
Reproduktiv hälsa i Finland och Sverige

DAN APTER OCH LENA MARIONS

Den sexuella och reproduktiva hälsan är relativt god i de nordiska länderna. Den grundar sig på respekt för de sexuella rättigheterna, omfattande sexualundervisning och rådgivning, samt lättillgängliga hälsovårdstjänster. Det finns också skillnader, mest omdiskuterat är antalet utförda aborter där Sverige toppar statistiken och Finland har det lägsta antalet. Detta gäller framför allt tonårsaborter, men skillnaderna ses även i äldre åldersgrupper. Attityderna till abort förefaller mer liberala i Sverige. Sverige har en lång tradition av sexualundervisning, men de fem senaste åren har sexualundervisningen varit bättre organiserad i Finland med en satsning på utbildning av lärare. Detta har återspeglats i ett minskat antal ungdomar som har samlag redan vid 14–15 års ålder, bättre användning av preventivmedel och ett minskat antal aborter bland tonåringar i Finland.

Introduktion

Som indikatorer för sexuell hälsa används ofta antalet tonårsgraviditeter, aborter i olika åldersgrupper, användande av preventivmedel, mödrarmortalitet, neonatal mortalitet, förekomsten av könssjukdomar och förekomsten av sexuellt våld samt frånvaro av besvär och upplevd livskvalitet (1). En del av dessa fenomen har vi noggranna uppgifter om, andra enbart vaga uppskattningar. Denna artikel använder begreppen sexuell hälsa och reproduktiv hälsa närmast som synonymer. Huvudsakligen kommer vi att ta upp tonårsaborter. Inducerad abort är ett ämne som ständigt diskuteras. En liberal lagstiftning är en förutsättning för god reproduktiv hälsa, det är nämligen ett faktum att kvinnor i alla tider har avbrutit oönskade graviditeter, och osäkra aborter bidrar i stor utsträckning till den höga mödrarmortaliteten globalt.

De nordiska länderna skiljer sig troligen inte mycket från varandra när det gäller sexualvanor, varken när det gäller sexualdebut eller antal partner. Ändå finns skillnader i antalet utförda aborter där Sverige toppar statistiken och Finland har det lägsta antalet. Andelen tonårsflickor som föder barn är dock lägst i Sverige bland de nordiska länderna där i stället Island ligger högst.

Abortlagstiftningen i Sverige

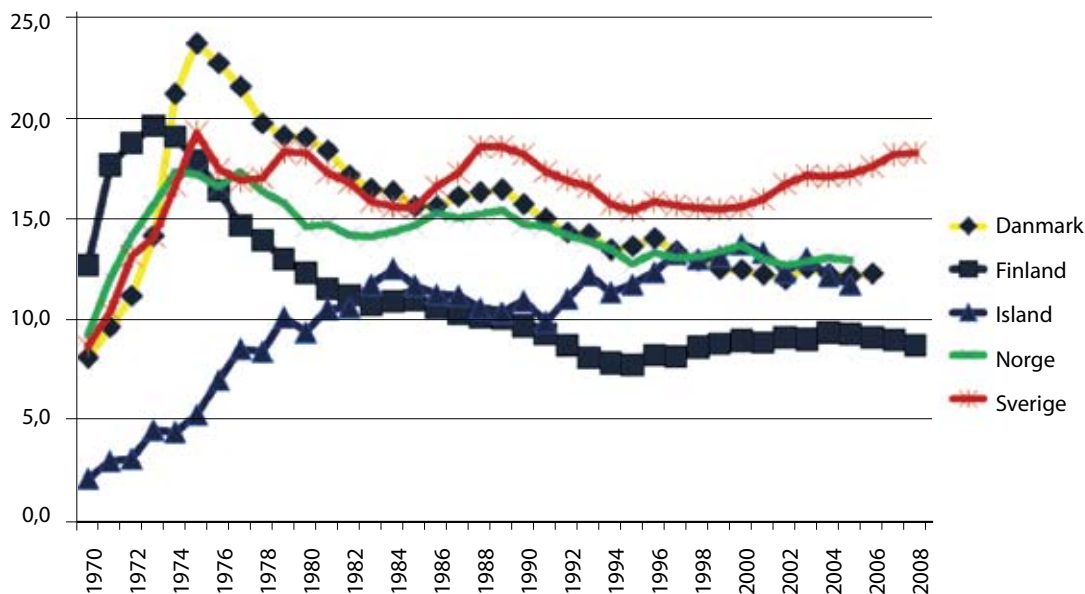
Sedan Sveriges nuvarande abortlag (2) infördes 1975 har antalet aborter i stort sett varit oförändrat. Mellan 30 000 och 35 000 aborter utförs årligen, vilket motsvaras av ungefär 19/1 000 kvinnor (15–49 år), och de svängningar som ses, följer i stort sett födelsetalens svängningar.

