

Vem vill vara gift med en kastrerad tupp? -en diskussion om sterilisering och män



Teckning av Nguyen Van Hoan, 8 år, Hanoi. Bildkälla: Staffanstorps kommuns hemsida www.staffanstorp.se



Andrologiskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset

Introduktion

Mellan 1986 och 1995 steriliserades ungefär 80.000 svenskar. I hela 80 procent av fallen var det kvinnor som lät sterilisera sig, trots att sterilisering av män är både säkrare och billigare. Vad som ligger bakom den haltande statistiken är relativt okänt. Det finns inga undersökningar om varför svenska kvinnor väljer att sterilisera sig, eller varför svenska män inte gör det. Däremot står det klart att steriliseringarna bedöms bli så kostsamma för samhället att man på vissa håll i Sverige har övervägt att helt undanta ingreppet från den offentligt bekostade vården.

Om det skulle vara möjligt att förmå män att sterilisera sig istället för kvinnor skulle den ekonomiska belastningen på landstingens ekonomi kunna minska från ungefär 17.000 till 3.000 kronor per ingrepp. Om hälften av alla steriliseringar de senaste tjugo åren hade gjorts på män hade besparingen varit 2,2 miljarder. Ytterligare resurser och lidande skulle kunna sparas om män kunde förmås att sterilisera sig som preventiv metod. Då skulle sannolikt även aborterna bland medelålders kvinnor sjunka i antal.

Det vetenskapliga programmet för Andrologisektionens möte den 28 maj syftade till att diskutera frågan om manlig sterilisering med fokus på medicin, jämställdhet, folkhälsa, ekonomi och sjukvårdspolitik. Eftersom steriliseringsfrågan inte ägs av någon offentlig myndighet (Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen) var syftet också att diskutera möjligheten att starta en intressegrupp för att ta tag i frågan och driva den.

Vetenskapligt program:

Statistik över steriliseringar, aborter, refertiliseringar samt sjukvårdsekonomi.

Ulrik Kvist, Andrologiskt Centrum vid Karolinska universitetssjukhuset.

Praxis och metoder för manlig sterilisering.

Lars Henningsohn, urologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Manlig kontra kvinnlig sterilisering i andra länder.

Annika Johansson, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

Övriga medverkande:

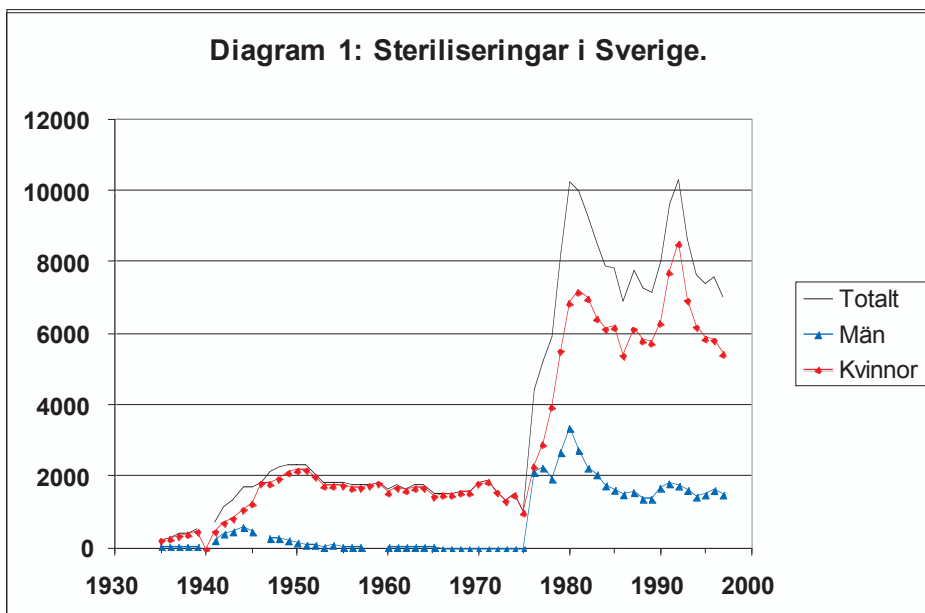
Agneta Ekman, företagsläkare och gynekolog, Stockholm.

Petra Otterblad Olausson, EPC Cancer och reproduktionsregister, Socialstyrelsen.

