

Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet

Marc Bygdeman & Katarina Lindahl



Rapport för FN:s konferens om
Befolkning och utveckling
i Kairo 1994

SOU

1994:37



Statens offentliga utredningar
1994:37
Utrikesdepartementet

Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige

Betänkande av Svenska Nationalkommittén för FN:s
konferens om Befolkning och utveckling
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutskändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Omslagsbilden: Bambo Aripana - Dotta är ett mycket spritt flätmönster som symboliskt framställer kosmos som en bambudunge, en bild av hur fruktsamheten och familjens liv växer seppering föräldrarna som en bambuklump kring det första skottet. (Ur "The art of Mithila. Ceremonial paintings from an ancient kingdom" av Yves Véquaud. Thames and Hudson 1977).

Författare: Marc Bygdeman och Katarina Lindahl
Framsida: Anna-Sofia Quensel
Original och layout: UD-redaktionen
Bildredaktör: Joakim Johansson
Tryck: Regeringskansliets offsetcentral
Det publicerade materialet får återges med uppgift om källan.
Rapporten är tryckt på miljövänligt papper.

Stockholm 1994

ISBN 91-38-13602-3
ISSN 0375-250X

Förord	5
Förord av författarna	6
De första stegen mot sexualundervisning och liberala lagar	9
Pionjärer	11
Elise Ottesen Jensen och RFSU	12
Motstånd från olika håll	15
Sexualundervisningen i skolan motarbetas och utvecklas	17
Abortlagstiftningen växer fram	20
1938 års abortlag	20
Den gamla lagens tillämpning	21
Lagstiftning om abort och födelsekontroll	23
Abortförebyggande program	24
Abortlagen och det förebyggande arbetet utvärderas	26
Befolkningskonferensen i Mexico City	27
Den nuvarande abortsituationen	28
Tidsgränserna diskuteras	28
Abortmetoder	29
Abortlagens betydelse för kvinnors hälsa	30
Prevention av oönskad graviditet och STD	34
Barnmorskans viktiga roll	35
Ungdomsmottagningar	35
Preventivmetoder	36
Ofrivillig barnlöshet	39
Lagstiftning	39
Orsaker	41
Behandling av barnlöshet	43
Sexualupplysning i dagens Sverige	44
Sexualundervisningen i skolan	44
Kvaliteten på sexualundervisningen	45
Kulturer möts	46
Pedagogiken	47
Massmedia	49
Innehållet i budskapen	50
Vad är effektiva budskap?	50
Könsperspektiv i sexualupplysningen	52

Hur har öppenhet i sexualfrågor påverkat det svenska samhället?	56
Livet i Sverige, några exempel	56
Ungdomarnas liv	59
Vad vet barn och ungdomar?	59
Vad vet man om ungdomar?	60
Vad oroar de unga flickorna?	61
Tonåringarnas syn på sina sexuella erfarenheter	61
Ungdomars syn på varandra	62
Preventivmedelsanvändning hos ungdomar	62
Tonårsgraviditeter	64
Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar	64
Unga människor som tar risker	64
Sexualupplysningen i årtal	66
Referenslitteraturlista	68

Förord

Jorden upplever en befolkningsökning snabbare och mer omfattande än någon gång tidigare i historien. Detta sker i en tid när också nuvarande produktions- och konsumtionsmönster tär kraftigt på jordens resurser. Samtidigt ökar klyftorna drastiskt mellan de rikaste och de fattigaste skikten av jordens befolkning.

Inför detta perspektiv ordnar FN en internationell konferens 1994 om befolkning och utveckling. Den svenska regeringen har tillsatt en särskild Nationalkommitté för att förbereda det svenska deltagandet i konferensen. Denna skrift är en av dem som kommittén beställde som ett led i sitt arbete. Syftet med skrifterna är att belysa Sveriges erfarenheter på några områden som kanske även kan ha ett visst internationellt intresse. Vi är medvetna om att varje land har sina egna historiska och kulturella betingelser. Det som går i ett land och vid en bestämd tid i dess utveckling är sällan något som det är möjligt att upprepa någon annanstans. Ändå tror vi att det finns ett visst värde i att presentera studier av fall från skilda delar av världen. Vi vill se dessa skrifter som ett bidrag till en sådan internationell debatt om vad som utgör och främjar mänsklig utveckling och livskvalitet.

Nationalkommittén ställer sig som uppdragsgivare bakom författarnas redovisningar i stort, men ansvaret för skrifterna - sakuppgifter, värderingar, uttryckssätt, disposition och innehåll - ligger helt hos författarna.

Jag hoppas att skrifterna ska vara till nytta och nöje; de är tänkta att vara lättlästa och kännas angelägna. Kommittén riktar ett varmt tack till författarna för det engagemang och arbete de har ägnat åt sitt uppdrag.

Alf T Samuelsson
 Statssekreterare, ordförande i Nationalkommittén
 för FN:s konferens om *Befolkning och utveckling*

Förord av författarna

Med den här broschyren vill vi beskriva hur sexualupplysning, rätt till preventivmedel och abort vuxit fram i Sverige. Vi vill berätta om de viktiga personer som drev på utvecklingen. Vi beskriver motståndet och hur den 100 år långa kampen påverkar oss i dagens Sverige. Vi vill skildra utvecklingen från ett samhälle där sexualitet och reproduktion var kringgärdade av krav, skuld och rädsla till ett samhälle präglad av öppenhet, där människors möjlighet att själva styra över sina liv är normen.

Några av de mest slående dragen i den svenska utvecklingen är att kraven på kunskap om sexualitet, fertilitet och tillgång till preventivmedel kom från yrkesgrupper som i sitt dagliga liv såg konsekvenserna och bristerna inom detta område. Det var t.ex. lärare i den allmänna skolan. Det var läkare som mötte patienter med könssjukdomar (STD) eller i djup förtvivlan över oönskad graviditet. Det var enstaka kvinnor och män inom arbetar- och kvinnorörelsen. Många var eldsjälar som åtnjöt ett stort förtroende - både hos de människor som bäst behövde ökad kunskap och hos beslutsfattare.

En viktig ståndpunkt i den svenska utvecklingen var att man tidigt såg sexualupplysning och rätt till reproduktiv hälsa som en del av ett socialt och ekonomiskt program. Det var ett synsätt som ledde till ett brett stöd från olika delar av samhället.

Väsentligt för den svenska utvecklingen är också att sexualundervisning infördes i svenska skolor redan för 50 år sedan. Det innebär att dagens mormödrar själva fått sexualundervisning i skolan, vilket naturligtvis betyder att sexual-

undervisning, sedan lång tid, ses som en självklarhet. Sexualundervisningen ger - då den fungerar bra - unga människor en chans att ställa frågor till vuxna och att själva få tala om sina erfarenheter.

Den första svenska abortlagen tillkom också för omkring 50 år sedan. Den har sedan utvecklats och då den nu gällande lagen, som ger kvinnan hela rätten att fatta beslut om abort, trädde i kraft 1975 var det många som var oroliga för att antalet aborter skulle öka. Så blev inte fallet. Genomförandet av abortlagen kombinerades med intensiv sexualupplysning, information om preventivmedel och tillgång till god service för unga människor. Kunskap och öppenhet visade sig vara verksamma metoder för att sänka aborttalen.

Men god upplysning och tillgång till preventivmedel är inte nog. I Sverige leder var fjärde graviditet till abort. Risken att någon gång i livet misslyckas med sin preventivmetod är ganska stor. Abort har funnits i alla tider, i alla kulturer och kommer alltid att finnas. Det är alltså en fråga om med vilka sociala, ekonomiska, fysiska och psykiska risker kvinnor ska få göra abort. Idag är dessa risker mycket små i Sverige. Det är också en fråga om kvinnan själv förväntas kunna fatta detta viktiga beslut eller om andra - läkare eller präster - ska göra det.

Idag utförs inga illegala aborter i Sverige. Tidigare löste förtvivlade kvinnor sin situation genom förbjudna och farliga fosterfördrivningsmetoder, barnamord, eller genom att lämna barnen till s.k. änglamakerskor - fattiga kvinnor som mot betalning åtog sig att ta hand om barnen, misskötte dem och lät dem dö.

Målet i Sverige är i första hand att minska antalet oönskade graviditeter. Det sker genom att preventivmedel finns tillgängliga till låg kostnad och genom att erkänna och tillmötesgå unga människors behov av dem. Det är viktigt att ha ett könsmissigt perspektiv på sexualundervisning och preventivmedelsfrågor. Pojkars infallsvinklar och frågor om sex skiljer sig från flickors och båda könen måste nås med

information. Detta är särskilt viktigt då det gäller att förebygga STD inklusive HIV.

Vår förhoppning är att denna broschyr ska ge en bild av utvecklingen av sexualupplysning, legal abort och tillgången till preventivmedel i Sverige. Vår avsikt har varit att ge en översikt av problem vi mött, felsteg vi gjort och vilka resultat vi nått då det gäller den sexuella och reproduktiva hälsan.

*Marc Bygdeман
Katarina Lindahl*

De första stegen mot sexualundervisning och liberala lagar

Sexualupplysning i Sverige har en lång tradition. Lagar och praxis, som berört prevention, abort och synen på sexualitet, har funnits mycket länge. I flera århundraden har man på olika sätt försökt bekämpa sexuellt överförbara sjukdomar (STD).

År 1770 tog Carl von Linné, känd för sitt arbete med att kartlägga blommornas sexualliv, upp sexualiteten i en föreläsning med titeln: "Om sättet att tillhopa gå". Han kunde, tack vare sin ställning som vetenskapsman, diskutera människors sexualliv, utan att drabbas av moraliska fördömanden. Carl von Linnés föredrag var dock en isolerad företeelse i upplysningstiden, före viktorianismen och det dröjde 200 år innan det kom i tryck.

En av de första i Sverige som talade om vikten av upplysning om preventivmedel var Knut Wicksell, senare känd nationalekonom. Han hävdade, utifrån ekonomisk synvinkel, att preventionen skulle förhindra stora barnkullar. Han hade en öppen sexualsyn - även om den helt utgick från mannens behov. Han hade åsikten att om mannen inte fick tillfredsställa sin lust regelbundet, fanns det risk för prostitution och otrohet. Han menade vidare att äktenskap och kyrkans välsignelse inte var nödvändigt för en relation, men han ansåg att trohet var viktigt. Han levde själv samman med en kvinna som han inte var gift med. I slutet av 1880-talet var det en klart utmanande livsstil för en man i hans samhällsklass, men ännu mer för den kvinna han levde med.

Vid den här tiden fanns det också kvinnor som talade om kvinnors rätt till sexuell lust. Frida Steinhoff menade att eftersom kvinnor hade huvudansvaret för barnens försörj-

ning, tvingades de ofta köpslå med mannen om sin sexualitet och därmed förkväva sin egen lust.

Kring sekelskiftet pågick en diskussion om behovet av preventivmedel för kvinnor. Frågan som debatterades, var om preventivmedel skulle befria kvinnan eller göra det svårare för henne att säga nej till samlag. Somliga förespråkade att man skulle träna sig i avhållsamhet.

Under 1890-talet tog en av de allra första kvinnliga läkarna, Karolina Widerström, initiativ till att faktiskt förmedla sexualupplysning till unga människor. Hon var kvinnoläkare och såg de svåra medicinska och psykiska konsekvenserna av den tidens okunskap. Hon höll 1897 en serie föreläsningar i Stockholm för inbjudna kvinnor. Ett konkret resultat blev att några flickskolor i Stockholm introducerade sexualundervisning redan före första världskrigets utbrott 1914. Det var visserligen endast en mycket liten och välsituerad grupp av unga flickor som fick chansen till sexualundervisning. Men det hade sin betydelse som ett första steg. Karolina Widerström lyckades att få stöd av folkskolelärarna, dvs dem som undervisade barn mellan sju och tolv år. De ville arbeta för att införa sexualundervisning i hela skolan. Men tiden var inte mogen.

Karolina Widerström hävdade att barn har rätt att få ärliga svar på sina frågor om hur barn blir till. Hon ansåg att öppenhet mellan barn och vuxna förhindrar självdestruktiva sexuella beteenden. Hennes budskap mottogs väl och hon uppfattades som en socialt ansvarsfull person.

Andra som också stödde att flickor skulle få sexualundervisning motiverade det med att kvinnor har en noblare natur och högre sexualmoral. Kvinnor ansågs inte vara så intresserade av sexualiteten för sin egen del. Men unga flickor behövde lära sig hur man skyddar sig mot oönskat moderskap och mot pojkar. En del av förespråkarna för sexualundervisning för flickor menade att man borde avstå från att informera pojkar, eftersom det var att "väcka den björn som sover". När den svenska pionjären Elise Ottesen Jensen senare anklagades för att väcka den björnen, var

hennes svar: "Den björnen är vaken sedan länge." För pojkarna dröjde det faktiskt mycket längre innan de fick tillgång till sexualundervisning.

Debatten om sexualundervisning i skolan gav politisk effekt. Redan 1910 inkom en motion till den svenska riksdagen som krävde att sexualundervisning skulle införas i skolan. Motionen avslogs dock, men inte enhälligt.

Pionjärer

Kring sekelskiftet växte arbetarrörelsen och kvinnorörelsen i Sverige, men ingen av dessa intresserade sig nämnvärt för sexualupplysning och preventivmedelsfrågor. Det fanns inte heller något stöd från myndigheter, offentliga personer, politiker etc. Enskilda människor gjorde de viktiga insatserna. De ville få slut på tystnaden och även om det skulle dröja ytterligare 30 år innan sexualundervisningen officiellt infördes (1942), så såddes viktiga frön vid denna tid. Det var kvinnor i och utanför kvinnorörelsen som ansåg att barn och ungdomar skulle få sådan undervisning att de längre fram i livet utan rädsla kunde knyta och utveckla nära mänskliga relationer. Det var enskilda läkare som såg konsekvenserna av okunskapen i höga siffror för sexuellt överförbara sjukdomar. Det var människor i arbetarrörelsen, som likt arbetarledaren Hinke Bergegren, upprördes av hur de fattiga arbetarkvinnorna tyngdes av arbete och många, täta barnfödslar.

