

ESKIL BLOCK OCH ABORTERNA

DN 19/1 kastar Eskil Block åter en brandfackla i abortdiskussionen.

Han framhåller med rätta de sena aborterna som en orimlighet. Jag skulle ännu mer dela hans uppfattning, om han kunde säga rent ut: En provocerad abort — antingen den är tidig eller sen — är motbjudande och värre ju senare den görs.

Block hävdar att det för vissa läkare är ett intresse att få riklig tillgång på levande foster för verenskapliga experiment. Han har uppfattningen att man avsiktligt fördröjer aborterna för att få foster efter sena aborter. Han beskriver hur foster, som kan sparka och skrika, får ligga i rondsålar halvdöda i timmar för att eventuellt användas för vetenskapliga experiment. Block använder uttrycket »vitala» foster på ett sätt som gör att läsaren får intrycket att man menar »viabla», dvs livsdugliga foster — levande barn alltså, om vi ska uttrycka oss i klartext. Om jag fattat Block rätt, vill han antyda att man gör vetenskapliga experiment på dessa levande barn — experiment, som då får antas föra till barnets död. En fruktansvärd beskyllning för en gärning som ju också har ett juridiskt namn.

Läkarna beskrivs av Block som de verkliga bovarna i dramat. De handlar kallt, cyniskt, beräknande och utan känsla för sitt klientel — men gärna i maskopi med läkemedelsindustrin.

Det är förstas riktigt att bland läkare som bland andra yrkesmänniskor finns samvetslösa bovar — men det

finns också en del ganska hyggligt folk även bland läkare. Den som försöker reparera folk kan misslyckas med sitt jobb lika väl som den som reparerar bilar. Båda reparatörerna kan vara skickliga och passa för sitt jobb eller vara oskickliga klåpare i fel yrke. Båda reparatörerna kan vara ärliga eller humbugar.

Som en pendang till den bild Block ger av det medicinska ställningstagandet och åtgärderna för abortklientelet vill jag ge några glimtar från arbetet med de så betungande och olustiga abortfallen vid Hisingens barnpsykiatriska mottagning.

Göteborgs abortpoliklinik för vuxna dignar under början av abortsökande kvinnor, varför barnpsykiatriska polikliniken fått överta minderåriga gravida och dessutom vuxna gravida som tidigare i barn- eller ungdomsåren varit patienter hos oss. De abortsökande bryter igenom vår väntelista — givetvis till stort förfång för övriga katastrofall, tex patienter med självmordsrisk, barnmisshandelsärenden osv.

Socialstyrelsens avdelning för abortärenden har anmodat oss att ta så många fall som möjligt på sk 2-läkarintyg för att påskynda ärendenas behandling och slippa den tidsutdräkt omvägen över Stockholm innebär. Tidigare gick praktiskt taget alla abortärenden till dåvarande medicinalstyrelsen, en omväg som förorsakade en och annan onödigt sen abort.

Vid barnpsykiatriska polikliniken gör vi själva preliminär graviditetsundersökning på patient och urin om inte

patienten redan hunnit få sin graviditet konstaterad på annat håll. Vi samlar så mycket som möjligt av utredningsarbetet på vår egen mottagning för att slippa väntetider även på andra institutioner, vi gör vår utredning och vårt ställningstagande och levererar vårt intyg så snart som möjligt — som tidigare nämnts oftast med åsidosättande av andra katastrofärenden på

debatt

vår väntelista. För att få aborten i så tidigt skede som möjligt händer det att plats för abortingreppet bokats genom telefonkonferens mellan barnpsykiater och operatör redan innan intyget hunnit skrivas. Detta för att möjliggöra ett *litet* ingrepp i stället för det *större* som blir aktuellt i ett senare graviditetsskede.

Med de väntetider vi har på poliklinikerna får abortärendena ofta tas på extratider för att få snabbast möjliga behandling — och naturligtvis utan övertidsersättning för läkaren.

Trots allt det ibland dröjsmål, men jag kan försäkra, att dessa inte beror på någon beräkning från läkarnas sida utan helt enkelt på att dygnet har bara 24 timmar — eller att speciella medicinska indikationer föreligger för ett avvaktande. Exempel på ett sådant specialfall ska lämnas.

Vi som arbetar ute på fältet försöker alltså få de legala aborterna så tidigt som möjligt, men det händer att man någon gång har anledning att

tänka på fenomenet fysiologisk graviditetsdepression, som är känt sedan länge och som fick förnyad aktualitet för något 20-tal år sedan, när det legala aborterandet började liberaliseras. Det finns anledning att erinra om denna typ av depression, när man diskuterar tidiga och sena aborter. I början av graviditeten kommer det välkända illamåendet, som anses bero på att moderorganismen ännu ej hunnit anpassa sig till omhändertagandet av även fostrets avfallsprodukter. Man kan kalla det en förgiftning, om man så vill. Illamåendet dämpas ner eller försvinner i de flesta fall, när moderorganismen i 4-5:e graviditetsmånaden har vant sig vid den extra belastning hennes inre organ har att klara av. Man kan även finna en tydlig psykisk påverkan med samma helt fysiologiska bakgrund. Denna giftverkan på de psykiska funktionerna kan bli visa sig som en kategorisk önskan att bli kvitt det väntade barnet, även om graviditeten är planerad och barnet efterlängtat. I en sådan situation är den gravida kvinnan sjuk och faktiskt *inte* rättskapabel. Låter jag nu abortera denna kvinna, gör jag henne en stor otjänst och hon är i sin fulla rätt att efteråt anklaga mig. — Det finns dessutom ett och annat fall, där varken fackman eller lekman kan avgöra om den gravida kvinnans abortansökan är en reaktion på en hormonell omställning och besvär med att klara även fostrets ämnesomsättning eller om det rör sig om ett adekvat ställningstagande efter genom-

arbetande av den aktuella psykologiska och sociala situationen. I ett sådant fall synes mig ett försiktigt avvaktande försvarligt, för att se om depressionen lättar och attityden till det väntade barnet ändras i samband med framskridandet av den kroppsliga omställningsprocessen. Naturligtvis får inte denna expektans åtföljas av någon form av hjärntvätt.

Dessa svåra gränsfall hör som tur är inte till vanligheten i abortutredningarna men de finns och det är farligt att förbise dem av rädsla för att stämplas som besatt av förmyndarmentalitet.

En exemplifiering av avvikelserna tror jag är behövlig för att hjälpa till med att korrigera Eskil Blocks i åtskilliga avseenden betydande snedperspektiv på abortfrågorna.

Trots ett hårt arbete för att nedbringa väntetiderna för de abortsökande kan det alltså bli dröjsmål, ibland betingade av medicinskt-psykologiska skäl, oftast dock beroende på att dygnet bara har 24 timmar.

Eskil Block frågar i något sammanhang kanske lite insinuant hur det kan komma sig att väntetiderna för aborter i Göteborg är längre än i Umeå, alltså varför det blir senare aborter i Göteborg än i Umeå.

Svaret är enkelt: Effektiviteten i vårt arbete avgörs i stor utsträckning av de resurser med vilka vi utrustats. Det ökade antalet aborter kräver fler kurators- och läkartjänster och fler klinikplatser. Konstigare är det inte.

Inga G. Agrell.