

Motion till riksdagen 2005/06:So532

av **Annelie Enochson och Tuve Skånberg (kd)**

Abort

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att säkerställa att riskerna med abort skriftligen och muntligen delges abortsökande kvinnor, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort.

Motivering

Summan av den internationella forskningen kring abort skulle kunna beskrivas med att abort är långtifrån den oproblematiske erfarenhet somliga vill beskriva den som i Sverige. Då Socialstyrelsen den 10 juni 2004 beslutade om nya föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4) ersattes de tidigare utgivna texterna SOSFS 1972:59; SOSFS 1976:80 och SOSFS 1989:6. En månad senare släpptes också ett meddelandeblad med förtydliganden om abortpraxis för minderåriga. Det är mycket tydligt att Socialstyrelsen skärpt sina krav och nu bland annat hävdar att information före en abort skall ges "både muntligt och skriftligt". Vad som är oklart är dock vad denna information skall innehålla; skall det informeras om skuld känslorna, om risken för blödningar, risk för depression och ångest?

Den allvarligaste komplikationen vid abort är naturligtvis om kvinnan avlider. Ett med rätta uppmärksammat dödsfall ägde rum sommaren 2003 i Sverige då en ung kvinna, 16 år gammal, avled till följd av förblödning efter en medicinsk abort. Vilka effekter medicinska aborter har på kvinnors hälsa är annars mindre undersökt än de efter kirurgisk abort, då metoden är förhållandevis ny, men flera dödsfall och allvarliga komplikationer har rapporterats från olika håll i världen. Hur Socialstyrelsen ser på dödsfallet framgår i beslutet från den lex Maria-anmälan (SOS dnr 41-5714/03) som gjordes av gynekologmottagningen i Uddevalla efter en unga kvinnans död. Regionala tillsynsenheten i Göteborg skriver då bland annat: "Den tragiska utgången belyser det faktum att alla medicinska ingrepp innebär en risk och att inget ingrepp är helt ofarligt" och "Socialstyrelsen är väl medveten om de fördelar

Fel! Okänt namn på

som den medicinska aborten vanligtvis innebär för såväl kvinnan som för sjukvårdsapparaten, men vill med hänsyn till det inträffade dödsfallet lyfta frågan om de risker som är förknippade med metoden.” Dessa risker bör självfallet framgå i den skriftliga informationen som ges till abortsökande kvinnor.

Jämfört med andra smärtupplevelser har forskare graderat smärtan vid en abort som allvarligare än vid en benfraktur, ungefär motsvarande den vid cancer, men inte så allvarlig som vid en amputation (Bélanger, et al, 1989). En studie rapporterar att trots lokalbedövning upplevde 97 procent av kvinnorna som gjorde abort smärta under ingreppet (Stubblefield, et al, 1979). Mer än en tredjedel beskriver smärtan som ”intensiv” eller ”allvarlig” respektive ”mycket allvarlig” (Stubblefield, et al, 1979 och Wells, 1991). Förhoppningsvis är svensk sjukvård bättre på att ge anestesi vid abort än vid de fall som legat till grund för ovan nämnda studier. Samtidigt har de kvinnor som genomgått abort, och efteråt talat om det i svenska medier, framhållit att aborten var betydligt mer smärtsam än de hade kunnat föreställa sig.

Studier visar också att yngre kvinnor tenderar att uppleva aborten mer smärtsam än äldre kvinnor (Bélanger, et al, 1989 och Stubblefield, et al, 1979) och att patienter genomsnittligen uppfattade aborten som mer smärtsam än deras läkare eller kuratorer förväntade (Stubblefield, et al, 1979). Användandet av mer kraftfull bedövning kan reducera smärtan, men en studie visar samtidigt att risken för skador och livmodersperforation då ökar (Schultz, et al, 1983 och Kaali, et al 1989). Komplikationer som dessa är inte ovanliga, liksom mindre och större blödningar (Schultz, et al, 1983), skador på livmoderhals (Stubblefield, 1993), menstruella störningar (ibid.), inflammationer i de reproduktiva organen (Roth, et al, 1977), perforation av gallblåsa eller tarm (ibid.) och allvarliga infektioner (Danforth, et al, 1986 och Pritchard, et al, 1985).

Även andra långsiktiga fysiska komplikationer kan uppstå till följd av aborten. Exempelvis kan livmoderns insida skadas med bestående infertilitet som följd (Danforth, et al, 1986 och Nichols, 1993, och Speroff, et al, 1983). Överlag har kvinnor som genomgått abort större risk för utomkvedshavandeskap (Levin, et al, 1982) och en mer än fördubblad risk för framtida sterilitet (Tzonou, et al, 1993). Inte oväsentligt är att risken för denna typ av komplikationer, liksom risken för framtida missfall, ökar med antalet aborter en kvinna gör (Levin, et al, 1980).

