fjärdedel av världens kvinnor, men det finns inget samhälle där aborter inte förekommer. Varje dag dör nära 500 kvinnor efter »unsafe abortion» [1].

Varje dag året runt får en halv miljon människor en sexuellt överförd infektion, STD [1, 2]. Enligt WHO's beräkningar kommer det år 2000 att finnas ett kumulativt antal av mellan 30 och 40 miljoner HIV-smittade i världen – varav hälften kvinnor [3]. Av alla vuxna européer uppgår mellan 10 och 20 procent att de någon gång haft en STD [4]. STD-relaterade konsekvenser, såväl död som

**bortredigerat
foto**

Tabell I. Komplikationer och/eller senkonsekvenser till några sexuellt överförbara infektioner.

Agens	Konsekvens
HIV	Död, demens, malignitet
Syfilis	Död, invaliditet, sinnessjukdom, kongenital infektion och död
Gonorré, klamydia, mykoplasma	Neonatal infektion, bäckeninfektion, kronisk smärta, infertilitet, utomkvedshavandeskap, blindhet, ledsjukdomar
Herpes	Intrauterin och neonatal infektion och död, blindhet
Papillomvirus	Genital cancer och död, neonatal infektion
Hepatit B	Hepatit, levercirros, levercancer, intrauterin och neonatal sjukdom och död
Cytomegalovirus	Intrauterin sjukdom och död
Listeria	Bäckeninfektion, intrauterin sjukdom och död

invaliditet, adderar till bilden (Tabell I, Figur 1). Cyniskt sett borde Gaia må bra av sådan apoptos, men summan av mänskligt lidande är omätlig och väger tyngre.

Önskad graviditeter och STD kan inte diskuteras isolerade från antikonception. Och antikonception har sin egen morbiditet och mortalitet. Fattigdom, okunskap, politisk oro, bigotteri, kvinnoförtryck, religiös övertygelse och, inte minst, individens integritet är rekvisita som tillsammans med ovanstående fasta kulisser alltid måste finnas med på scenen då Eros diskuteras.

Glidningar i läkarreglerna

Respekt för mänskligt liv från tiden för konceptionen (Genèvekonventionen, 1948)

Att skydda och bevara människoliv alltifrån dess tillkomst i moderlivet (Sveriges läkarförbund, 1951)

Att skydda och bevara människoliv (Sveriges läkarförbund, 1968) [5]

Här framgår att det onekligen skett glidningar i läkarreglerna.

Genom hela medicinens historia har tidpunkten för tillkomsten av människan som individ och rätten att avbryta en tidig graviditet diskuterats – från teologernas kamrar, filosofernas seminarier, »experternas» kongresser, på presens debattsidor, vid pubarnas bardiskar. Ingen kan förneka att blastocysten/fostret i kvinnans kropp är en nybildad unik individ som borde ha samma integritetsskydd som vi alla. Att vara gravid är att vara två. Alla som vidgar en kvinnas cervix och för in abortinstru-

mentet måste erkänna att där inne finns ett liv till.