Den svenska abortlagen ger kvinnor rätt att fram till utgången av den 18 graviditetsveckan utan skäl få en graviditet avbruten. Därefter krävs särskilda skäl för abort och en anhål-

FÖRFATTARNA

MKD **Dan Apter** är överläkare för Kliniken för sexuell hälsa vid Finska Befolkningsförbundet (Väestöliitto). Han arbetar med ungdomsgynekologi och preventivmedelsfrågor.

MD **Lena Marions** är docent i obstetrik och gynekologi och verkar som överläkare vid Kvinnokliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. Hon arbetar främst med reproduktiv hälsa dvs familjeplanering (inkl abort) och sexuellt överförda infektioner.



Figur 1. Antalet aborter i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige per 1 000 kvinnor i åldern 15–49 år.

lan till Socialstyrelsen. Den övre gränsen för abort i dessa fall är fostrets viabilitet, i dag går den vid 22 fulla veckor. En majoritet av de sena aborterna utförs till följd av konstaterad fosteravvikelse.

Abortlagstiftningen i Finland

Den nuvarande abortlagstiftningen är från 1970. Då infördes rätt till abort på social grund, eller som lagen lyder, om "förlossningen och skötseln av barnet med beaktande av kvinnans och hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för henne"(3). Andra orsaker var om fara för hennes liv eller hälsa förelåg, om hon vid den tidpunkt då hon gjorts havande ännu inte hade fyllt sjutton år eller redan fyllt fyrtio år eller hon redan hade fött fyra barn samt om det fanns skäl att förmoda att barnet skulle komma att vara psykiskt efterblivet eller behäftat med eller senare komma att behäftas med svår sjukdom eller svårt kroppslite.

I Finland behövs formellt således fortfarande en orsak för att abort skall utföras. Men med åren har tolkningen förändrats, i praktiken fås abort på begäran. För en graviditet upp till 12 veckor behövs utlåtande av

två läkare, dvs. den remitterande läkaren och den som gör ingreppet på sjukhus. Utförande av abort är begränsat till sjukhus, numera sjukhuspoliklinik. Det kan inte göras på en privatmottagning men väl på privata sjukhus som efter ansökan har fått tillstånd för det. Andelen medicinskt utförda aborter har ökat, 2007 var andelen 64 procent (4). Det fordrar 1–2 poliklinikbesök då administrerandet av medicinerna varierar. För graviditeter mellan 12 och 20 veckor behövs beslut av rättsskyddscentralen för hälsovården. Fram till 24 veckor av en graviditet kan abort göras med tillstånd av rättsskyddscentralen för hälsovården, om man hos fostret genom fostervattens- eller ultraljudsundersökning, serologiska undersökningar eller någon annan motsvarande tillförlitlig undersökning konstaterat svår sjukdom eller svårt lyte. Dessa foster kan vad viabilitet beträffar således inte jämföras med friska foster vid motsvarande graviditetsveckor.

Sedan abortlagstiftningen 1970 har minderåriga haft rätt att själv besluta om abort utan förmyndares samtycke, och utan att denna informeras. Detsamma gäller den ungas rätt till hormonella preventivmedel.

Tabell I. Antalet aborter och födslar per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år. Källa abort- och förlossningsregistren i respektive land.