Hinke Bergegren pekade på att täta barnfödslar var en orsak till fattigdom och för tidig död. Hans lösning var kunskap om och tillgång till billiga preventivmedel. Hans agitation väckte stor indignation, främst i den konservativa pressen. Han ställdes inför rätta och 1911 infördes en lag som förbjöd offentlig information om preventivmedel. Lagen var en direkt reaktion på Bergegrens tal och kallades också Lex Hinke. (Lagen fanns kvar ända till 1938.) Den fick under de kommande årtiondena förödande konsekvenser.

De fattiga flickorna drabbades särskilt hårt. Det var de som fick bära skammen och ta hand om de oplanerade barnen eller riskera sina liv i osäkra aborter. Den svenska myndighet som var ansvarig för dessa frågor, ansåg dock att det var en bra lag, med motiveringen att användning av preventivmedel kunde leda till att människors sinnen förrådes. Många i debatten menade också att samlag utan möjlighet till eller risk för befruktning skulle undergräva människors moral och leda till att promiskuiteten ökade.

1918 tillsattes en statlig kommitté som skulle lägga förslag till åtgärder för att sänka STD-talen. I den kommittén satt en läkare som skrev en hel kursplan för sexualundervisning i skolan. Han ansåg att undervisning var det enda sättet att nå varaktiga resultat. Han ville ge unga människor en mogen attityd till sin sexualitet och han hävdade att sexualundervisningen skulle visa att sexualiteten inte är smutsig. Kursplanen publicerades av kommittén och kom att bli ett viktigt stöd för sexualundervisning. Stöd kom också från lärarnas fackliga organisation som uttalade sig för sexualundervisning i skolan och publicerade kursplanen med dess motiveringar i sin pedagogiska skriftserie.

Under 1920-talet var samhällsförändringarna stora på många områden. Det är en tid som också har kallats den första sexuella revolutionen. Synen på sexualiteten blev friare och de unga sökte nya samlevnadsformer. Den öppnare sexualsynen gav även en del oönskade konsekvenser. De oplanerade och oönskade graviditeterna blev fler och STD ökade bl a eftersom okunnigheten om preventivmedel var stor. Vid denna tid engagerade sig flera läkare i arbetet för sexualupplysning. Deras huvudsakliga motiv var behovet av att bekämpa STD.

Elise Ottesen Jensen och RFSU

En av de verkliga eldsjälarna för att införa sexualundervisning i Sverige var Elise Ottesen Jensen, kallad Ottar. Hon



Arbetarrörelsens arkiv och bibliotek

Elise Ottesen Jensen reste landet runt och talade med människor om vardagens mödor, rädsla och förhoppningar. Sexualundervisning och preventivmedel var kärnan i hennes budskap och alla lyssnade.

hade egna erfarenheter från sitt föräldrahem av vad många barn och oönskad graviditet kan betyda. Hon var nummer sjutton i en barnaskara på arton och hennes yngsta syster blev gravid som mycket ung. Hon tvingades av sin far att adoptera bort sitt barn. Systemen kom aldrig över detta. Hon blev psykiskt sjuk och begick självmord.

Elise Ottesen Jensen fick många vittnesbörd om sexuell nöd och rädsla för graviditet, då hon som journalist

redigerade kvinnosidan i tidningen Arbetaren. Brevet strömmade in med beskrivningar av kvinnors liv. Ottar började resa runt i hela Sverige och informera om preventivmedel, ge sexualundervisning och propagera för rätt till abort. Hon hjälpte kvinnor att prova ut pessar och svarade enskilda kvinnor och män på deras frågor. Hon var i en person utbildare, opinionsbildare och preventivmedelsrådgivare.

Elise Ottesen Jensen insåg snart att det behövdes en folkrörelse för att nå resultat. Hon startade 1933, tillsammans med några läkare och några enskilda fackklubbar i Stockholm RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning. Den nya folkrörelsen hade ett brett perspektiv, vilket avspeglas redan i namnet. Det var inte bara fråga om att begränsa antalet barn. Det gällde att se hela sexualiteten och sexualupplysningen som en del i ett omfattande program, en social politik för utbildning och jämlikhet. Bredden gjorde det lättare att få stöd från kvinnor som kände att programmet tog hänsyn till hela deras livssituation. Kunskap om preventivmedel var en del - arbete, lön och utbildning andra delar - som påverkade kvinnors möjlighet att kontrollera sin sexualitet och reproduktion. Det faktum att Elise Ottesen Jensen var kvinna gjorde henne trovärdig i kvinnors ögon. Elise Ottesen Jensen fick genom sin helhetssyn också stöd från fackligt aktiva människor. Den breda och humanitära synen har haft positiva effekter även för senare tiders sexualupplysning. Sexualupplysningen är en del av en helhet, där sexualupplysarens uppgift är att verka för en positiv samlevnads- och sexualsyn och att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Det ena går inte att isolera från det andra - om man ska ha framgång.

RFSU:s första program innehöll punkter som:

- Rätt till information om och tillgång till billiga preventivmedel
- Sexualundervisning i skolan från 7 års ålder
- Rätt till abort på vissa indikationer

Avkriminalisering av homosexualitet

RFSU byggdes upp efter den modell som Ottar redan hade tillämpat i tio år: Information, upplysning och opinionsbildning. Arbetet organiserades centralt och i lokalavdelningar. En klinik för rådgivning i preventivmedels- och sexualfrågor tog sig an uppgifter som ingen annan vågade sig på t.ex. abortrådgivning, efter det att abort 1938 hade blivit möjlig på vissa villkor. RFSU startade alltså den första abortrådgivningskliniken. När samhället så småningom uppfyllde behovet av sådana, lades verksamheten ned. Kliniken gjorde och gör ett pionjärarbete för att sprida kunskap om det vi annars talar tyst om. Då ett aktuellt ämne är accepterat i samhället går man vidare till nästa. För att finansiera den opinionsbildande verksamheten och kliniken, startade RFSU redan 1933 ett försäljningsbolag för preventivmedel. Ett tidigt exempel på "social marketing". Organisationen är alltjämt uppbyggd efter samma principer.

Elise Ottesen Jensen blev känd i hela Sverige, men hon hade också ett starkt internationellt engagemang och var en av initiativtagarna till IPPF, International Planned Parenthood Federation. Hon formulerade mottot för sitt arbete så här: "Jag drömmer om den dag då alla barn föds välkomna, män och kvinnor är jämlika och sexualiteten ett uttryck för innerlighet, ömhet och njutning".

Motstånd från olika håll

Självklart fanns det motstånd mot att införa sexualundervisning i skolan. Motståndet kom från föräldrar och människor, huvudsakligen i mellanskikten, som oroade sig för att barnens oskyldiga sinnen skulle förstöras. Det fanns också känslolag argument som handlade om rädsla för att barn skulle informeras om sina föräldrars sexualliv.

Kyrkan, dvs den lutherska statskyrkan, som formellt omfattade 98 % av befolkningen, kunde från början inte

acceptera tanken på sexualundervisning. Det kunde inte heller de frikyrkor som fanns, t. ex. baptister, missionsförbundare och pingstvännen. Inom kristenheten fanns en lång tradition av tystnad och tabu som grund för sexualmoralen. De konservativa krafterna inom kyrkan har dock inte kunnat hävda sig inom detta område på många årtionden. Sverige är ett sekulariserat land och kyrkans inflytande har stadigt minskat från sekelskiftet fram till idag.

Faktum var också att det fanns en enorm skillnad mellan kyrkans fördömande av sex före äktenskapet och hur människor faktiskt levde. 1967 gjordes en stor undersökning av svenska folkets sexualvanor. Den visade att 98 % av alla gifta par hade haft sitt första samlag innan de gifte sig. Det var naturligtvis inte något som plötsligt inträffade först på sextiotalet, utan en sedvana som hade vuxit fram under århundraden. Det framgår i svenska kyrkoböcker som registrerat både bröllop och första barnen. Under ett halvt sekel hade det redan funnits ett begrepp för en man och en kvinna som levade samman utan att vara gifta. Det kallades Stockholmsäktenskap. Kyrkan kunde följaktligen inte mobilisera en bred opinion mot sexualundervisning. I stället har man gradvis accepterat och idag finns det många präster som själva talar om sex och samlevnad med sina konfirmander.

I början av 30-talet fördes en viss debatt om sexualundervisning och preventivmedel. Motargumenten handlade om oron för att arbetarklassen skulle njuta för mycket av sin sexualitet, om preventivmedel blev tillgängliga, och att det skulle störa deras koncentration på arbetet, dvs. att industrin skulle kunna påverkas. Bland politiker fanns både motstånd och stöd. Under 30-talets andra hälft behandlade riksdagen många motioner om sexualundervisning och abortlagstiftning. Debatterna var hårda och motståndet segt. I en av debatterna sa en kvinnlig ledamot: *"Jag förstår att mina herrar meddebattörer har för avsikt att låta sina barn få kunskap om livet genom att gräva i samma grumliga källor som de ärade riksdagsledamöterna själva har gjort för att få sin kunskap"*.

Den socialdemokratiska regeringen tillsatte en statlig utredning som 1937 lade fram en rapport i den sk "sexualfrågan". Rapporten fick betydelse för de nya lagarna. Under de följande årtionden gav det långvariga arbetet för en friare sexualsyn resultat:

- 1938 kom den första, mycket restriktiva lagen som accepterade abort.
- 1938 avskaffades lagen som förbjöd information om preventivmedel.
- 1942 rekommenderade regeringen, som var en samlingsregering, att sexualundervisning skulle införas i hela skolan. Många skolor tog den möjligheten.
- 1944 avkriminaliserades homosexualitet.
- 1946 utvidgades abortlagen med en social/medicinsk indikation.
- 1955 blev svenska skolbarn de första i världen att få obligatorisk sexualundervisning i skolan.

Sexualundervisningen i skolan motarbetas och utvecklas

Sedan beslut fattats om att införa sexualundervisning i skolan vidtog omedelbart försök att hindra en radikal undervisning. Skolöverstyrelsen skrev brev till landets skolor med uppmaningen att skolan skulle hållas fri från Elise Ottesen Jensens dåliga inflytande. Uppmaningen hörsammades inte och Ottar talade under de kommande trettio åren för omkring trettio tusen lärare och besökte ett oändligt antal skolor runt hela Sverige. Utbildningen av lärare var viktig. (Den är fortfarande mycket väsentlig eftersom Sverige ännu inte har sexologi som ett särskilt ämne på universiteten. Sexualundervisning är ännu år 1993 inte ett obligatoriskt ämne inom lärarutbildningen.)

I skolöverstyrelsens första förslag till lärarhandledning i sexualundervisning fanns en rad fördömanden av sexuellt

samliv före äktenskapet. Mot den skrivningen protesterade de kvinnliga folkskollärarna. De framhöll att de praktiskt taget alla i sina klasser hade barn som var tillkomna före äktenskapet eller var barn till ensamma mödrar. De kände barnens föräldrar som goda människor och de vägrade att fördöma dem inför deras barn och hela klassen. Så blev det. Skolöverstyrelsen fick nöja sig med att rekommendera avhållsamhet för tonåringar. 1945 kom en omarbetad men omstridd handledning för lärare, som ändå blev till god hjälp för många lärare i sexualundervisning. Det var världens första lärarhandledning i sexualkunskap.

Mot bakgrund av de förändringar i synen på sexualitet som kom på 60-talet behövdes en ny lärarhandledning för sexualundervisningen i skolan. I samband med det gjordes 1967 en stor undersökning av svenska folkets normer och sexualvanor. Den bidrog till att forma den nya undervisningen och till att öka kunskapen inom området.

Under 70- och 80-talen har innehållet i sexualundervisningen åter förnyats och förfinats. På 70-talet började lärarna i allt större utsträckning ta upp samlevnad, relationer och etiska frågor. Lärarhandledningen från den här tiden talade om sexuallivet, som en källa till glädje och gemenskap. Det var en tid utan allvarliga risker i unga människors sexualliv. P-piller fanns och var lätta att få, abort var laglig och säker och de sexuellt överförbara sjukdomarna var naturligtvis inte trevliga, men de var förhållandevis ofarliga. Under 80-talet förändrades situationen då vi åter tvingades poängtera vikten av skydd mot STD, främst pga HIV/AIDS.

Det finns sammanfattningsvis flera orsaker till att Sverige så tidigt fick sexualundervisning i skolorna och en relativt liberal lagstiftning om reproduktion och sexualitet.

- Sverige hade inte haft krig sedan 1814 och det fanns resurser för sociala reformer.
- Det fanns eldsjälar som verkade i rätt historiskt ögonblick.
- Elise Ottesen Jensen tryckte på vikten av att sexualun-

dervisning ska ses som en del av ett bredare socialt program för jämlikhet och utbildning.

- De konservativa grupperna inom kyrkan var tämligen maktlösa jämfört med de sekulariserade grupper som kallade sig progressiva.
- Viktiga yrkesgrupper som i sitt arbete träffade unga människor stödde, från olika utgångspunkter, idéerna om sexualundervisning. Ganska stora delar av folkskolelärarkåren inklusive rektorer var positiva. Biologilärarna accepterade idéerna. Många läkare var positiva.