Legalisering av abort minskar dödligheten

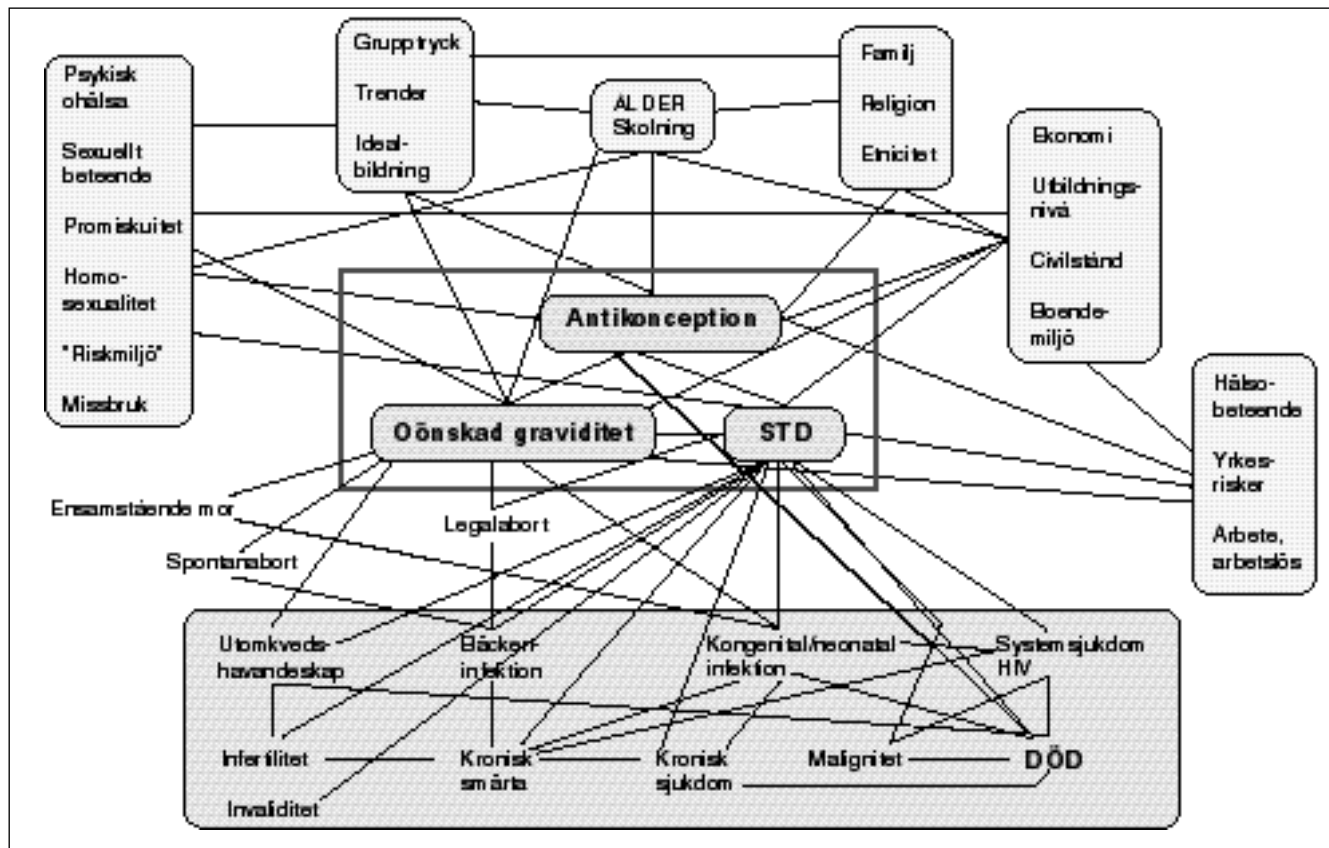
Det är också uppenbart att, ur somatisk medicinsk synvinkel, moderns liv idag mycket sällan hotas av en graviditet. Så enkelt då att säga »förbjud och fördöm». Ändå – abort och/eller barnamord har förekommit alltid och överallt. Om otillåtet, har det skett i lönnedom. I utvecklingsländerna och i länder där abort är förbjuden svarar abortdödligheten för en tredjedel av mödradödligheten [1].

Legalisering av aborter har alltid och överallt minskat dödligheten hos kvinnor i fruktbar ålder – t ex med över 70 procent i Rumänien efter 1990 [6]. Legalisering av aborter har aldrig lett till moralisk uppluckring och förfall. Vi måste också erkänna att livet efter en legal abort för flertalet kvinnor bjudit eljest ouppnåeliga möjligheter till berikning på olika plan. Så enkelt då att säga »acceptera och tillåt».

På båda flyglarna finns fanatiska och högljudda påtryckningsgrupper.