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar
2000	14,3	7,8	14,8	10,2	25,4	22,8	20,1	11,6	21,1	7,1
2001	14,0	7,6	15,4	10,6	21,7	19,7	18,8	11,0	22,5	6,6
2002	13,8	6,5	16,3	11,2	20,2	18,2	16,9	10,1	25,1	6,6
2003	14,8	6,0	15,3	10,4	19,1	16,4	16,3	9,1	24,4	6,0
2004	15,8	5,7	15,7	10,6	20,3	13,0	15,7	8,2	24,4	5,8
2005	15,8	5,6	15,0	10,3	15,5	15,1	15,4	8,0	24,3	5,8
2006	16,7	5,7	14,2	9,5	15,7		16,3		25,4	5,8
2007	17	5,8	13,4	8,8					24,8	5,8
2008	17,8*	6,9	12,3*						24,4	5,8

* = preliminära uppgifter.

Antalet aborter i de nordiska länderna

I motsats till de flesta andra länder har alla nordiska länder pålitliga abortregister (4–6). Antalet legala aborter sedan 1970-talet visas i Figur 1. Antalet registrerade aborter ökade i alla nordiska länder i början av 1970-talet, pga. ändrad lagstiftning och förändrade vanor. Ökningen hejdades först i Finland, och efter 1975 minskade antalet aborter i Finland kontinuerligt de följande 20 åren. Också i Danmark och Norge minskade antalet aborter. Däremot har antalet aborter i Sverige vågformigt hållit sig på samma nivå. Islands fertilitets- och abortkurvor skiljer sig från de övriga nordiska ländernas. Detta årtionde har antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–49 år varit ungefär detsamma i Danmark, i Norge och på Island (12–13), klart högre i Sverige (18), och klart lägre i Finland (9).

Särskilt tydlig är skillnaden mellan Finland och Sverige bland tonåringarna (Tabell I). År 2007 utfördes 24,8 aborter/1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år, motsvarande siffra i Finland var 13,4. Den största andelen aborter utförs såväl i Finland som i Sverige i åldersgruppen 20–24 år.

Däremot är antalet tonårsförlossningar lägst i Sverige (5,8 per 1 000), och något högre i Danmark, Norge och Finland (8,8 per 1 000) (Tabell I). Skillnaderna i antalet förlossningar är dock små, avsevärt mindre än i antalet aborter.

Vad skiljer oss från varandra?

Abortlagstiftningen i Sverige och Finland är formellt olika. I praktiken är det dock lika lätt att få abort i Finland som i Sverige. Attityderna till många frågor är liknande. Däremot skiljer sig attityderna till abort markant (Tabell II) (7). I Sverige ansåg 37 procent av de tillfrågade att abort alltid var berättigat (justifiable), medan 7 procent i Finland var av den uppfattningen. I sexualvanorna finns troligen inte större skillnader, även om en direkt jämförelse med samma metodik inte har gjorts de senaste åren. På basis av Stakes (Sosiaalija terveystieteiden tutkimus- ja kehittämisskeskus) årliga skolhälsoenkät i Finland (8) har vi uppgifter om sexuellt beteende för årskurserna 8 och 9, vilket i praktiken omfattar alla barn i åldern 14 och 15 år, samt därefter för gymnasieelever och även yrkesskolelever från och med 2008 (Tabell III). I årskurs 9, där medelåldern är 15,8 år, har 30 procent av flickorna haft samlag. Motsvarande procenttal för pojkar är lägre. Bland elever i yrkesskolor har en avsevärt större andel haft samlag jämfört med gymnasier, likaså använde en större andel ingen form av prevention vid sitt senaste samlag.

I alla nordiska länder finns ett brett urval preventivmedel. Men användningen av preventivmedel kanske är olika (9). Kondom används mer i Finland än i Sverige, såväl bland ungdomar som vuxna (10). I Sverige har

medierna fokuserat mycket på biverkningar och negativa effekter av hormonella preventivmedel. Blodproppsriskerna är ett ständigt återkommande tema på kvällstidningarnas löpsedlar, det är sällan positiva effekter uppmärksammas. I Finland och Danmark är det ovanligare med liknande "larm". Troligen är detta orsaken till att p-piller med enbart progestin är mycket vanligare i Sverige än i Finland.