Abortlagstiftningen växer fram

Frågan om abort har varit aktuell i alla tider. I Sverige fanns det sedan århundranden en lagstiftning som bestraffade kvinnor som gjorde abort.

Fram till 1800-talet utdömdes vanligen dödsstraff för barnamord eller fosterfördriving. Detta hindrade inte kvinnor från att göra abort då de bedömde det som nödvändigt. Under slutet av förra seklet minskade barnafödandet tydligt. En orsak var att allt fler kvinnor genomgick illegal abort. Kvinnors situation ändrades, allt fler började arbeta i industrin och hade försörjningsansvar. Under de kommande årtiondena växte kampen för kvinnors rättigheter och samma år som kvinnan fick rösträtt, 1921, mildrades straffet för fosterfördriving till mellan 6 månaders och 2 års fängelse.

1938 års abortlag

Den första svenska abortlagen tillkom 1938. Huvudprincipen i den lagen var att fostret tillerkändes ett rättsskydd av hänsyn till livets okränkbarhet. Fosterfördriving eller abort var kriminaliserat i lagen, men från denna huvudprincip gjordes vissa undantag som innebar att abort kunde få utföras och fostrets rättsskydd därmed få vika för andra intressen. Det fanns tre undantag d.v.s. indikationer för att få en legal abort, nämligen: medicinsk, humanitär och eugenisk indikation. För den medicinska indikationen fanns ingen övre tidsgräns, men för de båda andra var tidsgränsen den 20:e graviditetsveckan.

- Medicinsk indikation innebar att graviditeten utgjorde en allvarlig fara för kvinnans liv p.g.a. sjukdom eller svaghet.
- Humanitära skäl till abort var graviditet efter våldtäkt

eller samlag med personer i rätt upp- och nedstigande släktled, syskon eller andra närstående. Om den gravida kvinnan var sinnessjuk eller sinnesslö räknades det som humanitärt skäl liksom om hon var under 15 år.

- Den eugeniska indikationen förelåg när det fanns skäl att anta barnet skulle komma att födas med arvsanlag som skulle kunna leda till sinnessjukdom, sinnesslöhet eller kroppslig sjukdom. Den kvinna som beviljades abort av eugeniska skäl skulle i princip också acceptera att steriliseras.
- 1946 ändrades lagen och den s.k. socialmedicinska indikationen, infördes. Det innebar att abort fick utföras om det gick att visa att kvinnans krafter allvarligt skulle nedsättas genom graviditeten, förlossningen och av den framtida vården av barnet.
- 1963 tillkom ytterligare en femte indikation i abortlagen, den s.k. fosterskadeindikationen. Den innebar att graviditeten fick avbrytas om det fanns skäl att anta att det väntade barnet under graviditeten ådragit sig svårartad sjukdom eller skada.

Enligt lagen var det socialstyrelsen som skulle bevilja tillstånd att genomföra en abort. Men det kunde också ske med ett s.k. tvåläkarintyg, där två läkare intygade att kvinnan uppfyllde någon av de gällande indikationerna.

Den gamla lagens tillämpning

Genom att legalisera abort 1938 ville man undvika illegala aborter med risker för kvinnors liv och kommande fertilitet, men antalet illegala aborter påverkades knappast under de första årtiondena. Under 1950- och början av 1960-talet var antalet legala aborter 4 000-5 000 per år. Samtidigt utfördes cirka 15 000 illegala aborter årligen.

Lagen tillämpades under denna tid restriktivt. Främst var aborten till för den som hade någon fysisk sjukdom eller fött många barn, "den utsläpade modern". Att få tillstånd till

abort av sociala eller ekonomiska skäl var däremot svårt och den kvinna som sökte abort fick bereda sig på långa, ofta förödmjukande förhör. För en ung, ensamstående kvinna som inte kunde tänka sig att fullfölja graviditeten var ofta en illegal abort den enda utvägen. Långt in på 1960-talet var det svårt att få legal abort och många kvinnor reste till Polen eller betalade privat sjukvård för att få abort utan lång väntan eller kränkande behandling. Ända fram till slutet av 60-talet var illegala aborter vanliga.

På 60-talet nåddes Sverige av en andra sexuell revolution. Jämlikhet och könsroller diskuterades och 1964 blev p-piller tillgängliga. Man kunde leva ihop utan att bli med barn och många ungdomar flyttade ihop utan att gifta sig. Den sexuella friheten ökade och allt fler ville planera sitt barnafödande. Kvinnor efterfrågade de nya medlen, p-piller och spiral, men rådgivningen i den allmänna sjukvården var otillräcklig och bra p-medel var dyra och svåra att få tag i.

Många i samhället reagerade under denna tid mot den stränga tillämpningen av abortlagen och att kvinnor skulle behöva riskera sin hälsa genom illegala ingrepp. Från kvinnoorganisationer och folkrörelser som RFSU, från enskilda läkare och aktivister kom kravet på att kvinnor själva skulle få besluta om abort. År 1965 tillsattes en statlig utredning för att mildra abortlagen och föreslå åtgärder för att förebygga abort.

Under denna tid ändrades så småningom inställningen till abort också inom sjukvården och lagen började tillämpas mer liberalt. En kvinna kunde nu få abort enbart därför att hon var ung och inte kände sig mogen att ta hand om ett barn. Tonårsaborterna som steg kraftigt under början av 70-talet var en ny företeelse som avspeglade att unga kvinnor varken behövde föda barn mot sin vilja eller tillgripa illegal abort.

Abortutredningen lämnade sitt betänkande 1971 "Rätt till abort" men lagändringen dröjde. Många fruktade att aborttalen skulle stiga ytterligare om aborten blev fri, medan andra efterfrågade förebyggande åtgärder och bättre pre-

ventivmedelsrådgivning. Efter flera års remissarbete och en livlig offentlig debatt, antog riksdagen 1974, med relativt stor majoritet, lagen om fri abort.

Lagstiftning om abort och födelsekontroll

Enligt abortlagen från 1974 har en kvinna som begär abort rätt att få den utförd i den allmänna sjukvården fram till utgången av 18:e graviditetsveckan. Lagen föreskriver också kuratorskontakt från 12:e till 18:e veckan om kvinnan och läkaren finner det lämpligt. Efter 18:e veckan fordras tillstånd av socialstyrelsen och att synnerliga skäl föreligger. Den övre gränsen för abort är fostrets möjlighet att överleva utanför livmodern, i princip innebär detta för närvarande utgången av tjuogoandra graviditetsveckan.

I förarbetena till den nya abortlagen betonades att "abort endast är en del av den större frågan om födelsekontroll" och i anslutning till lagändringen anvisade riksdagen 1 miljon kronor årligen i fem år till Socialstyrelsen för ett långsiktigt upplysningsprogram för att förebygga oönskade graviditeter. Speciella medel för upplysning om födelsekontroll anslogs också till kvinno-, ungdoms- och invandrarorganisationer. Genom statsbidrag stimulerades utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen och samtidigt med abortlagen antogs en lag om kostnadsfri preventivmedelsrådgivning och nedsatt pris på preventivmedel.

Satsningen på förebyggande åtgärder markerade att samhället i samband med legaliseringen av abort också ville tillgodose behovet av antikonception. Därmed följde Sverige Förenta Nationernas deklaration om mänskliga rättigheter i Teheran 1968, som fastslog rätten för män och kvinnor att "decide freely on the number and spacing of their children", samt FN-deklarationen 1969 om regeringars skyldighet "to provide families with the knowledge and means necessary to enable them to exercise this right".

Abortförebyggande program

De samhällsinsatser för att främja kvinnors hälsa och reproduktiva rättigheter, som under denna period initierades och genomfördes, hade tre komponenter: Upplysning om sex och samlevnad, utbyggd preventivmedelsrådgivning i den allmänna sjukvården och tillgång till lagliga och medicinskt säkra aborter.

Socialstyrelsen genomförde under 1970-talet en rad åtgärder för att förebygga oönskade graviditeter genom upplysning om sex och samlevnad. I ett försöksprojekt på Gotland utvecklades och utvärderades metoder för information, utbildning och kommunikation. Liknande projekt genomfördes sedan i ett flertal landsting och kommuner över hela landet. Principen var att upplysningen till allmän-

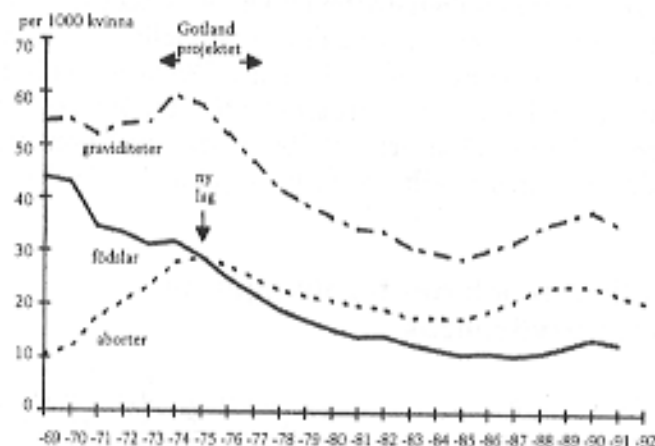


De unga informatörerna i de utåtriktade sommarkampanjerna kan svara på det mesta som rör kondomer. Svenska ungdomar har slutat att tala om kondom som att "duscha med regnrock". De anser att kondom är ett bra preventivmedel mot både graviditet och STD.

Foto: Joakim Johansson, RFSU

Tonårsgraviditeter i Sverige 1969-1992

Graviditeter, födselar och aborter per 1000 kvinnor 15-19 år.



Källa: Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum 1992. Sundström-Feigenberg 1988.

heten sprids som ringar på vattnet genom utbildning av informatörer inom skola, sjukvård och socialvård, och fritidssektorn, kyrkan och ideella föreningar. Abortfrågan sattes in i ett vidare sammanhang och upplysningen förmedlade en positiv och ansvarsfull attityd till sexualitet och födelsekontroll. Budskapet var barns rätt att vara önskade.

Parallellt med upplysningsarbetet byggdes preventivmedelsrådgivningen ut i hela landet. Barnmorskor som arbetade i mödrahälsovården utbildades för att ge rådgivning om födelsekontroll och bidrog till att denna service blev tillgänglig på vårdcentraler runt om i landet. Samtal och rådgivning om preventivmedel erbjöds också i skolhälsovården och på ungdomsmottagningar som öppnats på flera håll i landet. Barnmorskorna deltog också i utåtriktad upplysning om sex och samlevnad på skolor och ungdomsgårdar.

Tonåringar och deras föräldrar var en viktig målgrupp

för det abortförebyggande arbetet, och ett påtagligt resultat var att från 1975 sjönk antalet tonårsgraviditeter - både födselar och aborter - i hela landet. Det kanske viktigaste resultatet av upplysningsarbetet under 1970-talet var emellertid en öppnare syn på sexualitet i samhället och bättre relationer mellan ungdomar och vuxna. Dessa erfarenheter har fått betydelse i det fortsatta arbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa och att förebygga såväl oönskade graviditeter som sexuellt överförbara sjukdomar (STD).

Abortlagen och det förebyggande arbetet utvärderas

Efter fem år med säker och legal abort tillsattes en statlig utredning för att utvärdera abortlagen och det abortförebyggande program som var kopplat till den. Kommitténs betänkande redovisar utförligt abortutvecklingen efter lagändringen och konstaterar att aborttalen - tvärt emot vad många fruktat - inte stigit och att de illegala aborterna helt upphört. När abort avkriminaliserades försvann väntetiderna och de långa utredningarna. Abortingreppen görs nu tidigare och med mindre risker och påfrestningar för kvinnan, och mindre belastning för sjukvården. Utredningen konstaterar vidare att abort inte medvetet används som preventivmetod samt att ett resultat av det abortförebyggande arbetet är en kraftig minskning av tonårsaborterna. Kommittén rekommenderar att det förebyggande arbetet fortsätter och att landstingen får ansvaret för att utarbeta och genomföra abortförebyggande program samt att erbjuda ökat psykologiskt stöd till både kvinnan och hennes partner inte bara före utan kanske ännu mer under och efter abortingreppet.

Befolkningskonferensen i Mexico City

Vid befolkningskonferensen i Mexico City 1984 var den svenska socialministern en av de få som tog upp abortfrågan. Med hänvisning till utvärderingen av abortlagen och erfarenheterna av det svenska familjeplaneringsprogrammet rekommenderade hon bra familjeplaneringsprogram inklusive medicinskt säkra aborter i u-land för att reducera antalet illegala aborter och den höga mödradödligheten i anslutning till farliga abortingrepp. Detta förslag, som väckte föga gehör vid konferensen 1984, är lika aktuellt i dag.

Tabell över aborter och mödradödlighet, utvalda länder

Land	Antal aborter/år	Födselar/kvinna	Aborter/kvinna	Aborternas rättsliga status	Mödradödlighet	Abortrelaterad dödlighet
Sverige	35.800	2.1	0.6	L	<5	0
USSR	11.000.000	2.4	5.4	L	50	29 %
Kina	10.394.500	2.4	1.2	L	60	5 %
Brasilien	2.355.000	3.0	2.3	I	200	25 %
Bangladesh	800.000	4.3	1.2	I	570	20 %
Kenya	75.000	6.4	0.6	I	630	40 %

Mödradödlighet= Antal dödsfall relaterade till graviditet och födselar/100 000 födselar

Abortrelaterad dödlighet= Procent av mödradödlighet p g a abort

L= laglig

I= illegal

Källa: *Abortion - Reproductive Health*. K. Sundström, juli 1993.