Ingen som är satt att utföra legala aborter känner tillfredsställelse med sitt arbete. Alla som upplevt en kvinna suicidera efter abortavslag, eller sett en

Figur 1. Aborter, sexuellt överförbara sjukdomar och preventivmedel är centrala maskor i ett nätverk av interagerande faktorer.



ung kvinna dö efter en illegal abort, förbannar det som drev henne därhän. Förbjud och fördöm! Ett nytt liv. Javisst! Men vem dömer dem som i sin troviss-het tvingar en medmänniska till en livslång uppoffring? I de utåt bestickande motiven anas inte sällan en sorts culpätänkande. Acceptera och tillåt! Javisst! Men könsbestämda och elektiva aborter? Abort som preventivmedel? Hur vi än väljer kommer avarter att finnas. Vi som var satta att döma i världens abortbyråer under tidigt 1970-tal minns det omöjliga att i den glidande skalan av argument sätta gränsen för ett »beviljas» eller »beviljas icke», det omöjliga som fick oss att tänja begreppet »företsedd svaghet» till nära »fri abort». Vi fick lagen. Nu svänger pendeln sakta tillbaka mot ifrågasättande [7].

Det är meningslöst att begära eller ens önska att alla graviditeter skulle vara planerade och alla nyfödda välkomna. Trots välfärdsstatens goda sexualupplysning och tillgång till säkra preventivmedel har sedan lagen om fri abort infördes endast insignifikanta variationer förekommit i aborttalen i Sverige [8]. I allas tycke alltför höga tal.

Vi vet att flertalet önskade graviditeter kommer till efter oskyddade samlag. Vi måste förstå och acceptera att i kättjans berusning finns en tröskel bakom vilken allt rationellt utplånas. Kan vi, bör vi, får vi manipulera människor dithän att det rationella alltid tar överhanden? Bör vi, får vi fortsätta att släcka vart fjärde anlagt människoliv?

Svaret på båda frågorna är nej och ger tillsammans en olöslig ekvation.

Jag känner många väletablerade medelålders kvinnor med yrke och familj som aldrig skulle ha nått dithän om deras tonårsabort nekats dem. Jag vet också hur lätt det är för maskerat välvillig ondska att till en kvinna ge en livslång plågsam ångerreaktion efter en abort till vilken hon inte såg något alternativ.

Å andra sidan kan jag inte erinra mig en enda kvinna som ångrat att hon genomfört graviditeten efter abortsamtal – låt vara att just hon måhända verkligen hade ett val.

Och det är kanske just det som kan bidra till ekvationens hyfsning: att kunna välja. Att bjuda ett realistiskt alternativ till abort. Att ge kvinnan möjligheter att föda och fostra sitt barn utan att behöva välja bort och försaka. Vad finns eljest mellan de absoluta »förbjud och fördöm» och »acceptera och tillåt»? För kvinnornas skull måste abort tillåtas. För de oföddas skull måste goda alternativ till abort finnas.

Omfattande STD-panorama

»For one pleasure, a thousand pains», sade redan Ulrich von Hutten år 1520 [9]. Under evolutionens gång blev