Stefan Arver, Andrologiskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset.

Statistiken haltar

1975 fick Sverige en ny lagstiftning om sterilisering (SFS 1975:580). Den nya lagen innebar att män och kvinnor över 25 år fick rätt att genomgå sterilisering på egen begäran. Steriliseringarna ökade markant, från att ha legat ganska stadigt omkring 2.000 ingrepp per år till mellan 4.000 och 11.000 ingrepp per år (se diagram 1).

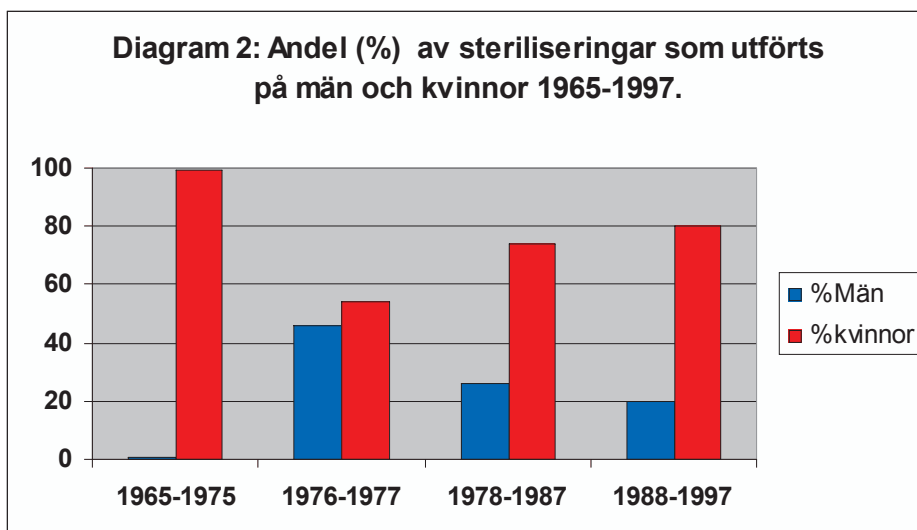


Källa: Socialstyrelsen

Diagrammet visar antalet steriliserade män, kvinnor samt totala antalet steriliseringar i Sverige under åren 1933-1997.

Lagen om sterilisering trädde i kraft 1976. Innan lagen kom utfördes steriliseringar huvudsakligen på kvinnor förutom under krigsåren och efterkrigsåren (ca 1940-1950). Då ökade andelen steriliseringar på män.

Under tioårsperioden 1965 till 1975, före lagens införande, stod kvinnorna för en överväldigande majoritet av ingreppen. Mer än 99 procent av steriliseringarna utfördes på kvinnor (se diagram 2). De första två åren efter lagens ändring, 1976-77, stod männen för ungefär 50 procent av steriliseringarna. Därefter har andelen män som steriliserar sig sjunkit markant. Mellan 1988 och 1997 stod männen för 20 procent av steriliseringarna.



Källa: Socialstyrelsen

Diagrammet visar hur stor andel av steriliseringar som utförts på män respektive kvinnor 1965-1997.

Före lagen var andelen kvinnor över 99%. De första två åren efter lagen var andelen män och kvinnor nästan lika stora. Därefter har andelen män minskat till 20%.

Systemet med obligatoriskt uppgiftslämnande om steriliseringar slopades 1997 i Sverige. Därför finns ingen sammanställd statistik över steriliseringar efter 1997.

Enklare och billigare sterilisering för män

Att sterilisera en man är ett relativt enkelt ingrepp. Med den metod som används i Sverige idag tar ingreppet tio minuter till en halvtimme att genomföra och sker under lokalbedövning. Ingreppet kostar cirka 8.000 kronor och görs av en urolog.

Det finns även en annan metod för att genomföra sterilisering på män som i princip inte tillämpas i Sverige idag. Metoden kallas ”no-scalpell vasectomy” och är möjligen ännu snabbare med mindre komplikationsrisk än den traditionella metoden. Den här metoden är dessutom billigare, kostnaden för en ”no-scalpell vasectomy” är uppskattningsvis 3.000 kronor. Metoden är vanlig i andra delar av världen, till exempel USA, Canada och Finland.