Den nuvarande abortsituationen

Tidsgränserna diskuteras

En utredning som behandlade frågan om "det ofödda barnet" gör en värdering av den nuvarande lagen. Där diskuteras framförallt om det finns behov av att sänka den gräns som i dag säger att efter vecka 18 måste kvinnan göra en ansökan till socialstyrelsen för att få göra abort. Bakgrunden till den diskussionen är ett ökat hänsynstagande till barnets rätt i relation till kvinnans. I Sverige utförs aldrig en abort när fostret är livsdugligt. Gränsen för livsduglighet är beroende av de medicinska möjligheter som finns för att rädda för tidigt födda barn till livet och på de tekniska möjligheterna att bestämma graviditetstidens längd. Utredningen om "det ofödda barnet", föreslog i sitt betänkande 1989 trots skeptiska riksdagspolitiker, att socialstyrelsens rättsliga råd ska följa den medicinska utvecklingen på området. Rådet ska om det behövs för att förhindra att abort görs på livsdugliga foster, sänka den gräns som för närvarande gäller för när abort skall vara tillåten, d.v.s. 22 veckor. Gränsen har sänkts tidigare. När abortlagen trädde i kraft var utgången av 24:e veckan den övre gränsen. Eftersom möjligheterna att rädda för tidigt födda barn ännu tidigare kan finnas så har det rättsliga rådet efter att ha hört medicinsk expertis sänkt gränsen till 22:a veckan.

Utredningen om "det ofödda barnet" fann efter en noggrann genomgång, inte några skäl att ändra kvinnors rätt att fatta beslut om abort upp till den 18:e graviditetsveckan. I stället föreslog man på nytt att alla kvinnor skall ha laglig rätt men ej skyldighet till kuratorskontakt oberoende av graviditetstidens längd vid ansökan om abort.

Abortmetoder

Utvecklingen av säkra abortmetoder är ett resultat av att abort har accepterats som en del av den vanliga sjukvården. Kvinnohälsovården har fått resurser och kompetent personal har sökt sig dit.

Enligt abortlagen skall aborter utföras på sjukhus eller på enheter, som har tillstånd av socialstyrelsen att utföra aborter. Det förutsätts att det inte skall ta mer än två veckor, från det att kvinnan söker abort till att hon får aborten utförd. Abortrådgivningen är kostnadsfri för kvinnan. Kostnaderna i samband med sjukhusvården är densamma som vid vård av sjukdom. Den abortsökande kvinnan har också rätt att förvänta sig en vänlig och förstående attityd från all den personal hon möter i anslutning till aborten.

Den nuvarande abortlagstiftningen tillåter abort upp till den tidpunkt då fostret är livsdugligt. Som tidigare nämnts innebär detta för närvarande upp till och med den 22:a graviditetsveckan. Det finns inte någon abortmetod som är lämplig för hela denna period av graviditeten.

För kvinnan är beslutet att genomgå abort alltid svårt och kommer alltid att följa henne, även om svåra skuld känslor efteråt är ovanligt. Det är därför viktigt att aborten kan utföras på ett för kvinnan så skonsamt sätt som möjligt. Det viktigaste här är att aborten utförs tidigt, före 12:e graviditetsveckan, när vakuumaspiration kan användas. I Sverige sker cirka 91 % av alla aborter under denna tidsrymd av graviditeten.

Sedan hösten 1992 finns också en medicinsk abortmetod för att avbryta en tidig graviditet tillgänglig i Sverige. Metoden används också i Frankrike och Storbritannien. Det kliniska förloppet motsvarar ett spontant missfall. Behandlingen innebär en avsevärd förenkling, eftersom ett kirurgiskt ingrepp som regel inte blir nödvändigt. Risken för komplikationer minskar. Från flera håll har framförts oro för att medicinsk abort skulle innebära ett ökat antal aborter eftersom metoden är enkel och behandlingen ges tidigt under

graviditeten. Med all sannolikhet är det inte på det sättet.

Tidig behandling leder inte till fler aborter, eftersom kvinnor vanligtvis bestämmer sig för abort redan före eller när menstruationen uteblir. Medicinsk abort innebär visserligen en förenkling ur medicinsk synpunkt, men betyder inte en förenkling för kvinnan i alla avseenden. I själva verket innebär behandlingen, att hon själv blir engagerad på ett mer aktivt sätt. Vid vakuumaspiration överlämnar kvinnan ansvaret för abortingreppet till den läkare som gör ingreppet. Vid medicinsk abort måste hon själv svälja abortpillret, vilket innebär att hon på ett mycket konkret sätt måste ta ställning till att hon är säker på att hon vill göra abort. Om abortmetoden har någon effekt på abortbeslutet, så borde resultatet snarast bli färre och mer överlagda aborter, samtidigt som kvinnan erbjuds ett alternativ som för många kan kännas positivt.

Den vanligaste abortmetoden efter vecka 12-14 är att stimulera livmodern till sammandragningar, som i sin tur leder till att foster och moderkaka stöts ut. Om det därefter finns rester kvar av moderkakan, gör man en skrapning.

Idag används i huvudsak prostaglandinanaloger för detta ändamål. Behandlingen ges alltid på sjukhus. För att en abort, vid denna tidpunkt av graviditeten, ska bli acceptabel för kvinnan, fordras dels en omtänksam och förstående personal, dels att resurser för adekvat smärtlindring finns.

Abortlagens betydelse för kvinnors hälsa

Den liberala svenska abortlagen har haft stor betydelse för kvinnors hälsa. Den har lett till förbättrad hälsa och färre oönskade graviditeter. Under 1950- och början av 1960-talet var antalet legala aborter 4 000-5 000 per år. Tillämpningen av abortlagen förändrades i slutet av 1960-talet. I början av 1970-talet började man tillämpa abortlagen alltmer liberalt, så att det i realiteten blev kvinnan som fattade beslutet. Då ökade antalet legala aborter snabbt och vid den

nu gällande abortlagens tillkomst 1975 gjordes omkring 30 000 legala aborter per år. Under denna period upphörde i princip alla illegala aborter. Sedan 1975 har aborttalet pendlat mellan drygt 30 000 och 38 000 aborter per år. Det innebär att det görs mellan 17-21 aborter per år räknat per 1 000 kvinnor i fertil ålder. År 1991 gjordes sammanlagt 35 753 aborter i Sverige. Idag är alla aborter som utförs i Sverige legala och säkra. Det är en följd av att abortlagen behandlar abort som en rättighet för kvinnor.

Samma abortfrekvens som i Sverige, 17-21 aborter per år räknat per 1000 fertila kvinnor, finner man till exempel i Norge och Danmark. Holland har en betydligt lägre frekvens aborter, men orsaken härtill är inte klarlagd. I Brasilien, där abort är illegalt, finns beräkningar på 99 aborter per 1000 kvinnor. I Sovjetunionen gjordes 1988 112 aborter per 1000 kvinnor. I det gamla Sovjet användes abort som preventivmetod och tillgången på preventivmedel och sexualupplysning var mycket bristfällig. I Afrika söder om Sahara är siffrorna osäkra men beräkningar visar att abortfrekvensen är hög liksom dödlighet och sjuklighet efter osäkra aborter.

De kvinnor som gör abort är ett tvärsnitt av svenska kvinnor, inte kvinnor med sociala problem eller särskilda livsvillkor. Statistiskt sett kommer drygt varannan kvinnan i Sverige att genomgå en legal abort under sin fertila period. Den sexuella debuten sker som regel i 16-17-årsåldern. Många kvinnor väntar dock med att få barn tills de genomgått önskad utbildning och etablerat sig yrkesmässigt. Första barnet föds som regel när kvinnan är mellan 25 och 30 år. Det är under denna tidperiod, mellan sexualdebut och första barnet, som de flesta aborter görs. Effektiva preventivmedel är lätt tillgängliga och har en utbredd användning i Sverige. Det är dock både mänskligt och ofrånkomligt att prevention misslyckas någon eller några gånger under de totalt 30 år kvinnan är fertil, vilket är tillräckligt för att ge dagens aborttal. Vill man ge kvinnan rätt att bestämma när hon vill föda barn kommer alltid tillgången till legal abort att

vara en förutsättning.

En mer restriktiv lagstiftning återspeglar inte hur många aborter som faktiskt utförs, eftersom kvinnor som gör illegal abort inte finns med i statistiken. Så var också förhållandet i Sverige innan den nuvarande abortlagen tillkom. Beräkningar visar att antalet illegala aborter under 1940- och 1950-talen var cirka 15 000 per år. Under 1940-talet användes cirka 25 % av resurserna på landets gynekologiska avdelningar till vård av kvinnor som genomgått illegal abort. Sedan den nya abortlagen infördes ser vi inte längre några patienter med komplikationer efter illegala aborter.

Det är internationellt allmänt känt att länder som har en restriktiv abortlagstiftning också har hög dödlighet i samband med illegala abortingrepp. I hela världen utförs 30-50 miljoner aborter varje år och cirka 125 000-200 000 kvinnor dör varje år i komplikationer efter en abort. Utöver detta drabbas mellan 5 och 10 miljoner kvinnor per år av allvarliga abortrelaterade komplikationer.

Erfarenheter från Sverige och andra länder visar, att abortlagstiftningen endast har ett begränsat inflytande på antalet aborter. Har kvinnan bestämt sig för att hon inte vill föda, genomför hon aborten oberoende av om abort är tillåten eller ej. Däremot har abortlagens utformning stor betydelse för under vilka förhållanden aborten utförs. Få åtgärder i Sverige har haft så stor betydelse för kvinnors hälsa som införandet av en liberal abortlag.

Riskerna i samband med ett abortingrepp är relaterade till hur långt graviditeten är kommen när aborten utförs. Ju tidigare aborten utförs, desto mindre är risken. Den liberala svenska abortlagen innebär att kvinnor fattar beslutet själva utan att behöva vänta på läkare eller kuratorsutredningar. Ett snabbt omhändertagande av patienterna har medfört att en allt större del av aborterna utförs före vecka 12 i graviditeten. För närvarande utförs mer än 90 % av abortingreppen före denna tidsgräns. Ett mer omfattande och komplicerat utredningsförfarande skulle fördröja abortingreppet, med en ökad risk för komplikationer som följd.

Sammantaget har frånvaron av illegala aborter, det faktum att aborterna görs tidigt och utvecklingen av säkrare abortmetoder, inneburit att dödligheten i abortingrepp praktiskt taget har eliminerats i Sverige.

Prevention av önskad graviditet och STD

I samband med abortlagens tillkomst 1975 skedde en stor satsning på abortförebyggande åtgärder, som bl.a. innebär att preventivmedelsrådgivningen är kostnadsfri. I samband med preventivrådgivning är vissa preventivmedel kostnadsfria. Det gäller pessar, kondom och spiral och i vissa fall också p-piller för ungdomar. P-piller liksom andra former av hormonella antikonceptionsmedel kan för övrigt erhållas på recept till reducerad kostnad.



På sjuttioalet var gonorrhé vanligt och det gjordes stora kondomkampanjer på gator och torg. De gav goda resultat och användningen av kondom ökade.

Barnmorskans viktiga roll

I Sverige har barnmorskorna alltid haft en viktig roll då det gäller sexuell och reproduktiv hälsa. Barnmorskan har i sekler funnits nära kvinnor vid graviditeter och förlossningar. Hon har haft kunskap om sexualitetens konsekvenser och om preventivmedel. Idag är barnmorskans roll mycket mer omfattande än att bistå vid förlossningar. Rollen har utvecklats till att bli en betydelsefull resurs. De arbetar i huvudsak preventivt, både mot STD och oönskade graviditeter. På ungdoms- och på mödravårdsmottagningar gör de ett arbete som i många andra länder endast utförs av gynekologer. I Sverige är det inte bara läkare som kan föreskriva preventivmedel. Också barnmorskan kan göra det på delegation av läkare. Inom en nära framtid kommer sannolikt kravet på delegation att försvinna. Barnmorskor har också rätt att sätta in spiral.

Kontakten med unga människor på ungdomsmottagningar ger dem en viktig roll i svensk sexualundervisning.

Ungdomsmottagningar

I stor utsträckning sköts preventivmedelsrådgivningen inom ramen för mödrhälsovården, men det finns också ett hundratal fristående mottagningar särskilt för ungdomar. Dit kan ungdomar komma och ställa frågor, få p-piller eller undersöka om de har STD. Ungdomsmottagningarna byggdes ut i samband med att aborten blev fri i Sverige. På ungdomsmottagningarna arbetar vanligen ett team bestående av barnmorska, gynekolog och en kurator eller psykolog. Sammansättningen av personal ger god möjlighet att ge unga människor stöd och hjälp inom ett brett område. Verksamheten handlar inte bara om ungdomars sexualitet, preventivmedel etc., de unga kan också få stöd i krissituationer i livet t ex separationer.

Ungdomsmottagningarna har gott rykte hos ungdo-



Det är inte ovanligt att också pojkvännen följer med till ungdomsmottagningen för att diskutera preventivmedel. Vissa ungdomsmottagningar har också särskilda tider öppna bara för unga män som kommer för provtagning eller för att ställa frågor.

mar och många önskar att de skulle finnas på fler håll i landet. Mottagningarna besöks fortfarande huvudsakligen av flickor, men också pojkar har börjat hitta vägen dit.

De som arbetar på ungdomsmottagningarna har tystnadsplikt. Det bidrar säkert till att ungdomar vågar gå dit. Unga människor talar kanske i första hand med sina föräldrar om preventivmedel etc., men för dem som av olika skäl inte vågar eller vill det, är tystnadsplikten hos personalen på ungdomsmottagningarna en trygghet.