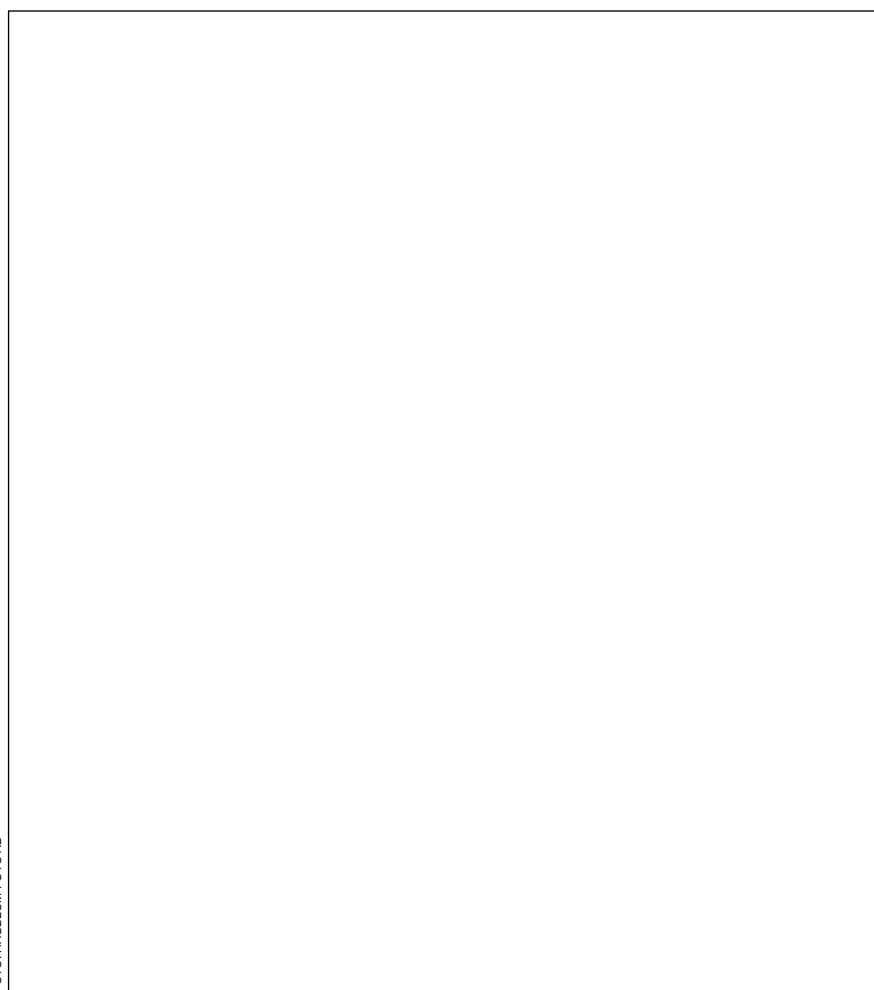


FOTO: HAGBLOM-FOTO AB

det naturligt för en del mikroorganismer att utnyttja världens fortplantning för att säkra sin egen överlevnad. Sexuell överföring har ju uppenbara fördelar, då kontakterna mellan infekterad och mottagande vävnad knappast kan vara mer intim. Hög infektivitet, långvarig smittsamhet och – med undantag för HIV och, historiskt sett, syfilis – låg mortalitet har gynnat deras spridning. Idag känner vi nära 30 arter av organismer som sprids enbart eller huvudsakligen vid sexuell kontakt. Panoramat är omfattande, såväl i kliniska manifestationer som i antal sjuka individer [10-13].

Lika mångfasetterade och viktiga är komplikationer till och följd tillstånd efter STD (Tabell I). Eros bjuder individen inte bara njutning och fortplantning, utan också negativa effekter såsom barnlöshet, kronisk sjukdom och död [14]. Prevalenssiffrorna för många STD har tidvis varit skrämmande höga. Europas trehundraåriga syfilisepidemi [9] och efterkrigsårens pandemier av gonorré, klamydia, papillomvirus och HIV [2, 3, 10-12] är exempel.

Tabu, skrämnel och upplysning

Genom hela vår historia har människan på olika sätt sökt stävja STD och deras följdverkningar. Religiösa tabun,

lagstiftning, skrämnel, upplysning och läkekonst har varit och är hennes vapen. Trots att vi idag kan både diagnostisera, behandla och i viss mån förebygga många sexuellt överförbara sjukdomar tycks de ändå leva ett, från epidemiologisk synpunkt, eget liv med upp- och nedgångar i stort sett oberoende av våra insatser.

Sedan mer än 50 år tillbaka kan vi diagnostisera och behandla gonorré och syfilis, sedan 20 år tillbaka klamydia. Ändå upplevde vi på 1960- och 1970-talen en »all time high» i prevalensen av gonorré. Idag är sjukdomen praktiskt taget utplånad i vårt land [13]. Vi kan dock inte ta åt oss hela äran. Oberoende av åtgärder är pandemin av gonorré på retur och sjukdomen minskar världen över. Klamydia, som vi trodde oss ha kontroll över, visar idag i Sverige, liksom syfilis globalt [11], en epidemiologiskt sett helt väntad ökning.

