

Sverige utmärker sig negativt vad gäller reproduktiv hälsa:

Brett åtgärdsprogram behövs för att minska aborterna

Sverige har högst antal aborter i Norden, och sexuellt överförda sjukdomar fortsätter att öka. Den dystra utvecklingen kan förklaras av stora geografiska olikheter i sexualundervisning i skolorna och i tillgång till sjukvård samt i olikheter i förskrivningsmönster och ekonomisk subvention av preventivmedel till unga kvinnor. Regeringens utredare Anders Milton har många frågor att ta ställning till, inklusive kvalitetsregister för abortvården.

A borterna i Sverige fortsätter att öka, om än marginellt, medan motsatt trend syns i övriga Norden. Antalet tonårsaborter i Sverige är fortsatt avsevärt högre (60 procent) än i våra nordiska grannländer. Under perioden 1995–2006 ökade antalet med 73 procent. Störst antal aborter görs i åldersgruppen 20–25 år. Därefter kommer åldersgruppen 25–29 år och sedan tonåringarna. Sverige ligger också högst i Västeuropa vad gäller upprepade aborter (38 procent). Det finns dock geografiska variationer, vilket bör ses som ett allvarligt observandum.

Sverige skiljer sig från andra europiska länder, men skillnaderna är stora även inom landet, när det gäller faktorer som har betydelse för varför aborter och könssjukdomar ökar. Sexualundervisningen i skolorna har försämrats och är olika organiserad. I vissa kommuner är det medicinsk personal som sköter undervisningen i skolorna, i andra sätter man på ett bildspel ... Även sjukvår-

den fungerar olika och är olika organiserad. Vissa landsting har ungdomsmottagningar, andra inte.

Flertalet preventivmedel subventioneras i dag via högkostnadsskyddet. Eftersom många yngre kvinnor ofta har en begränsad konsumtion av läkemedel kommer de sällan upp i de kostnader som krävs för att få tillgång till subventionen. Förutom högkostnadsskyddet subventionerar också de flesta landsting preventivmedel – i större eller mindre utsträckning – till yngre kvinnor, så kallad ungdomssubvention. De olika landstingen/regionerna har dock valt egna, helt olika, nivåer på ungdomssubventionen, t ex olika åldersgrupper som är be-

rättigade till subventionen, olika omfattning på egenavgiften och olika metoder – det vill säga vilka preventivmedel som ingår i ungdomssubventionen. Vissa landsting har ingen subvention alls!

Samtidigt som ekonomin för unga vuxna försämrats har abortfrekvensen ökat. Man kan krasst konstatera att nya och effektiva preventivmedel – som ofta är dyrare än gamla men har bättre biverkningsprofil, bättre följsamhet i behandlingen och kanske till och med högre effektivitet – är tillgängliga endast för dem som har råd. Vi kan se att försäljningen av p-ringar, som är förhållandevis dyra, har ökat i socioekonomiskt svaga delar av Stockholms län sedan landstinget beslutat att helt subventionera dem.

Sterilisering, vilket är den enda preventivmedelsmetoden med hög säkerhet som är tillgänglig för män, har av flera landsting undantagits från den allmänna sjukvården. Det innebär i dag att kostnaden för den enskilda individen varierar mellan 250 och 15 000 kronor beroende på var i landet man bor!

Det är mycket olyckligt att vi inte har ett enhetligt system i landet. Svensk för- enings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för familjepla-



KRISTINA GEMZELL DANIELSSON professor, överläkare i obstetrik och gynekologi, Karolinska institutet/Karolinska Universitetssjukhuset; sekreterare i FARG (arbets- och referensgruppen för familjeplanering) inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi kristina.gemzell@ki.se



JAN BRYNHILDSEN docent, överläkare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping; ordförande i FARG



Sexualundervisningen i skolorna har försämrats och är olika organiserad – i vissa kommuner är det medicinsk personal som sköter undervisningen, i andra förlitar man sig på bildspel ... Bilden visar sexualundervisning i en Stockholmsskola 1962.

Foto: Alf Lidman/Scanpix

nering (FARG) anser att detta är direkt ojämnt. Av ekonomiska skäl kanske inte alla åldersgrupper ska få tillgång till gratis preventivmedel, men det bör åtminstone vara kostnadsfritt för dem upp till 25 års ålder.

I samtliga landsting finns i dag läkemedelsrekommendationer, som ska vara vägledande vid förskrivning. Dessa rekommendationer används tyvärr i många landsting på ett felaktigt sätt vid förskrivning av preventivmedel. När det är fråga om preventivmedel kan man inte ensidigt fokusera på pris. Preparat som på »grupp-nivå« kan te sig likvärdiga kan uppvisa stora skillnader på individnivå när det gäller biverkningsmönster. För maximal följsamhet i behandlingen är det individuella valet av avgörande betydelse!

