

I Burkina Faso er det svært risikabelt å ta en abort. Forskere jobber nå for å ta tak i helseproblemet.

# Der abort er risikosport

## KRONIKK

Berit Austveg, Katerini Størene, Johanne Sundby

**Abort er religiøst** og sosialt stigmatisert, og i mange land – særlig lavinntektsland – mangler kvinner rett til selvbestemt abort. Et forskningsprosjekt finansiert av Forskningsrådet avdekker den dyptgripende ambivalensen som preger arbeidet med å få et godt fungerende tilbud til kvinner som opplever komplikasjoner etter medisinsk usikre, ulovlige aborter i det vestafrikanske landet Burkina Faso.

Helsepersonell skal møte sine pasienter med profesjonell og omsorg, og helsevesenet skal – ifølge landets policy – sørge for at tjenester er på plass for å behandle abortkomplikasjoner. Men likevel utsettes kvinner for stigmatisering, og mange dør som følge av komplikasjonene.

**Burkina Faso** er et

av verdens fattigste land. Bare noen få rike kan kjøpe seg trygge, ulovlige aborter, og fattige kvinner tyr til farlige, billige metoder. Abortkomplikasjoner er derfor vanlig, mens det praktisk talt ikke ses komplikasjoner hos oss og i andre land der kvinner har tilgang til trygg abort. Behandling av abortkomplikasjoner er viktig for å redusere kvinners sykkelighet og dødelighet. Lovbruddet har allerede skjedd, og møtet med helse-tjenesten er ofte komplisert, der kvinnene blir så desidert en svak part. Helsepersonell deler generelle oppfatninger i samfunnet, men ser samtidig de katastrofale konsekvensene av abortpraksisen. Kunnskap kan hjelpe til med å vise vei ut av ambiva-

lensen. I tre år har det foregått et tverrfaglig forskningssamarbeid mellom forskere i Burkina Faso og ved Universitetet i Oslo. Prosjektet er tverrfaglig: folkehelse, helse-tjenesteforskning, økonomi og antropologi. Det har vist at behandling av abortkomplikasjoner kan fungere som en innfallssport til hele abortproblematikken. Det ble i slutten av november gjennomført et seminar i Ouagadougou der resultatene fra samarbeidet ble framlagt for Burkina Fasos helsemyndigheter, helsearbeidere, frivillige organisasjoner og forskere.

**Abortloven i Burkina Faso** tillater abort ved graviditeter etter voldtekt eller incest, hvis fosteret er sterkt skadet,

og ved fare for kvinnens liv, hennes fysiske og psykiske helse. Det siste har gitt åpning for ganske liberal tolkning av abortloven i noen land, men ikke i Burkina Faso.

De sosiologiske og antropologiske prosjektene i forskningsprogrammet belyser konsekvensene av at abort er et tema i skjærin-

gen mellom det private og det offentlige. Det er sosialt press på kvinnene til å gifte seg og få barn. Samtidig er seksualitet et dypt privat anliggende.

**Prevensjonstilgangen** i landet er dårlig. Det kan bli en umulig balansegang for kvinnene å vise at de vil sats på et forhold, og samtidig bekymre seg mot å bli gravid. En uønsket graviditet kan bety utstøting fra familien og katastrofe for kvinner. Kvinnene kan derfor anse det å utsette seg for en farlig abort som en mindre sosial og følelsesmessig kostnad enn å risikere en ussel framtid som ugift mor. Tidligere var behandlingen av abortkomplikasjoner stort sett utdødd tidkrevende og



**VANSKELIG:** I Burkina Faso er det sosialt press på kvinnene til å gifte seg og få barn. En uønsket graviditet kan bety utstøting fra familien.

FOTO: ANOUK DELAFORTRIE, EC/ECHO/FLICKR

plagsom. For ti-femten år siden ble behandlingen modernisert og forenklet slik at kvinnene kunne behandles raskere og mer skånsomt. Som anbefalt av Verdens helseorganisasjon har myndighetene bestemt at behandling skal ha flere komponenter utover nødvendig medisinsk behandling. Kvinnene skal ha støtte og rådgivning, de skal tilbys prevensjon og andre reproduktive helse-tjenester. Det betyr at kvinnen skal få

**Men virkeligheten** er nokså langt fra disse idealene. Riktignok oppgir mange helsearbeidere at kvinnene nå behandles med mer omsorg enn tidligere. Den medisinske behandlingen er

stort sett blitt bedret, men det er fortsatt eksempler på unødige farlig og smertefull behandling. Og fordommene mot kvinnene er fortsatt levende. Det som er ment å være støttende rådgivning, kan i praksis være fryktbaserte skremsler og moralisering.

Forskningsprogrammet har dokumentert at den betalingen som kvinnene avkreves for å få behandlet sine komplikasjoner kan bli høy, noen ganger katastrofal,

og tvinge familien ut i enda større fattigdom. Behandlingen skal riktignok være sterkt subsidiert, men det fungerer slett ikke alltid slik i praksis. Og det er heller ikke slik at alle tilbys prevensjon for å unngå en nytt uønsket graviditet, slik landets policy tegner opp.

**Det oppmuntrende** ved seminaret i Ouagadougou var at det er bevegelse i oppfatningene. Og det går an å snakke om abort.

Ved et seminar samme sted i år 2000 kunne en bare omtale det som «problemer i første tredel av graviditeten». Det viser at det er framgang, tross alt.

Berit Austveg, lege og jobber med globale kvinnehelse-spørsmål  
Katerini T. Størene, antropolog og forsker på reproduktiv helse i Vest-Afrika  
Johanne Sundby, gynekolog og professor i medisin ved Universitetet i Oslo  
beritt@austrveg.com