Den enda STD till vars minskning jag kan erinra mig att skolmedicinen signifikant har bidragit är Trichomonas-infektion, som i Sverige försvann nästan helt på kort tid efter det att nitroimidazolerna introducerats. Andra ljuspunkter är att HIV-pandemin kanske når sin kulmen inom överskådlig tid och att forskningen framgent skulle kunna

ge oss vacciner mot en del hittills icke behandlingsbara virusinfektioner.

Dessa ljuspunkter till trots är bilden huvudsakligen mörk. Men vi får inte hemfalla åt nihilistisk uppgivenhet. STD kan och måste bekämpas.

Kunskap och information

Kunskap och information är hörnstenarna i vår kamp mot sexuellt överförbara sjukdomar. De utgör en absolut nödvändig bas för individens eget agerande. Den svenska kvinnan av idag är välinformerad om sin kropp och dess funktioner, om antikonception och STD. Skolans sex- och samlevnadsundervisning har vidare mål än enbart kunskapsförmedling [15]. Det är bra. Men holistisk insikt och ansvar som en summa av kunskap, mognad, självkännedom och erfarenhet kan vi inte lära ut – den måste komma inifrån. Den sexuella drift vi bär inom oss är ett för alla unikt genetiskt fundament som påverkas av uppväxtårens alla influenser: familj, undervisning, religion, etnicitet, närmiljö, idealbildningar, sjukdom, grupptryck och trender (Figur 1). Vår sexualitet blir en del av vår identitet. Först den dag kunskap och urdrift möter den egna verkligheten påbörjas den psykosexuella mognaden.

STD har sedan lång tid tillbaka förknippats med snusk, synd, förtappelse, irreligiositet, kriminalitet, missbruk och över huvud taget allt negativt och dåligt i samhället. Det var »sailors, soldiers, criminals and prostitutes» som hade könssjukdomar, inte vi andra. Mycket av denna syn anas än idag bland många debattörer, t ex i deras användning av ord som »riskfaktorer», »riskmarkörer» och »riskbetående». Uppenbart är att sexuell vidlyftighet och promiskuitet gynnar STD-organismernas spridning. Det är dock fel att anse sådant vara begränsat till speciella kategorier eller samhällsstrata. Alla sexuellt aktiva personer kan få en könssjukdom (Figur 1).

Många subkulturer

Dagens samhälle är oerhört komplext. Det finns många »subkulturer» med sinsemellan olika attityder till livet och dess yttringar, inklusive till sexualitet [14]: homosexuella, tonåringar, invandrare, missbrukare, religiösa, » singlar», storstads-/förorts-/landsbygdsbor, MC-gäng, för att nämna några exempel. Dessa grupper är mer eller mindre slutna och precisa, mer eller mindre öppna och nåbara, har olika syn på sex och olika prevalens av STD. Till detta kommer att många sådana subkulturer är spridda globalt och kan få täta kontakter genom billigt resande eller ofrivilliga befolkningsomflyttningar.

Utanför vår egen subkultur känner vi

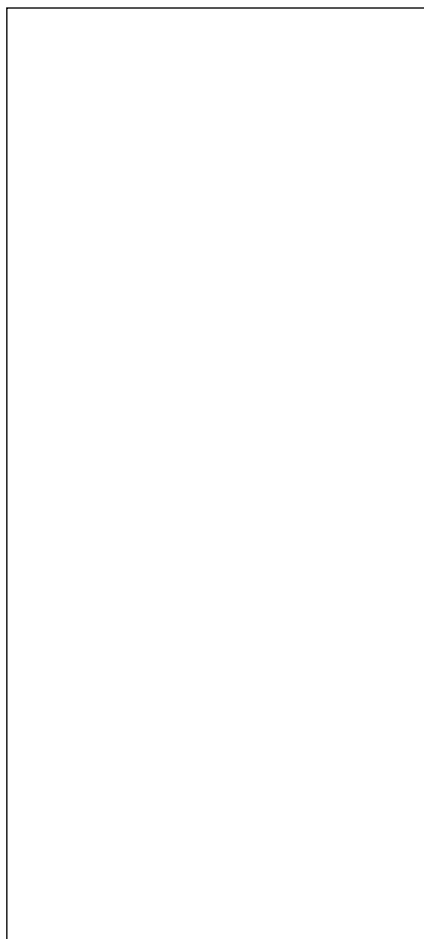


FOTO: HÄGELOM-FOTO AB

Lars Weström: »Att förhindra eller avbryta oönskade graviditeter är en sida av myntet. På den andra sidan finns problemet med att inte kunna bli gravid. Genitala infektioner, bland vilka STD är de dominerande, är den vanligaste orsaken till förvärvat infertilitet världen över.»