Sedan 1955 har Sverige obligatorisk sex- och samlevnadsundervisning i skolorna. Längre sågs detta som en förebild runt om i världen. Undersökningar har dock visat att undervisningen inte håller lika hög kvalitet i dag som tidigare. Framför allt förefaller det finnas en stor skillnad i innehåll och kvalitet mellan olika skolor runt om i landet. Sex- och samlevnadsundervisningen är en integrerad del av undervisningen på samma sätt som miljö, trafik och droger. Det är dessutom upp till varje skolas rektor att avgöra hur undervisningen ska ske. Det som just nu diskuteras livligt i Sverige i det här avseendet är lärarnas brist på utbildning i ämnet. Det är nämligen inte obligatoriskt för blivande lärare att delta i kursen sex och samlevnad under sin lärarutbildning.

I Finland blev sexualundervisning obligatorisk i skolorna år 1970, åtminstone i någon form. År 1994 blev det ett frivilligt tillvalsämne, vilket ledde till att både kvaliteten och omfattningen skars ner. Samtidigt "sparades" det i skolhälsovård och andra preventiva tjänster, vilket ledde till en ökning av antalet aborter med 50 procent i slutet av 1990-talet (Figur 2). Samtidigt sågs en ökning i antalet klamydiainfektioner. År 2002 inleddes utveck-

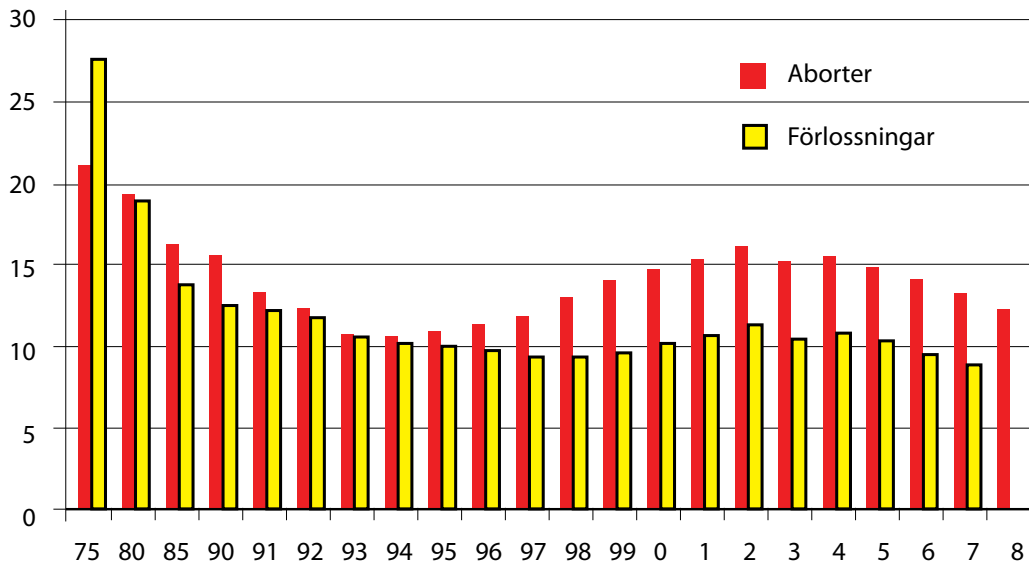
Tabell II. Attityder i Sverige (N = 988, år 2006) och Finland (N = 1 000, år 2005) till om abort är berättigad, källa <http://www.worldvaluessurvey.org/>

		Land		
		Sverige (%)	Finland (%)	
Aborten berättigad	Aldrig berättigad	1	2,3	13,6
		2	1,2	6,2
		3	3,9	6,1
		4	1,7	6,2
		5	9,2	18,9
		6	7	9,5
		7	9,8	10,9
		8	15,9	12,7
		9	12,3	8,7
	Alltid berättigad	10	36,6	7,1

lingen av hälsokunskap, och åren 2004–2006 infördes det igen som ett obligatoriskt ämne i grundskolan. Inom ramen för detta ämne ges sexualundervisning. Hälsokunskap undervisas av särskilt utbildade lärare, äldre lärare har fått kompletterande utbildning. Det har visat sig viktigt att en lärare i skolan är ansvarig för planeringen och koordineringen av denna undervisning. Utbildningsstyrelsen har gett allmänna direktiv för studieplanen. Läroböcker med hög kvalitet har publicerats. Antalet timmar i sexualundervisning ökade markant från 1996 till 2006, då det i medeltal utgjorde sammanlagt 20 timmar i årskurserna 7–9 (11), och undervisningen började på ett tidigare skede. I dagens läge kan man säga, att de finländska skolornas sexualundervisning har rätt hög kvalitet.