I Sverige präglas vi i många fall av ett utpräglad försiktighetstänkande. Det är givetvis i flertalet fall mycket bra men har, när det gäller preventivmedel, resulterat i att Sverige sannolikt har västvärldens mest restriktiva myndighetsrekommendationer, betydligt »hårdare«

»Den svenska situationen har påtalats internationellt vid flera tillfällen och sätter fokus på Sverige på ett föga hedrande sätt.«

än motsvarande rekommendationer i våra nordiska grannländer, USA och Storbritannien. Dessa »hårda« rekommendationer tenderar att sprida en rädsla också bland förskrivare. I detta fall riskerar denna försiktighet att bli kontraproduktiv då den i stället kan leda till försämrad/minskad preventivmedelsanvändning och i slutändan risk för oönskad graviditet och abort. Det är intressant att se att utvecklingen i många västeuropeiska länder innebär att antalet aborter sjunkit i takt med att nya effektiva preventivmedel gjorts tillgängliga. Samma trend syns inte i Sverige.

En uppmaning till Anders Milton, regeringens utredare som bland annat ska ge förslag på hur arbetet att förebygga oönskade graviditeter ska kunna stärkas i samhället, är att se över hela spektret: Hur kan vi öka ungas kunskap? Hur kan vi förbättra undervisningen i våra skolor? Hur ska förskrivningen av preventivmedel hanteras – billigaste preparat eller individuellt utformad förskrivning? Hur få till stånd ett nationellt en-

hetigt och rättvist system för ungdoms-subvention?

Till detta hör också bristen på kvalitetskontroll inom abortvården. Medan vi inom alla övriga områden har register i Sverige för att kunna kontrollera kvaliteten, komplikationer etc saknas detta inom abortvården. Ett sådant kvalitetsregister vore ovärderligt för att kunna utvärdera abortmetoder och komplikationer och för att öka kvaliteten på abortvård, preventivmedelsrådgivning och -förskrivning. Det går att skapa ett sådant register som uppfyller alla rimliga krav på skydd för individens integritet. Avsaknad av ett sådant register visar hur vi fortfarande stigmatiserar abortvården.

Den svenska situationen har påtalats internationellt vid flera tillfällen och sätter fokus på Sverige på ett föga hedrande sätt. Det behövs ett lyft för reproduktiv hälsa i Sverige!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Se även debattinlägg på sidan 126.

APROPÅ! Snusdebatten

Höj blicken, vidga vyerna i tobaksfrågan!

■ Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm har tillsammans med sina nordiska kollegor i Läkartidningen (48–49/2008 och 1–2/2009) på ett välgörande sätt satt ned foten i den animerade snusdebatten. Vi välkomnar den insikt som ligger bakom – att tobaksbruket generellt och rökningen speciellt innebär en global hälsokatastrof. Dagens årliga fem miljoner döda riskerar att om tjugo år fördubblas – om vi inte kan hejda epidemin.

Detta är bakgrunden till Världshälsorganisationens globala tobakskonvention som får oss att lyfta blicken från vårt näringsdepartementets försök att hjälpa snustillverkarna att kränga snus i EUs medlemsländer, i den hela frihandelns namn.

Vi måste äntligen inse realiteterna bakom denna katastrof. Tobaksindustrin lyckades med hjälp av cigarettmaskiner och två världskrig att få en stor del av världens manliga befolkning beroende och sjuk.

Nästa konststycke – som fortfarande pågår – var att få kvinnorna på kroken. En extra finess var lanseringen av lightprodukterna som vi i dag vet har samma förödande effekter på hälsan som föregångarna men som fått miljontals (främst) kvinnor att fortsätta röka i tron att de gör något mindre farligt.

När acceptansen för dagens rykande cigarett nu minskar i västvärlden håller vi åter på att bli lurade av tobaksindustrin. Vi behöver inte kämpa med att bli kvitt vårt nikotin-

beroende utan bara gå över till det »så gott som ofarliga« snuset. Produktutvecklingen visar tydligt att tillverkarna förlitar sig på att också locka in många nya kunder i beroendet.

Varför är detta så svårt att genomskåda? Varför väcker det motstånd från vissa håll när Socialstyrelsens chef talar klarspråk – låt oss inte längre styras av tobaksindustrin –, det språk som regeringen också borde tala eftersom den ratificerat den ramkonvention som (hittills) 161 länder nu ska ta ansvar för och fylla med innehåll?

»Det finns en basal och oförenlig konflikt mellan tobaksindustrins och folkhälsans intressen« är den första av fyra huvudprinciper som de 161 länderna nyligen sam-

tyckte om i den artikel i konventionen som reglerar samhällets förhållningssätt till tobaksindustrin (artikel 5.3).

»Eftersom dess produkter är skadliga/dödliga ska tobaksindustrin inte stimuleras att etablera eller driva sin verksamhet« är en annan av principerna.

Läkarkåren måste bli mer proaktiv gentemot en omättlig tobaksindustri och dess påpiskande aktieägare. Det vore klädsamt att höra ett stöd för Socialstyrelsens nya inriktning från våra fackliga och vetenskapliga ledare i början på ett utmanande nytt år 2009!

Göran Boëthius
docent; för styrelsen
i Läkare mot Tobak
goran.boethius@jll.se