oss som främlingar och förstår och accepterar dåligt eller inte alls »de andras» värderingar. Tyvärr är det så, att vi som känner ansvar för eller är satta till att minska prevalensen och incidensen av STD med få undantag tillhör »fel» subkultur. På gammaldags ämbetsmannavis har vi då sökt att uppifrån få våra budskap att filtrera ner till dem det gäller. Men många grupper upplever våra officiella imperativ som klåfingrighet, att vi lägger oss i; vi kan se att de sluter sig inom sig själva.

Vi måste lära oss att spela på deras villkor. Att inifrån gruppen och från dess föreställningar och förutsättningar söka påverka kunskap om och attityder till sex. De bästa resultaten när det gäller STD har erhållits genom användning av »agenter» i, eller mentorer ur, den egna subkulturen [14]. Ökad kondom-användning bland skolelever och studenter, tonårsflickors STD-kontroll efter partnerbyte, minskning av hepatit B- och HIV-infektion bland homosexuella samt ökad insikt hos invandrarungdomar är exempel på goda resultat av så-

dan mentorsaktivitet i närmiljön. Av sina egna lär man och till sina egna lär man ut – både gott och ont!

Läkekonsten behövs också

Givetvis är målet ouppnåeligt utan hjälp av traditionell läkekonst. Det räcker då inte med bra laboratorier och kunniga läkare. Patienten må ha hur mycket kunskap och insikt som helst, men är föga hulpen om hjälpen är dyr och svår att nå. Diagnostik och terapi måste föras ut nära de behövande – gärna med direkta subkulturinriktade åtgärder. Våra tonårsmottagningar och »gay»-mottagningar är fina exempel [14].

I detta sammanhang måste jag ge en eloge till alla Sveriges barnmorskor. Från dem kom ursprungligen kraven på att ökad professionell information och kunskap om STD skulle spridas ner till dem det gällde, dvs ungdomarna, och till dem som dagligen arbetade på gräsrotsnivå.

Det självklara för svenska kvinnor att kunna gå till »sin» barnmorska har betytt oerhört mycket avseende både antikonception och kampen mot STD. Fler sådana lyssnare/rådgivare borde vi ha!

Vad betyder lagen?

I mer än 100 år har vi haft lagstiftning mot och förordningar rörande könssjukdomarna. Deras inflytande på de olika STD-epidemierna har dock varit marginellt. Det enda de uppnått är att underlätta det nog så viktiga epidemiologiska arbetet med smittspårning och att försvåra för beslutsfattare att neka ekonomiska resurser till STD-bekämpning. Måhända bör lagar finnas. Men allt som står i dem är ju egentligen självklarheter i ett professionellt diagnostiskt, terapeutiskt, epidemiologiskt fältarbete. Överblick och statistik kan vi få utan dem. Kanske dock inte pengar!

Vi har i Sverige nått långt när det gäller att bekämpa de sexuellt överförbara sjukdomarna. Kvar är de icke behandlingsbara virusinfektionerna, en formidabel fiende vars vapen just nu är STD-organismer inkuberade i de tusentals resenärer som dagligen korsar våra gränser. Vi får därför aldrig sänka garden och frestas att ta bort resurser från kampen mot STD.

Preventivmedelsrevolutionen

»If you open the door to contraception the filth will all pour in and the degradation of youth will follow.» Så uttryckte sig den amerikanske kongressledamoten A Comstock år 1915 [16], en åsikt som dominerade bland beslutsfattare ända fram till 1950-talet.