Tabell III. Antalet flickor i procent som har haft samlag, samt vid senaste samlag använd preventivmetod i angivna årskurser i Finland år 2008, källa <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/perustiedot/index.htm>

	Grundskola		Gymnasium		Yrkesskola	
	årskurs 8	årskurs 9	årskurs 1	årskurs 2	årskurs 1	årskurs 2
Inget skydd	20	15	7	7	15	13
Kondom	61	53	53	44	36	30
P-piller	11	23	31	39	40	47
Kondom och p-piller	6	8	8	9	7	8
Haft samlag, % av alla	14	30	36	52	69	79



Figur 2. Antalet aborter och förlossningar per 1 000 flickor i åldern 15–19 år i Finland. Uppgifter samlade från de officiella abort- och förlossningsregistren, www.thl.fi

Förändringarna i skolornas sexualundervisning avspeglar sig i ovannämnda årliga hälsoenkät från Stakes. I slutet av 1990-talet började allt fler unga ha det första samlaget redan i 14- eller 15-årsåldern, antalet partner ökade och användningen av preventivmedel blev sämre. Sedan 2002–2004, när sexualundervisningen blev bättre, har utvecklingen varit den motsatta: I årskurserna 8 och 9 har färre haft samlag, antalet partner minskat och preventivmedelsanvändningen förbättrats. Alla dessa förändringar återspeglas i antalet aborter, de senaste åren har tonårsaborterna än en gång minskat (Figur 2).

Det är inte bara kvaliteten på undervisningen i sex och samlevnad som skiljer sig i fråga om de olika nordiska länderna. Kostnaden för preventivmedel varierar, men effekterna av detta är inte entydiga. Flera landsting i Sverige har en ungdomssubvention som innebär reducerad kostnad för ungdomar upp till en viss ålder, ofta 23 år. Även de preparat som ingår i subventionen varierar från ett landsting till ett annat. I Finland betalar alla själva för preventivmedel, med undantag för den första 3-månadersförpackningen som ges gratis av kommunen. I Norge har både kondomer och hormonella preventivmedel getts gratis till ungdomar i åldern 16–19 år

sedan år 2000 jämsides med utvecklingen av hälsovårdstjänsterna. Antalet aborter i åldersgruppen 15–19 år sjönk markant från 20 till 15 per 1 000 år 2005 (Tabell I). I äldre åldersgrupper, där praxis inte hade förändrats, skedde inte heller någon förändring i antalet aborter i Norge. År 2006 infördes en begränsning i rätten till gratis preventivmedel för 16–19-åringar, och samtidigt sågs en liten uppgång i antalet aborter (Tabell I). Slutsatsen kunde vara att förändringar i priset på p-piller tillfälligt påverkar användningen.

I Sverige finns ett stort antal ungdomsmottagningar. Personalen består huvudsakligen av barnmorskor, som länge haft rätt att skriva ut recept på hormonell prevention. Detta har vanligen setts som en bra modell som betjänar ungdomar väl. Möjligen har kontakten till medicinsk sakkunskap med tiden tunnats ut. Förmågan att bemöta mediernas skrivelser om p-pillrens biverkningar förefaller svagare, och förändringarna i användningen av hormonella preventivmedel större. En åklagare i Sverige har nyligen på juridiska grunder ifrågasatt om p-piller kan ges unga under 15 år, och ungdomsmottagningarnas praxis varierar (12).

