

cera mödradödligheten. Men trots denna enighet uteblev de utlovade biståndsmedlen efter Kairo, och i USA förändrades klimatet mycket snart.

Motståndet i USA var stort mot begreppet reproduktiv hälsa, inklusive god vård vid abort och med Bushadministrationen upphörde de utlovade anslagen. År 2001 utfärdade George W Bush till yttermera visso »the gag rule«, förbudet mot att amerikanska biståndsmedel gick till organisationer som arbetar med abort, vilken innefattade både förebyggande av abort genom preventivmedel och sjukvård vid skador av illegal abort. Året därpå ströks USAs anslag till FNs befolkningsfond.

Allt detta slog hårt mot den allmänna kvinnosjukvården i fattiga länder. För att inte riskera uteblivna amerikanska anslag uteslöt man reproduktiv hälsa liksom utbildning och vård vid abort från nationella hälsovårdsprogram.

En rad aktörer också bland FN-organisationer och nationella biståndsprogram avförde abortfrågan från dagordningen. De utlovade ansträngningarna för att minska mödradödligheten avstannade och kvinnors reproduktiva hälsa fick en svag ställning i de millenniemål som blev riktlinjer för det internationella hälsovårdsarbetet på 2000-talet.

Ett av FNs millenniemål för global ut-

»**Motståndet i USA var stort mot begreppet reproduktiv hälsa ...**«

veckling [2] handlar om att sänka mödradödligheten som vid sekelskiftet låg på samma nivå som på 1980-talet, alltså ungefär en halv miljon dödsfall per år. Målet som sattes år 2004 var att minska mödradödsfallen till 130 000 år 2015. Men inte heller denna gång planerades några insatser för legalisering av aborter, eller vård efter illegala aborter, som utan tvekan vore den snabbaste metoden att sänka mödradödligheten. Chanserna var alltså mycket små att målet skulle nås denna gång.

Obamas beslut att upphäva munkavle-reglerna kan förhoppningsvis ge en möjlighet att få utvecklingen att vända, och att vi 2015 får se en lägre mödradödlighet än den vi upplevt de senaste 30 åren. Det mest hoppfulla är det sätt på vilket Obama upphävde reglerna och lovade att återuppta det ekonomiska stödet till FNs befolkningsfond. Han presenterade sitt beslut kortfattat och sa att han inte tänkte delta i någon »slate and fruitless debate« med abortmotståndarna, där ingen skulle ändra mening. Det handlade inte om vem som har rätt eller fel i abortfrågan utan om hur USA ska använda sitt hälsobistånd.

Mer behöver inte en president göra. Nu är det biståndsorganisationernas sak att sätta igång sina utbildnings- och sjuk-

vårdsprojekt världen över. Fattiga länder kan genomföra sina nationella hälsovårdsprogram i samarbete med FNs biståndsorgan och med finansiellt stöd även från USA.

I Sverige, som de senaste åren stannat upp i sitt arbete för kvinnors hälsa, kan vi fullfölja innehållet i Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som formulerades 2006: »att ge god vård för kvinnor som genomgått osäkra aborter samt stödja insatser för att göra aborter tillgängliga, säkra och lagliga för alla kvinnor« [3].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. The White House blog. Statement released after the President rescinds »Mexico City Policy«. [24 januari 2009] <http://www.whitehouse.gov/statement-released-after-the-presidentrescinds/>
2. MDG. Millennium development goal 5: Reproductive health. WHO. 2004: http://www.who.int/mdg/goals/goal5/reproductive_health/en/index.html
3. Sweden's international policy on sexual and reproductive health and rights. UD 06.008.- Utrikesdepartementet. 2006. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/61468>

Fler debattinlägg på sidan 524.

APROPÅ! Tid till reflexion

Vi borde ha råd med »slow medicine«

Itakt med att allt går snabbare och snabbare, eller kanske snarare upplevs gå snabbare och snabbare, blir det långsamma en lyx. Att stanna upp och tänka efter. Att få en stund för sig själv med sina egna tankar. Att tillsammans med en patient reflektera över något som för oss närmare varandra. Något som skapar samförstånd. Något som ökar samhörigheten. Något som ökar förtroendet och som därmed ökar följsamheten till behandlingen. Ska det vara en lyx? Eller ska det vara en självklarhet?

Vad vill vi uppnå? Går det att uppnå utan att låta samtalet ta tid? Kan skattningsska-

lor ersätta den personliga kontakten när man vill bedöma och förhindra suicid? Hur hjälper man en person som mår dåligt?

Jag har inte svaren. Socialstyrelsen och Landstinget ger svaren. Långt ifrån en sokratisk dialog lär vi oss vad vi måste göra. Vad som krävs av oss i form av dokumentation. Vad som krävs av oss i form av produktion. Hur räknar man vinst i omvårdnad? Hur bedömer man om ett samtal är effektivt?

Är det så självklart att vi ska vara inkännande och hänsynsfulla att det inte behöver nämnas? Räknar man med att

de som är kliniskt aktiva ska ta mer ansvar än vad direktiven gör? Ta mer ansvar än vad den ekonomiska styrningen gör? Vi kanske är så kloka. Vi kanske är så ansvarstagande. Får vi beröm då? Får vi höra att vi är duktiga och har gjort ett bra jobb? Vem lämnar referenser när vi söker arbete? Är det de som vi har tagit hand om?

Trots en ekonomisk kris borde vi i Sverige i dag ha råd med »slow medicine«. Vi borde kunna unna oss själva som befolkning en närvaro i kontakten mellan vårdgivare och patienter. Vi borde kunna prioritera något av det viktigaste

som finns i livet, kontakten med våra medmänniskor. Det borde inte vara upp till den enskilda behandlaren att skapa denna tid.

De medborgare som inte upplever att de har tid att stanna upp och reflektera kan erbjudas en »drive thru« med prover och snabba svar. Sedan kan de Googla efter åtgärder som de behöver vidta för att förbättra sina förutsättningar till att fortsätta stressa så länge som möjligt.

Mats Ek

ST-läkare i psykiatri, Psykiatri Sydväst, Stockholms läns landsting mats.a.ek@sll.se