Andra världskriget innebar en omvälvning i kvinnornas situation. Från en

instängd familjeposition tog de steget ut i världen till ekonomisk och yrkesmässig självständighet och egenvärde. På ett annat plan fick de möjligheter till en ny frihet genom insatser av forskare som Djerassi, Pincus, Oppenheimer och Lippes [16], vilka tillsammans med många andra gav dem säkra, egna preventivmedel. Kvinnan kunde nu bejaka och njuta av sin sexualitet på ett sätt som aldrig tidigare. Få kan idag fatta betydelsen och omfattningen av denna »sexuella revolution».

Medaljens baksida

Men även den vackraste medalj har en baksida. Trots alla uppenbara fördelar har p-piller och spiraler sin egen morbiditet och mortalitet. De medicinare som på 1960-talet påtalade sambandet mellan p-piller och tromboembolism sjukdom kallades för bakåsträvarer. Idag vet vi att den risken finns hos vissa kvinnor. Många kliniker har väl hört kvinnor berätta att de »känner sig annorlunda» när de nyttjar hormonell anti-konception. Psykisk påverkan var kanske mer uppenbar med den första generationens p-piller, vilka många hävdade gjorde kvinnan »fet, förbannad och frigid», men någon gång kan man höra om libidominskning och tendens till tungsinne även med modern hormonell anti-konception.

Ännu vet ingen vilken betydelse p-piller har för genitala papillomvirusinfektioner och deras samband med livmoderhalscancer, inte heller om det finns ett samband med bröstcancer.

Spiralerna har mest kritiserats för att kunna ge bäckeninfektioner med död eller infertilitet som följd. Mycket av denna kritik har nog sin grund i att koparspiralerna marknadsfördes som det ideala preventivmedlet för unga kvinnor mitt under efterkrigstidens värsta gonorré-, troligen också klamydiaepidemi, i början av 1970-talet. Ett stort antal akuta salpingiter med dessas negativa konsekvenser blev följden. Att bli steril av sitt preventivmedel är onekligen en tragisk konsekvens. Likaledes sattes 1980-talets ökning av utomkvedshavandeskap i samband med ökad spiralanvändning.

Mycket av kritiken är förmodligen överdriven, men en kärna av sanning finns. Diskussionen fortsätter än idag [17]. Utöver ovanstående komplikationer berättas om perforationer, vandrande spiraler i bukhålan, menorragier och smärtor.

Nya metoder

Postkoital antikonception och menstruationsstyrning är relativt nya metoder som ökar i användning. De är utmärkta alternativ, som i utvalda situationer kan nyttjas till synes utan risk.

Men kommer vi åter att få höra att de kan bidra till moraliskt förfall?

Att inte kunna få barn

Att förhindra eller avbryta oönskade graviditeter är en sida av myntet. På den andra sidan finns problemet med att inte kunna bli gravid. Genitala infektioner, bland vilka STD är de dominerande, är den vanligaste orsaken till förvärvad infertilitet världen över [14]. Vår fortplantningsdrift är djupt rotad. Att inte kunna uppfylla den ger en existentiell ångest som ingen förstår som inte själv drabbats. Den unga tonårsflickan är vida mer oroad över en eventuell infertilitet efter sin klamydiainfektion än för en avlägsen död i aids. Efterkrigstidens STD-epidemier drabbade miljontals människor, med hundratusentals infertiliteter som följd.

Läkarkårens svar blev först mikrokirurgi eller adoption, sedan att låta ägget ta en omväg förbi den slutna äggledaren till befruktning i en petriskål och vidare till livmodern. Louise Brown – nu 19 år – blev det första barnet som kom till medelst »provörösbefruktning». Onaturligt och oetiskt sade många då. Nu är metoden rutin, och har lett till en enorm ökning av våra kunskaper om reproduktionsfysiologi [17, 18].