Komplikationernas typ och grad beror till stor del på hur stor erfarenhet den läkare har som utför aborten och vilken metod som används för aborten. En dåligt genomförd gynekologisk undersökning före aborten, slarv under aborten eller kvarlämnad vävnad från fostret och/eller placentan (moderkakan) kan orsaka komplikationer. Komplikationerna kan vanligtvis behandlas och går därmed tillbaka (även om det inte alltid sker). (Lienbrych, 1981).

Det finns starka vetenskapliga bevis för att abort ökar risken för kvinnor att utveckla bröstcancer. 27 världsvida studier visar ökad cancerrisk orsakad av östrogenet en kvinna utsätts för efter att ha genomgått en abort (Ring-Cassidy, 2002). 1994 presenterades en studie av mer än 1 800 kvinnor i den amerikanska medicinska tidskriften *Journal of the National Cancer Institute*

Fel! Okänt namn på

som visade att risken att få bröstcancer före 45 års ålder ökade med 50 procent för kvinnor som hade genomgått abort. För kvinnor som avslutade sin första graviditet med abort efter den åttonde graviditetsveckan ökade risken att utveckla bröstcancer med 800 procent. Om det fanns fall av bröstcancer tidigare i familjen var risken ännu större. De 12 kvinnor som deltog i studien och som hade gjort abort före 18 års ålder och som hade en nära släkting som haft bröstcancer fick samtliga cancer före 45 års ålder. (Daling, 1994).

Det finns även omfattande forskning som pekar på psykologiska konsekvenser av abort, vid sidan av de fysiologiska. Även här gäller att effekterna av medicinsk abort är mindre undersökt, även om det finns de som menar att följderna kan bli allvarigare, då kvinnorna i högre grad kommer i kontakt med det aborterade fostret och i vissa fall även kan urskilja specifika kroppsdelar (Rosenberg, et al, 1995, Levantes, 1995, och Castle, et al, 1995). Såväl patienter som forskare som har varit involverade i studier inom området, menar att upplevelsen kan vara så traumatisk att de har rekommenderat kvinnor som är oförberedda på att se sitt aborterade barn att inte välja metoden (Hilts 1994). Ännu finns det inga studier av de långsiktiga psykologiska följderna av upplevelser som dessa.

Forskare som arbetar med efterverkningarna av abort har identifierat ett mönster av psykologiska problem, som ibland kallas "Post-Abortion Syndrome" eller "Post-Abortion Stress" (PAS). I begreppet PAS samlas misslyckade försök att införliva och få kontroll över ett aborttrauma som på något sätt är relaterade till varandra. PAS antas vara en typ av posttraumatisk stress. (Speckhard och Rue, 1992) Kvinnor som lider av PAS kan uppvisa problem när det gäller alkohol- och drogmissbruk, svårigheter i personliga relationer, sexuella störningar, upprepade aborter, förstörd självkänsla och till och med självmordsförsök. Till problembilden hör inte sällan långvarig förnekelse, i upp till fem och tio år, innan de känslomässiga problemen kommer upp till ytan. De forskare och läkare som konstaterat att PAS finns som ett identifierbart mönster möter nu en ny utmaning; det är fortfarande svårt att säga i vilken utsträckning kvinnor upplever psykologiska problem efter abort. En växande medvetenheten om PAS har det positiva med sig att kvinnor kan förvänta sig att möta erkännande och mer förståelse av det lidande de upplever.

Det vore naturligt att varje kvinna som önskar avbryta graviditeten får ta del av vetenskapliga fakta som dessa, innan hon fattar beslut om att fullfölja eller avbryta sin graviditet. Att inte ge kvinnan tillgång till denna information vore att omyndigförklara henne i hennes roll som beslutsfattare i frågan. Regeringen bör därför uppdraga åt ansvariga myndigheter att göra en sammanställning av forskningsläget vad gäller konsekvenserna av abort och göra dem tillgängliga för samtliga kvinnor som överväger abort. Detta kan förslagsvis ske i en tryckt informationsfolder, som erbjuds både de kvinnor som väljer att tala med en kurator och de som avböjer kuratorssamtal. Ytterligare en informationsväg vore att använda Internet. De riktlinjer svensk lagstiftning ger kring informationsöverföring från sjukvårdspersonal till patient, liksom övrig aktuell lagstiftning, skall naturligtvis följas i förfaringsättet.

Fel! Okänt namn på

Stockholm den 29 september 2005

Annelie Enochson (kd)

Tuве Skånberg (kd)