Preventivmetoder

Preventivmedelsanvändningen i Sverige är hög. Den senaste intervjuundersökningen om preventivmedelsanvändning gjordes 1981.

I den rapporteras att 60% av alla kvinnor mellan 20 och 44 år använde preventivmedel. Över hälften av kvinnorna

hade valt att använda en högeffektiv metod som p-piller eller spiral.

I Sverige finns alla preventivmetoder tillgängliga. Det innebär att man kan välja mellan :

- barriärmetoder (kondom, pessar, kemiskt medel)
- p-piller av olika sorter
- olika former av kopparspiraler, hormonspiral som avger gestagent hormon
- implantatkapslar (gestagen som frisätts från subkutant implanterade silikonkapslar)
- gestagen i injektionsform med depoteffekt
- postcoital antikonception
- sterilisering

Metoder för postcoital antikonception s.k. emergency eller morning after pill har hittills använts i ringa utsträckning. Under de senaste åren har mer information riktats till allmänhet, läkare och barnmorskor och det kommer troligen att leda till att denna metod används mer. Postcoital antikonception är främst aktuellt vid ett enstaka oskyddat samlag eller när man har misslyckats med sitt preventivmedel. För att metoden ska vara effektiv måste kvinnan ta tablettarna inom 72 timmar efter samlaget. Det betyder att metoden ställer krav på tillgänglighet och rådgivning. Det svenska läkemedelsverket har nyligen inkluderat postcoital antikonception bland de rekommenderade preventivmedlen.

Fram till 1975 var möjligheterna till sterilisering mycket begränsade. Enligt 1941 års steriliseringslag var sterilisering av män som preventivmetod förbjuden. För kvinnor var möjligheterna något större, eftersom sterilisering fick utföras för att förebygga graviditet som skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa. 1975 års steriliseringslag, som trädde i kraft den 1 januari 1976, innebar en dramatisk förändring.

Rätten att själv bestämma är central i den nu aktuella steriliseringslagen. Alla kvinnor och män över 25 års ålder

har rätt att själva bestämma om de vill steriliseras. Ingen kan mot sin vilja tvingas att genomgå ett steriliseringsingrepp. Före 18 års ålder är sterilisering förbjuden. För den som är mellan 18-25 år är möjligheterna att få sterilisering fortfarande mycket begränsade och det krävs att socialstyrelsen ger sitt tillstånd. Det är bara på genetisk indikation (om beaktansvärd risk föreligger för arv av allvarlig psykisk eller kroppslig sjukdom) eller i samband med könsbyte, som sterilisering beviljas så unga människor. För unga kvinnor finns också en medicinsk indikation, som innebär att sterilisering kan tillåtas om graviditet skulle medföra allvarlig risk för kvinnans liv och hälsa. I Sverige har sterilisering blivit en accepterad metod, framförallt inom de äldre åldersgrupperna. Varje år steriliseras cirka 7 500 människor, varav cirka 3/4 är kvinnor.

Ofrivillig barnlöshet

Svenska kvinnor föder sedan några år flest barn i Europa, Irland undantaget. Det ökande barnafödandet har naturligtvis flera orsaker, men sociallagstiftning med positiva effekter för barnfamiljer, liksom för ensamstående mödrar, samt ett ökat intresse från män av att ta ansvar för barn och hushållsarbete spelar in.

Alla som önskar barn lyckas inte. Ofrivillig barnlöshet är ett vanligt problem. Ungefär vart 10:e par får inte det eller de barn de önskar. Alla som söker läkare för barnlöshet kan inte heller bli hjälpta till graviditet. Det är bara ungefär hälften av fallen som, efter utredning och behandling, leder till en graviditet. Det är därför viktigt att par som söker hjälp att få barn, får en god allmän information om hur utredningen går till och vilka möjligheter och begränsningar som finns. Parets förväntningar på tänkbara utrednings- och terapieresultat måste göras realistiska. Det är viktigt att betona att barnlöshet inte bara är ett medicinskt, utan också ett psykologiskt och socialt problem. Barnlösheten kan alltså inte alltid avhjälpas medicinskt och det är därför viktigt att tidigt under utredningen prata både om adoption och om alternativet att leva utan barn.

De svenska erfarenheterna visar detsamma som i många andra länder. Nämligen att utredning och behandling av barnlöshet måste drivas parallellt med arbete för prevention.

Lagstiftning

I Sverige har man under senare år, mer än i de flesta andra länder, på olika sätt i lag reglerat behandlingen av barnlöshet. Det finns nu lagar som reglerar insemination (1985), befruktning utanför kroppen (1989) och åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa (1991).

Syftet med inseminationslagen är att barn, som tillkommit på detta sätt, skall få samma juridiska status som barn tillkomna genom vanlig befruktning. De ska också ges möjlighet att växa upp under så goda förhållanden som möjligt. I korthet innebär lagen att givarinsemination (insemination med donerad sperma) bara kan användas för gifta par eller heterosexuella samboförhållanden. Mannen i paret måste dessutom ge sitt samtycke skriftligt. För att utesluta risken för sexuellt överförda sjukdomar inklusive aids får bara fryst sperma som först testats användas. Läkaren väljer donator. Den mest kontroversiella delen av lagen är att barnet, men däremot inte modern eller hennes make/sammanboende man, har rätt att vid lämplig ålder få reda på givarens identitet. Efter inseminationslagens tillkomst har verksamheten påtagligt minskat i omfattning, sannolikt beroende både på att många barnlösa par inte kan acceptera lagens villkor och att möjligheterna att rekrytera donatorer avsevärt försvårats.

Lagen om befruktning utanför kroppen tillåter också bara behandling av gifta par eller heterosexuella sammanboende par. När man använder denna behandlingsform är både donation av sperma och ägg förbjudna liksom surrogatmoderskap. De lagar som Sverige har på detta område är omdiskuterade och delvis ifrågasatta.

I lagen om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa finns en bestämmelse som stadgar, att ett befruktat ägg inte får förvaras mer än ett år, om det inte finns synnerliga skäl som har godkänts av socialstyrelsen efter ansökan. De par som behandlas med provrörsbefruktning har svårt att acceptera den begränsningen, eftersom det innebär att överblivna frysta befruktade ägg inte kan användas för att ge paret ett andra barn. I stället måste paret genomgå en eller flera nya behandlingsomgångar. Den medicinska professionen anser också att det är ologiskt att ha förbud mot spermadonation vid IVF-behandling (befruktning av ägg utanför kroppen) när det är tillåtet vid givarinsemination.

Förbud mot äggdonation är också omdiskuterat, eftersom det utesluter möjligheten till behandling vid rubbad äggstocksfunction. Det råder dock i stort sett enighet om att äggdonation, som behandlingsform för kvinnor som passerat menopausen, inte bör tillåtas, liksom inte heller surrogatmoderskap.

Orsaker

Orsakerna till ofrivillig barnlöshet är många. Huvudorsaken finner man lika ofta hos mannen som hos kvinnan som hos båda gemensamt. Hos 10-15 % av de barnlösa paren finner man ingen orsak till barnlösheten, sannolikt därför att våra kunskaper inom detta område ännu är otillräckliga.

När huvudorsaken finns hos mannen beror det vanligen på ett lågt antal eller inga sädesceller (oligozoospermi respektive azoospermi), dålig rörlighet hos sädescellerna (astenozoospermi), och/eller en ökad frekvens av missbildade sädesceller (teratozoospermi). Det kan vara resultatet av en medfödd bristande funktion hos testikeln, t.ex. en onormal kromosomuppsättning (ett exempel är Klinefelters syndrom). Det kan också bero på olika sjukdomar som påverkat testikeln, t.ex. påssjuka (parotit), ofullständig nedvandring av testiklarna i pungen (retentio testis) eller missbildningar av genitalorganen. Ett försämrat spermprov beror oftare än man tror på att mannen haft infektioner i urogenitalorganen. Infektioner i prostata och sädesblåsorna kan, utan att ge några påtagliga symptom, påverka sädesvätskans sammansättning, sädescellernas rörlighet och därmed nedsätta fruktsamheten. Det är mer ovanligt att infektionen ger en skada på sädesledarna. Men då det händer kan det orsaka stopp i sädesledarna så att ejakulatet inte innehåller några sädesceller. Olika sjukdomar eller skador kan också påverka själva sädesuttömningen, t.ex. diabetes eller skador i ryggmärgen.

Hos kvinnan är en vanlig orsak till barnlöshet skada på

ägglidarna orsakad av en tidigare äggledarinflammation. Skadan kan innebära att äggledarna slutar till, att det bildas sammanväxningar runt äggledarna och äggstockarna eller en bristande funktion hos äggledarna. Alla dessa orsaker kan förhindra eller försvåra uppfångandet av ägget eller dess transport genom äggledaren. Den dominerande orsaken till skador på äggledarna är sexuellt överförda infektioner, främst klamydia. En annan vanlig orsak är en rubbning av det komplicerade hormonella system som reglerar äggstockens funktion och därigenom ägglossningen. Felet kan ligga på olika nivåer i överordnade centra i hjärnan (hypotalamus), i hjärnbihaget (hypofysen) eller i äggstockarna (ovarierna). Ofta finns det ingen bakomliggande sjuklig förändring utan det rör sig mer om funktionella övergående rubbningar, till exempel i samband med påtagliga viktförändringar, förändrade levnadsförhållanden och stress. Exempel på sjukliga förändringar är mikrotumörer i hypofysen (hypofysadenom) och cystbildningar i äggstockarna (polycystiska ovarier). Andra sjukliga förändringar, som kan ge barnlöshet, är felbelägen (ektopisk) livmoderslemhinna med cystbildning (endometriosis), missbildningar i genitalorganen och sjukliga förändringar i livmodern (myom m.m.).

Hos paret är den vanligaste orsaken till barnlöshet lokala infektioner hos kvinnan i kanalen upp till livmodern (cervicit) och/eller hos mannen i hans genitalorgan (prostatit). En annan vanlig orsak är att transporten av sädescellerna genom kanalen upp till livmodern är nedsatt (den s.k. cervixfaktorn). Orsaken kan vara en bristande rörlighet hos sädescellerna men också att sekretet i kanalen upp till livmodern (cervixsekretet) inte har förändrats så som det normalt gör i samband med ägglossningen. Det leder till att sädescellerna inte får den rörlighet som krävs för att tränga igenom cervixsekretet. Sekretets förvandling vid ägglossningen styrs av äggstockens hormoner, främst östrogen. En försämrad genomsläpplighet hos sekretet för sädescellerna kan antingen bero på en rubbad hormonell

produktion eller på att körtelcellerna inte reagerar adekvat på hormonell stimulering. En annan orsak kan vara att kvinnan i sekretet bildar antikroppar mot sädescellerna.

Behandling av barnlöshet

När en fertilitetsutredning visar att barnlösheten har en särskild orsak som går att behandla, gör man vanligen också det. Behandlingsalternativen är lika många som orsakerna. En rubbad äggstocksfunktion kan ofta korrigeras genom olika former av hormonell terapi. Vid en skada på äggledaren eller sammanväxningar runt äggledarna och äggstockarna eller stopp i sädesledarna kan ett kirurgiskt ingrepp krävas eller också kan det bli aktuellt med "in vitro" fertilisering, befruktning utanför kroppen. Det är en metod som använts alltmer under de senaste åren. Om det är lokala infektioner som är orsaken till barnlösheten så behandlas de med antibiotika. Sådan behandling ges till båda parter även om infektion bara påvisas hos den ena parten. Ibland är den naturliga åtgärden att göra insemination med mannens sperma. Om det har konstaterats att mannen är ofruktbar så kan givarinsemination vara en tänkbar behandlingsform.

Sexualupplysning i dagens Sverige

I familjen läggs grunden för barnens kunskaper om sexualitet och samlevnad. Svenska barn får sin första sexualupplysning hemma. Deras föräldrar ger dem vanligen ärliga svar på frågor om varifrån de kommer. De flesta barn fortsätter att tala med och fråga sina föräldrar upp till puberteten, då de under några år inte gärna vill tala med föräldrar om dessa frågor.

Sexualundervisningen i skolan

I Sverige råder det enighet om att sexualundervisningen bör innehålla mer än information om anatomi, fysiologi och födelsekontroll. Sexualiteten är en del av livet - en möjlighet till lust och glädje - men den kan också vara en källa till sorg, oro och förtvivlan. Sexualundervisningen utgår från att ungdomar förr eller senare har ett sexualliv oavsett vad vuxenvärlden säger om det. Det viktiga är då att ungdomar vet hur de kan skydda sig mot oönskade konsekvenser och hur man tar vara på det positiva. Unga människor måste få kunskap om preventivmedel och hur man lätt får tag i dem. Frivilligt och planerat föräldraskap är viktigt.

I lärarhandledningen för svenska skolor från slutet av 70-talet formulerades några etiska utgångspunkter som lärarna uppmanades att bygga sin undervisning kring. Det innehåller t ex :

- Ingen har rätt att utnyttja någon annan för att tillfredsställa sina egna behov.
- Fysisk och psykisk press är alltid att göra våld på människors personliga frihet.
- Sexualitet som bygger på en nära personlig relation mellan människor är värt att sträva efter.

- Unga människor anser att sexuell trohet är viktigt och skolan bör understödja denna syn.
- Öppenhet i ord och bild är centralt i sexualundervisningen.
- De traditionella könsrollerna präglar vårt sexualliv och måste diskuteras i skolan.
- Fördömande attityder mot att ungdomar har olika frivilliga sexuella relationer får inte förekomma.
- Homosexualitet är uttryck för kärlek mellan människor av samma kön och har samma värde som kärlek mellan människor av olika kön.
- Ungdomar får inte känna sig pressade till att ha sex. Det är viktigt att tala om att variationerna är stora när det gäller debutålder. Ofta finns det en föreställning hos ungdomar om att "alla andra har gjort det". Det s.k. majoritetsmissförståndet.
- Alla oavsett ålder, kön eller handikapp har rätt att njuta av sin sexualitet.
- Skolan ska stå för tolerans, men inte acceptera sådant som kan få människor att känna sig förödmjukade.