I Finland sköts ungdomars preventivmedelsrådgivning huvudsakligen inom den primära hälsovården. Folkhälsolagen från

1972 stipulerar att det är kommunernas skyldighet att ge preventivmedelsrådgivning kostnadsfritt. Inom kommunernas folkhälsoarbete grundades på 1970-talet preventivmedelsrådgivningar över hela landet. Dessa betjänade ungdomar tämligen väl (13). Hälsovårdare/barnmorskor skötte större delen av rådgivningsverksamheten, de arbetade i par med läkare som var ansvariga för receptförskrivning (och insättande av spiral m.m.). Särskilda ungdomsmottagningar finns endast i vissa större städer. Efter 1994 slopades en stor del av de separata preventivmedelsrådgivningarna, med tidigare beskrivna följder i abortstatistiken. Nu har en del återupprättats eller sköts i varierande kombinationer med annan rådgivning samt i en del kommuner inom ramen för skolhälsovården. En större grad av centralisering skulle behövas, med evidensbaserade riktlinjer.

Också i Finland hade vi i början av året en diskussion om det är rätt att ordinera p-piller till en 14-årig flicka. Skolsköterskan hade ”i hemlighet” gett henne en första förpackning p-piller. Modern var enligt en eftermiddags-tidning upprörd över detta. I diskussionen deltog hälsovårdsministern och några andra med två frågeställningar: minderårigas rätt till konfidentiell behandling, och skolsköterskans rätt att sätta in behandling med p-piller. Enligt 9 § i patientlagen har minderåriga full rätt till konfidentiell behandling om de förstår innebörden av behandlingen. Den aktuella 14-åringen förstod hur och varför p-piller används. Enligt läkemedelslagen kan hälsovårdare ge en första förpackning p-piller. Så skolsköterskan handlade helt korrekt, vilket bekräftades av social- och hälsovårdsministeriets notis 9.2, samt av ministeriets tjänsteman vid uppföljningsseminariet av programmet för sexuell hälsa 9.6.2009.

Konklusioner

I det preventiva arbetet ska vi främja sexuell hälsa på bred front. Till detta att försöka minska antalet oönskade graviditeter, vare sig de leder till abort eller till förlossning. Att försöka öka användningen av långverkande preventivmedel och kondom är ett viktigt mål. Sexuellt överförda infektioner är också ett hot mot den reproduktiva hälsan, och klamydia har blivit en epidemi bland ungdomar i Europa. När ungdomars sexualitet inte fördöms, utan de unga får adekvat omfattande sexualundervisning samtidigt som konfidentiella hälsovårds-

tjänster är lätt tillgängliga, är det möjligt att väsentligt förbättra den sexuella/reproduktiva hälsan. Kostnaderna för preventivt arbete är rätt små. Men varje år mognar en ny grupp ungdomar som behöver sexualundervisning, rådgivning och hälsovårdstjänster. Ges de inte detta ses negativa följder strax.

Docent Dan Apter
Kliniken för sexuell hälsa
Finska Befolkningsförbundet
Kalevagatan 16
00100 Helsingfors
dan.apter@vaestoliitto.fi

Docent Lena Marions
Kvinnokliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
SE-171 76 Stockholm
Sverige
lena.marions@karolinska.se

Referenser

1. Lottes I, Kontula O. New Views on Sexual Health: The case of Finland. Väestöliitto D37, Helsinki 2000.
2. Sveriges abortlag <https://lagen.nu/1974:595> läst 22.6.2009.
3. Finlands abortlag <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700239> besökt 22.6.2009.
4. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm> besökt 23.6.2009.
5. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskpojoism.htm> besökt 22.6.2009.
6. National Board of Health and Welfare. Aborter 2007. www.socialstyrelsen.se/publicerat/2008/10007/summary.htm besökt 5.5.2009.
7. <http://www.worldvaluessurvey.org/> besökt 22.6.2009.
8. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/perustiedot/index.htm> besökt 22.6.2009.
9. Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tyden T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:64–71.
10. RFSU. Nordisk sex- och kondomundersökning http://www.rfsu.se/fakta_statistik.asp besökt 20.5.2009.
11. Kontula O, Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 26/2007.
12. <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2009/04/16/hot-om-atal-for-att-ge-p-p/index.xml> besökt 22.6.2009.
13. D Apter: Onko seksuaalikasvatuksesta ja -neuvonnasta hyötyä. *Duodecim* 2008;124:427–428.