Nya etiska ställningstaganden

Få hade väl några invändningar mot spermiedonation – något som för övrigt gångna generationers kvinnor ofta skötte på egen hand. Få invände mot frysning av spermier från män med testikelcancer eller frysning av parets blastocyster att använda i kvinnans senare menstruationscykler. Men hur skall man ställa sig till ankans krav på befruktning/graviditet sedan maken avlidit?

Äggdonation till kvinnor med ovarialagenesi blev nästa gräns att överskrida.

Men hur ställa sig till krav från ooforekterade eller postmenopausala kvinnor? Till »adoption» av blastocyster av ensamstående eller lesbiska kvinnor? Till surrogatmodrar till hysterekterade kvinnor? Till kromosomal (köns)selektion eller särande av blastocystens multipotenta celler till monozygota individer att successivt implantera? Till »orphan»-blastocyster i medicinsk forskning? Till kloning av människor?

Tidigare ifrågasatta gränser har efter hand överskridits. Människan är så skapad att så länge något ter sig nåbart kommer alltid någon att försöka nå det. Endast ett klart av alla uttalat »världsnej» kunde tänkas hejda det vi idag kallar oetiska avarter. Ett sådant unisont »hit med icke vidare!» kommer vi dock aldrig att få höra så länge det finns forskare, fantaster, visionärer – och gal-

ningar. Vi vet mer och tycker och tänker annorlunda idag än vi gjorde igår och kommer att göra i morgon. Vi måste tacka alla de hundratals eldsjälur vilkas insatser lett oss fram till dagens kunnande, men även ödmjukt acceptera att den klokskap vi äger idag kommer att anses förlegad i morgon.

Referenser

1. World Health Organization. Progress in human reproduction research. Geneva: WHO, 1992; no 21.
2. WHO. World Health Organization health report. Geneva: WHO, 1996.
3. IMAP statement on HIV-infection and aids. International Planned Parenthood Federation Medical Bulletin 1998; 32: no 1.
4. Warszawski J, Bos H. Self-reported STDs in various European countries. STD-bulletin 1997; special issue June 10-12. Utrecht, Holland: Dutch Foundation for STD-control.
5. Sveriges läkarförbunds läkarregler. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1968.
6. Zalanyi A. Termination of pregnancy in Romania. Adv Contracept 1996; 12: 275-9.
7. Landgren A. Läkaretiken och det personliga ansvaret. Politiskt korrekta övergrepp. Läkartidningen 1998; 95: 828-9.
8. Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper (ARG) rapport. Nr 27. Abort i Sverige. Stockholm: SFOG-kansliet, Svenska läkaresällskapet, 1995.
9. Oriel D. The scars of Venus. A history of venereology. London: Springer-Verlag, 1994.
10. Nongonococcal urethritis and other selected sexually transmitted diseases of public health importance. WHO Technical Report Series no 660. Geneva: WHO, 1981.
11. Venereal diseases and treponematoses. Ibid 1986; no 736.
12. Chernesky MA. Editorial. Genitourin Med 1997; 29: 1-4.
13. Genitala infektioner hos kvinnan. SFOG ARG-rapport no 30, 1996 [8].
14. Westrom L. Sexually transmitted diseases and infertility. Sex Transm Dis 1994; 21: S32-7.
15. Lennerhed L. Att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar. En lägesrapport. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1996: 115.
16. Wood C, Suitters B. The fight for acceptance. A history of contraception. Aylesbury, Buckinghamshire, England: Medical and Technical Publishing Co Ltd, 1970.
17. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. WHO Technical Report Series no 753. Geneva: WHO, 1987.
18. Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. SFOG ARG-rapport no 31, 1996 [8].
19. Ofrivillig barnlöshet. Ibid 1998; nr 37.

Översiktligt litteratur

- Blomquist C. Medicinsk etik. Stockholm: Natur och Kultur, 1971.
- Holmes K et al, eds. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Information Services, 1998. Under publ.
- Minkoff H et al, eds. HIV infection in women. New York NY: Raven Press, 1995.
- Pelvic inflammatory disease (temanummer). JAMA 1991; 266: no 18.
- Sexologi ur gynekologisk synvinkel. SFOG ARG-rapport no 33, 1996 [8].