Kvaliteten på sexualundervisningen

Goda riktlinjer och god vilja är inte detsamma som att unga människor faktiskt får en genomgående bra sexualundervisning. I Sverige har det tagit tid att utveckla undervisningen. Det är viktigt att det finns sexualundervisning i svenska skolor. Skolan signalerar därigenom att det är tillåtet och accepterat att tala om sexualitet och kärlek. Men undervisningen måste också fyllas med ett innehåll som känns angeläget för de unga. Man ska i detta sammanhang komma ihåg att en negativ inställning till sex- och samlevnadsundervisningen ibland kan vara ett tecken på en allmän skoltrötthet eller på att man som tonåring är inne i en period då man misstror vuxna.

Idag har många skolor en bra sex- och samlevnadsundervisning, men det finns också många som har

bristfällig eller oinspirerad undervisning. Många elever får grundläggande kunskaper om reproduktion och preventivmedel år efter år. Det är naturligtvis viktigt att ge grundläggande fakta, men undervisningen måste innehålla mer.

Tanken med den svenska sexualundervisningen är att den ska starta vid sju års ålder, i första klass, och sedan återkommande tas upp under ca 15 timmar per år. Nivån ska anpassas efter elevernas ålder, intresse och behov. Eleverna ska inte lära sig samma saker år efter år. I de lägre klasserna talar man om grundläggande biologiska fakta, om vänskap, om relationer till föräldrar, syskon etc. I tonåren kan det vara svårt att anpassa nivån efter elevernas utveckling, eftersom de individuella skillnaderna mellan ungdomarna i en klass är så stora. För somliga är det högst intressant att tala om sexualitet, kärlek och p-piller, för andra är det helt oviktigt. De är fortfarande mer intresserade av lek.

Ibland handlar sexualundervisningen alltför mycket om vuxnas sexualitet och om sexualitetens negativa sidor. De unga får höra mycket om att de kan bli oönskat gravida och att de kan få olika sjukdomar. Sexualiteten i tonåren är fylld av frågor och upptäckarlust. Unga människor ser nästan alltid på sin sexualitet med positiva ögon och de är inte särskilt mottagliga för varningar och hot.

Det har föreslagits att man ska särskilja renodlad sexualundervisning och information om sjukdomar. Sexualundervisningen skulle koncentreras mer på känslor och lust. Framför allt skulle man ge ungdomarna en chans att få svar på frågor och att få tala om sina egna tankar. Det grundläggande blir då att förmedla att man ska vara rädd om (t.ex. sin fertilitet, lust, hälsa, kärlek, självkänsla etc) inte att man ska vara rädd för .

Kulturer möts

Till Sverige har det under de senaste årtiondena kommit många invandrare med andra kulturella mönster och med en

annan sexualsyn än den svenska. I framtiden kommer möjligheterna till sexuella möten över kulturgränserna att öka. Sexuella möten mellan människor från olika kulturer skapar förståelse och närhet men kan också ge upphov till missförstånd och fördomar om varandra. För att driva en bra svensk sexualupplysning är detta väsentligt. Sverige kommer inte att sluta med sexualundervisning i skolan för att den kritiserar, men det behövs samarbete, kunskap och förståelse - från både svenska lärare och invandrarföräldrar. Skolan måste t. ex. informera föräldrarna om vad man tar upp i sexualundervisningen. Det går inte längre att endast koncentrera sig på svenska normer och erfarenheter. Invandrarföräldrar är ibland kritiska till ungdomsmottagningarnas tystnadsplikt. De anser att deras barn inte ska kunna få preventivmedel eller göra abort utan att föräldrarna tillfrågas och informeras. Vi vet också från studier gjorda i ämnet att det är mindre vanligt att invandrarungdomar skyddar sig med kondom vid det första samlaget och att tonårsflickorna inte använder p-piller lika ofta som flickor födda i Sverige.

De litar inte i samma utsträckning på kondom och p-piller som skydd mot STD och graviditet. Denna grupp har också fler graviditeter.

Vuxna människor behöver också söka vägar för att mötas över kulturgränser. Erfarenheten säger att likheterna mellan människor är större än skillnaderna, då det handlar om sexualitet och samlevnad. Detta är en bra grund också i kampen mot främlingsfientlighet och rasism.

Pedagogiken

Pedagogiken för den goda sexualundervisningen består av olika delar. Det kan vara föreläsning för hundratals elever, grupparbete, eller smågruppsdiskussion. Ofta kombineras dessa metoder. Då det fungerar väl kan en erfaren sexualupplysare, vid en stor föreläsning, ge svar på många av

de frågor som hon eller han vet finns hos de unga lyssnarna. Det är återkommande frågor som är mycket lika från årskull till årskull. En bra metod är att sedan följa upp föreläsningen vid samtal i mindre grupper tillsammans med intresserade lärare. En vinst med storföreläsning är att de som är blyga och har frågor, inte måste ställa dem inför sina kamrater. De kan få svar ändå och sedan kanske i smågrupper diskutera vidare utan att behöva säga så mycket om sig själva. De har då föreläsaren att hänvisa till.

Det är ganska vanligt att man tar en föreläsare som normalt inte arbetar på skolan. Det kan vara en barnmorska eller en annan sexualupplysare, men det kan också vara en lärare på skolan eller skolsköterskan. Många bygger sina lektioner på frågor som eleverna anonymt lämnat in i förväg. I många skolor har man kärlek och sexualitet som tema under en längre period. Ämnet tas då upp under lektioner i t.ex. biologi, historia, musik, litteratur, i slöjden och i hemkunskapen. Projektarbeten genomförs under en längre period, som ansluts till eller följs upp med en utställning. Det är väsentligt att det finns socialt engagerade personer, som kan tala om sex och samlevnad, både i och utanför skolan. Det kan vara en bra lärare eller idrottsledare eller scoutledare. Det kan också vara en jämnårig som fått särskild utbildning och som vill tala om sex och samliv med sina kamrater. Det viktiga är att den som har undervisningen är intresserad och öppen samt uppskattad av de unga människor han/hon talar med.

Det är dessutom viktigt att sexualupplysaren har ett språk som han/hon själv känner sig hemma med. Den som försöker att tala som ungdomar utan att det känns naturligt kommer obönhörligen att avslöjas som tillgjord.

Det är också väsentligt att det finns bra och välskrivet material som eleverna kan läsa själva. Många ungdomar vill hellre läsa på egen hand än ställa frågor i skolan eller hemma. Man kan eller vill inte tala om allt med de nära vuxna man har omkring sig. Ofta säger föräldrar att det är svårt att tala med tonårsbarnen om sexualitet och prevention. De kan

tala med barnen när de är yngre t.ex. om hur barn blir till, men när barnen är i tonåren blir frågorna för privata och tonårsbarnen vill inte dela allt med sina föräldrar. Det beror naturligtvis på att ungdomarna håller på att bli vuxna och frigör sig från föräldrarna.

Det finns emellertid nya forskningsrön (Edgardh 1990) som visar att ungdomar gärna väljer sina mödrar då de har sexfrågor, som de vill tala med en vuxen om. Det gäller både pojkar och flickor. I första hand talar de unga med sina vänner av båda könen, men på andra plats kommer mamma. Nästan alla flickor har talat med sin mamma. Pappa finns, till skillnad från för tio år sedan, också ganska högt på listan över människor, som de unga känner att de kan tala med om sexualitet. Där finns också lärare och ungdomsmottagningar med som sexualupplysare.

Massmedia

I det svenska samhället finns många olika kanaler för sexualupplysning, allt sker inte i skolan. Massmedia är en viktig informationskanal, i vilken det ges en blandad bild av sexualiteten, ofta med budskap som förstärker könsrollerna. Där finns allt från destruktiva sexualskildringar, till mer erotiska bilder och allvarligt syftande information. Allt detta påverkar naturligtvis de ungas syn på sexualitet och kärlek - både positivt och negativt - och det leder ofta till att de vill diskutera sina intryck med lärare i skolan eller med andra vuxna.

Innehållet i budskapen

Vad är effektiva budskap?

I en stor undersökning av 17-åringar säger många ungdomar att de inte är nöjda med skolans sexualundervisning. De hade velat ha mer om känslor, kärlek, kel och smek, mer möjlighet att tala själva och ställa frågor utifrån sin egen erfarenhet. Sexualundervisningen fungerar inte om budskapen inte känns angelägna eller berör dem de riktar sig till. Målgruppen - de unga - lämnas att klara sig själv. Ett exempel på det är de budskap som vi tryckte extra hårt på då HIV uppmärksammades i Sverige i mitten av 80-talet. Då fick ungdomar höra:

- Håll dig till en. Den som du är kär i.
- Vänta med att ha sex tills du är mogen.

Det är budskap som kan uppfattas som meningslösa eftersom det är just vad unga människor gör. De väntar på den första gången då de har möjlighet att ha samlag. När de känner att den närmar sig och de har lust, bestämmer de sig för att de är tillräckligt mogna. Svenska ungdomar anser sedan länge att man ska vara kär i den man har samlag med. Kärlek, förälskelse och sexualitet hör nära samman. Unga människor är trogna och håller sig till en partner. Dvs en partner i taget, de har flera trogna relationer efter varandra, s.k. seriell monogami. Med det avses att de unga har en serie av monogama förhållanden, kortare eller längre, innan de etablerar sig fast tillsammans med någon. En undersökning 1990 visade ett medeltal på 7-8 partners, för tiden från sexuell debut till dess man gifter sig och flyttar samman vid 25-30 års ålder. Det finns också studier som visar att ungdomar har haft i medeltal 3,2 partners. Det kan jämföras med att kvinnor i medeltal hade haft 1,4 partners år 1967 och 2,6 år 1977.

Budskapen om att vänta och hålla sig till en ger en vink om hur den moral ser ut som vi vill att ungdomarna ska följa.



Foto: Joakim Johansson, RFSU

Ungdomsinformatörerna finns på ställen där unga människor möts. Barer och diskotek är populära ställen. Men det är också lätt att få kontakt med människor på stränder eller på gatan. Det viktiga är att synas med ett positivt budskap.

Men god moral ger i sig varken skydd mot STD-smitta eller önskad graviditet. För det krävs tillgång till och kunskap om preventivmedel och något som är mycket svårare att förmedla, nämligen god självkänsla. Den som har en god självkänsla kan säga både ja och nej till samlag. Det betyder att man ser sig själv som värdefull och sin sexualitet som värd att värna. I detta behöver ofta unga människor, särskilt flickor, stärkas.

Sexualundervisningen i skolan var i sin barndom ofta bristfällig och föräldrarna sade till sina barn: "Akta dig för pojkar. De vill bara en sak." eller "Gör henne inte med barn." Ibland kan vi än idag skönja samma budskap. I sexualundervisningen finns ofta alldeles för lite av att bejaka lust och glädje, av att kunna säga ja med kunskap om hur man skyddar sig mot oönskade effekter av ett lustfyllt samlag. Lika viktigt är naturligtvis att kunna säga nej, att inte acceptera att bli utnyttjad. De unga ska våga säga ifrån och de ska veta att de aldrig behöver ge sig in i en sexuell handling, som de själva inte vill vara med om. Det är

situationer som är vanligare för flickor än för pojkar, men också pojkar utsätts för övergrepp och press.

De flesta unga människor har uppenbarligen skaffat sig den kunskap de behöver. De sätter sina egna gränser för när de väntat länge nog och när de anser sig mogna. Vi kan avläsa en del av beteendet i siffror. HIV smittan är inte särskilt stor i Sverige. I början på 80-talet ökade klamydia, men den är nu på tillbakagång. Tonårsgraviditeter är ovanliga. Under senare år har alltför sexuella övergrepp anmälts. Förklaringen till att flera anmäls, kan vara att färre utsatta accepterar försök att skrämman dem till tystnad. Detta kan bli förklarad av öppenheten i sexuella frågor och acceptandet av ungdomars sexualliv.

Könsperspektiv i sexualupplysningen

I Sverige har vi under många decennier arbetat för jämställdhet mellan könen. Mycket återstår att göra, men det råder enighet om mäns och kvinnors lika värde och rättigheter på arbetsmarknaden och i hemmet. Under många år har olika initiativ tagits för att kvinnor ska kunna arbeta utanför hemmet utan att samtidigt ha hela arbetsbördan hemma. Män har möjlighet att vara hemma med små barn både längre och kortare tid. Allt fler män använder sig av den möjligheten. Svenska lagar om rättigheter för föräldrar berör inte bara mödrar. Samhällets könsroller påverkar sexualiteten - i vår privata situation, i skolundervisningen etc.

Arbetet för att genomföra sexualupplysning i Sverige har i hög grad bedrivits av kvinnor. Det är ett av få områden där kvinnorna anger normen "hur man ska vara". Kvinnor talar med ungdomar. Det är mamma, det är den kvinnliga läraren, det är barnmorskan, det är bästa väninnan, moster osv.

Män och kvinnor har olika förhållningssätt till sin sexualitet och använder den på något olika sätt. De sexuella



Love Power är en kampanj med ett positivt budskap om sexualitet. I kampanjen används blommor som symbolspråk och det visade sig vara lyckat. Utvärderingar av kampanjen visade att budskapet om säkrare sex gick fram mycket bra.

könsrollerna går lättare att tala om och göra gripbara om undervisningen bedrivs av både kvinnor och män.

Sexualundervisningen behöver visa skillnader i mäns och kvinnors sexuella språk, utan att fördöma eller framhålla det ena eller andra. Män har vanligen lättare än kvinnor att koppla loss sin sexualitet från känslor. De har lättare att bejaka ren sexuell lust. Män använder ofta sin sexualitet för att nå fram till närhet och innerlighet. I det sexuella mötet kan män visa känslor och prata.

Kvinnor har ett starkare krav på att känna sig förälskade. Kvinnor använder också sexualitet som bekräftelse på närhet och innerlighet. Det sexuella mötet visar att man har det bra och är förälskad. Vi vet också att män oftare än kvinnor visar sina känslor i olika handlingar, medan kvinnor använder ord och vill höra ord.

Flickor:

Flickorna har nästan alltid talat med en vuxen kvinna om känslor, sexualitet och vad som händer med deras kropp. I skolan blir det ofta flickornas förälskelse och kroppsliga funktioner som dominerar när man talar samlevnad. Det händer ofta att man sätter normen efter flickorna, eftersom de vanligen har lättare att tala om känslor. Många som arbetar med ungdomar, ser också som en av sina uppgifter att stärka flickorna i att kunna säga nej. Färre ser det som viktigt att stärka dem i att kunna säga ja om de har lust. Resultatet kan bli att flickornas romantiska värld bejakas, men inte deras sexuella lustkänslor och drömmar.

Trots alla år av sexualundervisning finns det ännu idag inte på svenska ett användbart namn på kvinnors könsorgan, som inte är kliniskt eller ett skällsord eller starkt kopplat till sexualakten. Små flickor har svårt att tala med farmor om sitt könsorgan eftersom det inte finns ett neutralt och allmänt accepterat ord, som det finns på så många andra språk. Det säger också något om hur vi i Sverige ser på kvinnors lust. Fortfarande är det ganska vanligt att flickor som har många partners blir föraktade av sina jämnåriga, medan pojkar framställs som tuffa Don Juaner.

Pojkar:

Det saknas alltför ofta utrymme för pojkars specifika frågor och problem i sexualundervisningen. Deras frågor om kropp, storlek, form, om hur man gör och vad flickor egentligen vill, förblir ofta obesvarade. Många pojkar hämtar, i brist på bättre information, sin kunskap om kvinnors sexualitet i olika slag av pornografi.

Sexualundervisningen tar upp känslor, förälskelse och romantik, men mycket lite om den rena sexuella lusten. Pojkar får alltför ofta negativa budskap om sin sexualitet. De uppmanas se till att inte göra flickorna med barn, att de bör bli bättre på att tala, att de bör vara mer ömsinta, att de är för burdusa, för intresserade av att komma fram till samlag,

etc. I tonåren är pojkars intresse för sexualitet intensivt, men det hindrar inte att de blir förälskade och är romantiska. De har dock andra sätt att uttrycka sig än flickor. Det behövs fler män i sexualundervisningen för att ge pojkarna förebilder och möjlighet att ställa frågor, att få tala med någon som har egen erfarenhet av hur det känns att vara ung pojke.

Hur har öppenhet i sexualfrågor påverkat det svenska samhället?

Livet i Sverige, några exempel

Det är säkerligen inte sexualundervisningen som har spelat den avgörande rollen för de normer som samhället har då det gäller samliv och sexualitet. Men sexualkunskaper har gjort oss vana att fundera på och samtala om samlevnadsfrågor och det har möjliggjort en förnuftig utveckling. Utan några anspråk att vara heltäckande ska vi ge några exempel på sådana normer i Sverige:

- Unga människor gifter sig sent. Många flyttar ihop utan att gifta sig. Många av dem som gifter sig har redan ett eller flera barn.
- Kvinnor får första barnet vid c:a 27 års ålder. Mannen blir far vid c:a 32 år. (riksgenomsnitt)
Så gott som alla har sexuell erfarenhet då de gifter sig.
- Människor har en kärleksmoral, som innebär att de flesta utgår från att man ska vara förälskad i den man har en sexuell relation med.
- Sexuell trohet tillmäts ett stort värde, men otrohet förekommer och är vanligare bland män än bland kvinnor. Många par upplever en enstaka otrohet som djupt sårande, men det behöver inte leda till skilsmässa. Det är så mycket annat som håller paret samman.
- Skilsmässa är vanligt, omkring vart fjärde äktenskap spricker. Det är oftast kvinnan som tar initiativ till en separation.
- Om man träffar en andra partner som man vill leva med, gör man det vanligen i anknytning till sitt arbete.
- Ensamstående föräldrar har samhällets stöd på olika sätt,

t ex ekonomiskt. En ensam mor är lika accepterad som en gift mor.

- Sexualitet betraktas som något mycket privat. Man talar inte om sin egen sexualitet med andra. Man kan tala om sjukdomar, gräl och penningbekymmer, men sällan om sexualitet, särskilt inte män.
- I en fast relation har man samlag omkring en gång i veckan. Det är en siffra som varit densamma i olika undersökningar under många årtionden.
- Nästan alla barn har sett sina föräldrar nakna. De ser dem också visa sina känslor genom fysisk beröring.
- En politikers eller beslutsfattarens kärleksaffärer betyder i allmänhet inte slutet på karriären. Det kan däremot blotta misstanken om att de tillskansat sig ekonomiska fördelar leda till.
- Sexuella trakasserier i arbetslivet är inte accepterat, men förekommer. Det kan vara svårt för den drabbade, oftast en kvinna, att protestera och kräva åtgärder. Men ett upplysningsarbete för attitydförändringar pågår inom detta område.
- Prostitution är inte kriminaliserad, men man diskuterar på många håll i samhället att införa kriminalisering av männen, som betalar för sexuella tjänster.
- Pornografi finns och är tillåten om den inte har starka våldsinslag eller visar barn.
- Våld mot kvinnor faller under allmänt åtal och är alltför vanligt. Våldtäkt är förbjudet, även inom äktenskapet, men förekommer. Sexuella övergrepp mot kvinnor sker oftast i hemmen.
- Sexuella övergrepp på barn är naturligtvis förbjudet och antalet anmälningar har ökat, eventuellt beroende på att kunskapen och öppenheten om dessa frågor ökat.
- TV visar ofta filmer eller scener som visar sexuella handlingar. Dessa föregås inte av varningar och är inte alltid förlagda sent på kvällen.
- Det finns få regler som formellt diskriminerar homosexuella. Troligen kommer snart en lag om registrerat partner-

skap för homosexuella att införas, dock inte med rätt att adoptera barn. I Danmark och Norge har redan registrerat partnerskap genomförts.

Ungdomarnas liv

Ett av de vanligaste påståendena om öppenhet i sexuella frågor är att det leder till promiskuitet och många tonårsgraviteter. Sådan är inte de svenska erfarenheterna. På 1920-talet debuterade svenska flickor vid 19-20 års ålder. På 60-talet hade det sjunkit till 17-18 år. Idag har mer än hälften debuterat då de är 17 år. Det är dock stora skillnader beroende på var man bor, föräldrarnas klasstillhörighet och den egna utbildningens längd spelar också roll. I genomsnitt har debutåldern sjunkit fem månader per årtionde sedan 20-talet. Flickor och pojkars debutålder har sjunkit i samma takt. Utvecklingen speglar samhällets normer, men ska också ställas i relation till åldern för könsrodnad. För flickor var könsrodnadsåldern: 1865 i genomsnitt 16,9 år, 1914 var den 15,6 år, 1953 var den 13,9 år, 1977 var den 13 år. Åldern för samlagsdebut följer alltså könsrodnadsåldern. Det är en skillnad på ungefär 4-5 år mellan könsrodnad och samlagsdebut. Sänkning av debutåldern är inte ett tecken på ökad promiskuitet.

Svenska ungdomar, särskilt de med bra utbildning, har förlängt tiden från det att de debuterar, de flesta i 16 års åldern, tills dess de etablerar sig i ett fast förhållande. Det tar idag vanligen nära tio år. Under denna tid är de inte rädda att pröva sexualitet och kärlek. De har flera sexuella relationer. Detta kan visa sig vara klokt mot bakgrund av att vi av undersökningar vet att äktenskap som ingås sent har större förutsättningar att hålla.

Vad vet barn och ungdomar?

Svenska barn har länge fått ärliga svar på sina frågor om hur barn blir till. Det har lett till att de vet mycket om mänsklig reproduktion och har ett avspänt förhållande till den kunskapen. I så hög grad att en lärare för sjuåringar med en liten

suck sa: "Nu måste jag lära barnen något om blommor och bin, för allt det andra kan de redan". Kunskapen gör livet lite enklare för barnen, även om många barn säger det som barn i alla tider sagt: "Jag ska aldrig göra det".

Vad vet man om ungdomar?

I Sverige gjordes den senaste stora sexualvaneundersökningen 1967. Efter den har ett antal mindre studier, främst av unga människors beteenden gjorts. En av de senaste stora undersökningarna, är en studie av sjuttonåringar och den genomfördes år 1990 av Karin Edgardh. Andra som lämnat betydelsefulla bidrag till vår kunskap om svenska ungdomars sätt att se på sexualitet är t. ex. Gunilla Jarlbro, Göteborg universitet, Elisabeth Persson, Karolinska sjukhuset och Gisela Helmius, Bo Lewin, Uppsala universitet. Av deras och andras arbete kan vi lära oss mycket om resultatet av 50 år sexualundervisning i skolan.

Den svenska sexualundervisningen vill integrera sexualiteten i program för prevention av både STD och oönskad graviditet. Den har handlat mycket om vad man ska göra och i viss mån om varför. Det som ofta saknas är hur. Dvs hur ska två unga människor kunna tala med varandra om vilket skydd de ska använda. Hur ska en flicka argumentera för kondom utan att tappa ansiktet? Skolan har en viktig uppgift då det gäller att stärka ungdomar i att ta ansvar för sin egen hälsa. Vi vet, via studier av om hur kampanjer mot STD och aids har fungerat, att svenska ungdomar vet mycket om smittvägar och hur man ska skydda sig, men att de inte alltid gör det. Vi vet också att ungdomar från arbetarklassen och de som har sämre sociala villkor tar större risker och är sämre på att använda sina kunskaper om smittskydd. Det gäller särskilt flickorna.

Vad oroar de unga flickorna?

Då flickorna kommer i puberteten vet de vad som händer med deras kropp. De vet vad mens är och förstår varför bröstet växer. Det kan vara skönt att inte behöva undra över det rent kroppsliga under den här brytningstiden, när det finns så mycket annat att oro sig över.

Många tonåringar är osäkra och rädda att inte duga. Det gäller särskilt flickor. Flickor är rädda att deras utseende inte ska duga. De är rädda att inte hitta en partner och de är oroliga för att inte göra det i framtiden heller. Båda könen oroar sig för graviditet, men flickorna är också rädda att de inte ska bli gravida senare i livet, då de vill ha barn. Flickor oroar sig för att det första samlaget ska göra ont och en mindre del av sjuttonåringarna är rädda för sexuella övergrepp.

Tonåringarnas syn på sina sexuella erfarenheter

Nästan alla 17-åringar har varit förälskade flera gånger. Den första svärmiska förälskelsen upplevde de ofta före tio års ålder. Många har eller har haft fast sällskap. I Sverige är det mycket vanligt att ungdomarna i övre tonåren tar hem sina pojk- eller flickvänner, som de har en fast relation med, till föräldrahemmet och att de får sova över tillsammans. Svenska föräldrar är mycket mer oroliga för kriminalitet och droger än de är för sexuella relationer. Lättillgängliga preventivmedel och ungdomars kunskaper medför att föräldrar inte är speciellt oroliga för eventuella graviditeter.

Tonåringar i Sverige har överlag en positiv bild av sexualiteten. I 17-års-undersökningen (Edgardh 90) framgår att 60 % av 17-åringarna har haft samlag, 10 % av dem endast en gång. De beskriver sin upplevelse av samlag mycket positivt. De ville verkligen och de var förälskade. Det gäller både pojkar och flickor. Endast 3 % upplevde att

de blev övertalade eller pressade till det första samlaget.

Ungdomarna har en stark kärleksmoral kopplad till sexualiteten, dvs de vill vara kära innan de inleder en sexuell förbindelse, men parallellt med detta finns det en inställning att sexualiteten har ett egenvärde. Undersökningen visar att det ofta bara blev ett enda samlag med den första partnern. Det var kanske ett sätt att stilla sin nyfikenhet och att ha gjort det första gången. Det tycks som om pojkars samlags-erfarenhet är mer oplanerad än flickors.

Nästan alla pojkar (90 %) och mer än hälften (65 %) av flickorna uppger att de får orgasm vid samlag. Lika många dvs 90 % av pojkarna och 65 % av flickorna säger att de onanerar och att de börjat med det i 12-15 års åldern. Onani är inte längre något som ger starka skamkänslor utan är en väg till sexuell tillfredsställelse.

Ungdomars syn på varandra

De pojkar som debuterar tidigt har en tendens att fördöma flickor, men inte pojkar med många partners. Pojkar har också en mer negativ syn på homosexualitet än flickor. Det finns dock ingen uttalad oro för att vara homosexuell. Cirka 6 % av pojkarna och 3 % av flickorna riktar sin kärlek mot partners av samma kön. Pojkar och flickor i Skandinavien umgås som vänner över könsgrensarna och talar öppet med varandra om sexualitet och kärlek.

Preventivmedelsanvändning hos ungdomar

När man frågar ungdomar om hur de ser på kondom som skydd mot STD, svarar hela 95 % att det är ett bra skydd. Hälften anser att det är bra skydd också mot oönskad graviditet. Vi kan konstatera att synen på kondom har förändrats sedan de stora kampanjerna mot HIV började. Ingen talar längre om att äta kola med papper på. En studie



Foto: Joakim Johansson, RFSU

Tillfälliga tatueringar med säkrare sexmotiv var mycket efterfrågade denna sommar. Varje gång informatörerna gjorde en tatuering fick de en chans till ett samtal.

visar att hälften av ungdomarna hade kondom vid det första samlaget. 25 % hade ett oskyddat första samlag. Vid det senaste samlaget hade bara 18 % avstått från att använda skydd. Hela 86 % av de ungdomar som intervjuades, vid besök på ungdomsmottagningar, har någon gång använt kondom.

Undersökningen av 17-åringarna visar att de använde kondom om de hade preventivmedel den första gången. För övrigt är p-piller det i särklass vanligaste preventivmedlet, följt av kondom. Ytterst få litar till avbrutet samlag som preventivmetod. Men fortfarande har omkring en fjärdedel av 17-åringarna varit med om något oskyddat samlag.

Sexualiteten är inte rationell och varken ungdomar eller vi vuxna handlar alltid som vi tänkt och i enlighet med våra ideal. Trots mycket kunskap och upplysning tar vi i alla åldrar risker i samband med sexualitet, och då måste det finnas möjlighet till hjälp. Säkra aborter och adekvat vård är exempel på det. Svenska ungdomar vet var de kan få preventivmedel och vart de ska vända sig för att få råd.

Många ungdomar går till en ungdomsmottagning och de får för det mesta tipset att gå dit av sina kamrater.

Tonårsgraviditeter

Det är ovanligt att tonårsflickor blir gravida. Många lämnar test för att de är oroliga att de är gravida. På fyra test går det ett positivt svar. Eftersom flickorna vet att de själva kan bestämma om de vill ha abort, lämnar de testet tidigt för att kunna göra abort snabbt om det behövs. 17-årsundersökningen visade att 4 % av alla 17-åringar varit gravida och att 6 % av dem som sexualdebuterat varit det. Nästan ingen av tonårsflickorna hade fött barn.

Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar

I den refererade undersökningen, (Edgardh 90), framgår att 4 % av pojkarna och 12 % av flickorna har varit utsatta för sexuella övergrepp. Om man undantar blottning är siffrorna 3 % för pojkar och 7 % för flickor. Den som begått övergrepp mot flickor är vanligen en man, men då det gäller pojkar kan det vara både män och kvinnor. I en fjärdedel av fallen finns gärningsmannen inom familjen. Det är oerhört viktigt att det finns psykoterapeutisk hjälp för dem som blivit utsatta för övergrepp, för att om möjligt förhindra ett stort psykiskt lidande i framtiden.

Unga människor som tar risker

Vi vet av olika studier att ungdomar, som slutar skolan tidigt, debuterar sexuellt tidigt och utsätter sig för större sexuella risker än andra. De unga i den gruppen blir oftare gravida än andra. De har fler oskyddade samlag, de har fler samlag på utlandsresor. De har fler partners och de har

oftare sex med en partner första gången de träffas. De har fler STD och de har utsatts för fler sexuella övergrepp.

Det betyder att det är en grupp som är viktig att nå. Kanske inte främst med sexualupplysning, även om det också behövs. Säkerligen är det inte bara en fråga om sexualitet, utan snarare en hel social och psykologisk brist-situation. Här gäller det att höja ungdomars självkänsla för att stödja en positiv utveckling. Den som har svag självkänsla använder inte sällan sin sexualitet för att få umgås med sådana personer, som man beundrar. Dessa ungdomar överanpassar sig till andra med risk för exploatering. Det finns ett klart samband mellan sociala faktorer, sexuellt beteende och att de här ungdomarna har en mer negativ självbild.

Det finns också studier som visar att det finns ett positivt samband mellan en negativ självbild och en tidig sexualdebut. Men vet att flickor överlag har en mer negativ självbild än pojkar. För flickor med en negativ självbild tycks det som om hotet att bli lämnade ensamma är större än hotet om en oönskad graviditet. De skyddar sig också i lägre utsträckning.

Sexualupplysningen i årtal

1734	Lag om kyrklig vigsel. Krav på kvinnans oskuld. Lag om dödsstraff för barnamord
1778	Barnamordsplakatet - "okänd mor"-lagen, dvs ogift mor fick vara anonym
1845	Kvinnor lika arvsrätt med män
1858	Ogift kvinna myndig vid 25 år
1861	Dödsstraff för barnamord upphävs
1880	Knut Wiksell talar för födelsekontroll
1907-09	Rätt ingå borgerligt äktenskap
1911	Preventivmedelslagen
1914	Första världskriget
1915	"Okänd mor"-lagen upphävs Rätt till skilsmässa p.g.a. söndring
1921	Kvinnlig rösträtt Gift kvinna myndig
1933	RFSU bildas
1936	Statligt anställda kvinnor rätt till barnledighet
1938	Preventivmedelslagen upphävs Ny abortlag
1939	Förbud mot att avskeda gift kvinna Andra världskrigets utbrott
1942	Sexualundervisning frivilligt skolämne
1944	Straff för homosexualitet och tidelag upphävs
1946	Apoteken skyldiga föra preventivmedel
1947	Barnbidrag
1949	Även modern barnets förmyndare
1950	Abortkommitté tillsätts Moderskapspenning
1955	Obligatorisk sexualundervisning i skolorna
1959	Preventivmedel får säljas i automater
1964	USSU (Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbetet) tillsätts (avlämnar betänkande 1974)
1964-66	P-piller och spiral
1965	Ny abortkommitté tillsätts (betänkande 1971)
1967	Sexualvaneundersökning, publicerad 1969
1970	Preventivmedel får säljas utan speciellt tillstånd

1972	Minipiller och kopparspiral Barnmorskorna får rätt att ge preventivmedelsrådgivning
1974	Föräldraförsäkringen införs Gemensam vårdnad om barn vid skilsmässa införs i föräldrabalken
1975	Lag om fri abort
1976	Lag om fri sterilisering från 25 år 1976 års föräldrabalk
1977	Ny lärarhandledning i samlevnadsundervisning
1978	Samma åldersgräns (15 år) för homo- och heterosexuellt umgänge Föräldraledighetslagen (rätt att förkorta sin arbetstid)
1979	Homosexualitet utmönstras ur socialstyrelsens förteckning över sjukdomar, där den tidigare betecknats som mental rubbning och sexuell anomali
1980	Lag om jämställdhet mellan kvinnor och män i arbetslivet Förbud mot barnpornografi
1982	Kvinnomisshandel faller under allmänt åtal
1983	Regeringen tillsätter arbetsgrupp om mansroll
1985	Aidsdelegationen inrättas Lag om insemination
1986	Förbud mot sexuellt våld i filmer och video införs Mansjourer för män i skilsmässokris och män som misshandlar startas
1988	Sambolagen för hetero- och homosexuella
1989	Lag om befruktning utanför kroppen Förbud mot sexuellt våld i bilder i tryckta skrifter införs Förlängd föräldraledighet
1993	Förslag gällande kvoterad föräldraledighet för män (mannen måste ta ut minst 1 månad)

Referenslitteraturlista

- Abortion. A booklet from RFSU, Stockholm 1993. (English version to be printed in 1993)
- Abortutveckling 1975-1984, Socialstyrelsen redovisar 1987:1. Stockholm 1987.
- Anagrius C, Hallén A, Moi H, Persson E. Prevention of STDs and abortions - the present situation for medical care of STDs in Sweden. *Semin Dermatol* 1990; 9:190-3.
- Andersch B, Milson I. Contraception and pregnancy among young women in an urban Swedish population. *Contraception* 1982;26:211-9.
- Andersson-Ellström A, Forsman L. Sexually transmitted diseases - knowledge and attitudes among young people. Developments in Sweden between 1986 and 1988. *J Adolesc Health* 1991;12:72-6.
- Callersten-Brunell, M & Lidholm, M, Abort. Erfarenheter och teorier. Liber förlag, Stockholm 1985.
- Davidsson, B & Forsling, C, Abort förr och nu - en bok om aborträtten. Bokförlaget Röda Rummet, Falun 1982.
- Den gravida kvinnan och fostret - två individer. Om fosterdiagnostik och aborter. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet. Statens offentliga utredningar 1989:51.
- Ethical Aspects of Abortion: Some European Views. IPPF Europe Region, London 1978.
- Familjeplanering och abort - erfarenheter av ny lagstiftning. Betänkande av 1980 års abortkommitté. Statens Offentliga Utredningar, 1983:31.
- Fem år med fri abort. Särtryck ur *Läkartidningen*, vol: 77, 1980.
- Free means fewer. An Evaluation of the Swedish Abortion Act and Family Planning Programme of 1974. Ministry for Foreign Affairs, Ds UD 1984:4
- Förslag till abortförebyggande program. Att samordna insatser som rör sexualiteten. Socialstyrelsen, Stockholm 1990.
- Helmus G. Mature enough for sex?! English summary of Doctoral Thesis, Department of Sociology, University of Uppsala, 1990.
- Induced abortion and family health: a European view. IPPF Europe Region, London 1974.
- Jarbro G. Knowledge about Swedes' sexual habits (in Swedish). National Commission on AIDS Report. Stockholm, 1989.
- Kvinnor och barn. Intervjuer med kvinnor om familj och barn. Sveriges Officiella Statistik 1982.
- National Board of Health and Welfare Drug Information Committee: Treatment of sexually transmitted disease. Uppsala, 1986: Report No 4.
- National Commission on AIDS: Information about HIV/AIDS. Goals and strategy for public policy measures. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs. 1986.
- Official statistics of Sweden. Statistic Sweden, Stockholm, 1993.
- Stenholm B. The Swedish school system. Stockholm. The Swedish

- Institute, 1984.
- Persson E. Family planning and prevention strategies for sexually transmitted diseases. *Adv Contraception* 1991;7:181-6.
- Persson E, Holtzberg M, Edgardh K. Sexual experience, abortion and sexually transmitted diseases among young women at contraceptive clinic. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:63-7.
- Planned Parenthood in Europe, Vol. 18, No. 1, 1989 and Vol 20, No.2, 1991. IPPF, London.
- Reducing late Abortions. Access To NHS Services In Early Pregnancy. Proceedings of a conference org. by the Birth Control Trust, London 1987.
- Riphagen FE, von Schoultz B. Contraception in Sweden. *Contraception* 1989; 39:633-42.
- Rätten till abort. 1965 års abortkommitté. Statens Offentliga Utredningar 1971:58.
- The Other Curriculum: European Strategies for School Sex Education. IPPF Europe Region, London 1989.
- Tietze, C, Induced Abortion. A World Review. Allan Guttmacher Institute, New York 1990.
- Trost, A-C, Abort och psykiska besvär. Västerås International Library 1982.
- Vogel J. The Swedish class society, class structure, social mobility and inequality. In: *Living Conditions*. Report No. 50. Stockholm: Statistics Sweden, 1987.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
 2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
 3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
 4. Vapenlagen och EG. Ju.
 5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
 6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
 7. EU, EES och miljön. M.
 8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
 9. Förtäring och konsumtion – om konst och kultur i framtiden. Ku.
 10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
 11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
 12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertutspisster. UD.
 13. JIK-metoden, m.m. Fi.
 14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
 15. På väg. K.
 16. Skoterkörsning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
 17. Års- och koncentreradövning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
 18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
 19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
 20. Reformerat pensionssystem. S.
 21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och inävideffekter. S.
 22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
 23. Förvalta bostäder. Ju.
 24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
 25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
 26. Att förebygga alkoholproblem. S.
 27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
 28. Kvinnor och alkohol. S.
 29. Barn – Födelse – Alkohol. S.
 30. Vallagen. Ju.
 31. Vissa mervärdskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
 32. Mycket Under Samma Tak. C.
 33. Vandelns betydelse i medborgarskapsutredningen, m.m. Ku.
 34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
 35. Vår andas stämna – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
 36. Miljö och fysisk planering. M.
 37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
-

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv.
Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]
Vallagen. [30]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertutlåtanden. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]
Reformerat pensionsystem. [20]
Reformerat pensionsystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionsystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och valåge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JK-metoden, m.m. [13]
Vissa mervärdskattefrågor III – Kultur m.m. [31]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]
Vandels betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]
Vår andas stämna – och andras.
Kulturpolitik och internationalisering. [35]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]
Mycket Under Samma Tak. [32]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark.
Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]
Miljö och fysisk planering. [36]



Marc Bygdeman är professor i obstetrik och gynekologi, vid Karolinska institutet, Stockholm, och överläkare vid kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, sedan 1978. Han är chefsläkare vid Karolinska sjukhuset och specialsakkunnig för kvinnosjukvården inom Stockholms läns landsting.

Han är chef för Världshälsoorganisationens center för Human Reproduktion i Stockholm, medlem av Svenska Nationalkommittén för Befolkningsfrågor och har publicerat cirka 350 vetenskapliga artiklar, främst inom ämnesområdet mänsklig fortplantning.



Katarina Lindahl har sedan 1987 varit förbundssekreterare i RFSU och är nu ansvarig för RFSU:s internationella arbete. Tyngdpunkten i det arbetet ligger på sexuell och reproduktiv hälsa.

RFSU är en sexualpolitisk organisation som sedan 1933 har spelat en central roll i sexualupplysningsarbetet i Sverige.

FRITZES

POSTADRESS: 106 47 STOCKHOLM
FAX 08-2050 21, TELEFON 590 9090

ISBN 91-38-13802-3
ISSN 0375-250X