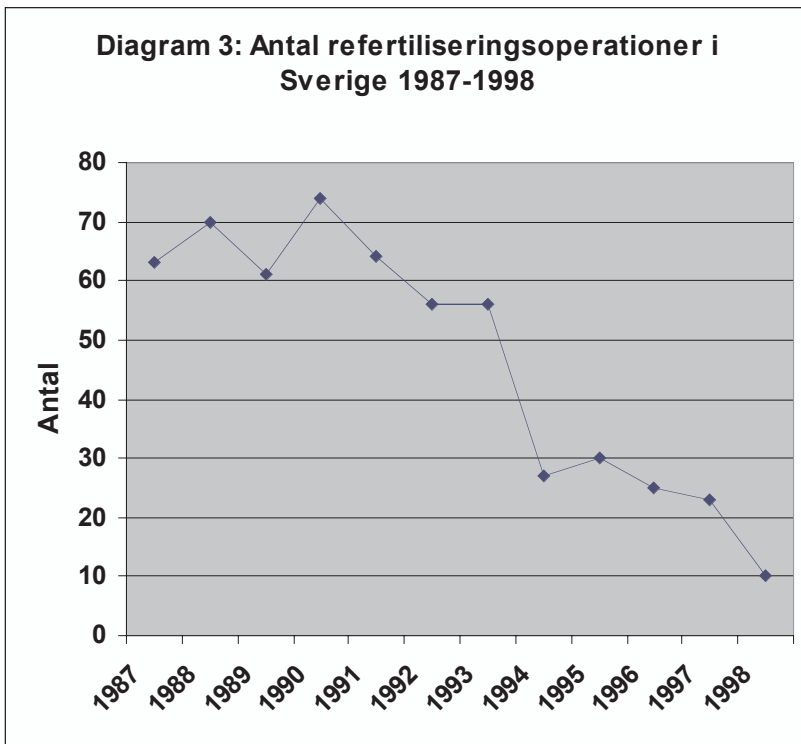
Sterilisering av en kvinna är ett betydligt större ingrepp där patienten sövs. I normalfallet görs ett operativt ingrepp med titthålskirurgi, laparaskopi. Ingreppet kostar cirka 17.000 kronor.

Möjligheten att ångra sig

För män som ångrar sig finns möjlighet att genomgå en så kallad refertiliseringsoperation. Mellan 1987 och 1996 utnyttjade cirka tre procent av de steriliserade männen den möjligheten (se diagram 3). Men tillgängligheten för refertiliseringsoperationer minskar och det gör också de urologer som har kunskap att genomföra dem. Ingreppet ersätts med 8.000 kronor liksom själva steriliseringen, trots att det är ett mer invecklat ingrepp som tar ungefär en halv dag att genomföra. Några landsting har i praktiken helt tagit bort möjligheten att få operationen genomförd.

De senaste tio åren har refertiliseringsoperationerna minskat kraftigt vilket har inneburit en besparing på drygt en miljon kronor. Men istället uppstår kostnader på andra håll i sjukvården. ICSI, intracytoplasmatisk spermieinjektion, är en annan metod för att hjälpa steriliserade män att bli fäder. En spermie som med nål tagits ut från testiklar eller bitestiklar injiceras i ägg vid provrörsbefruktning. Kostnaden för ICSI-behandlingar de senaste tio åren kan enligt beräkningar motsvara cirka 40 miljoner kronor, alltså fyra miljoner kronor per år. Behandling med ICSI kräver dessutom att en för övrigt fullt frisk kvinna hamnar under läkarvård för att kunna plocka ut ägg för provrörsbefruktning.

Männen skulle även kunna erbjudas att frysa in spermier i samband med sterilisering. En steriliserad man skulle då kunna bli far med hjälp av en insemination, ett ingrepp som kostar ungefär en tiondel av de båda ovanstående alternativen. Den kostnad som i så fall skulle tillkomma är den årliga avgiften för frysförvaring av sperman, en kostnad som idag ligger på omkring 1.000 kronor. Än så länge är det ovanligt att männen erbjuds det alternativet i samband med sterilisering.



Diagrammet visar antalet refertiliseringsoperationer i Sverige mellan 1987 och 1998. Möjligheten med ICSI infördes efter 1993 i Sverige vilket kan förklara den drastiska minskningen av operationer efter 1993.

Källa: Socialstyrelsen

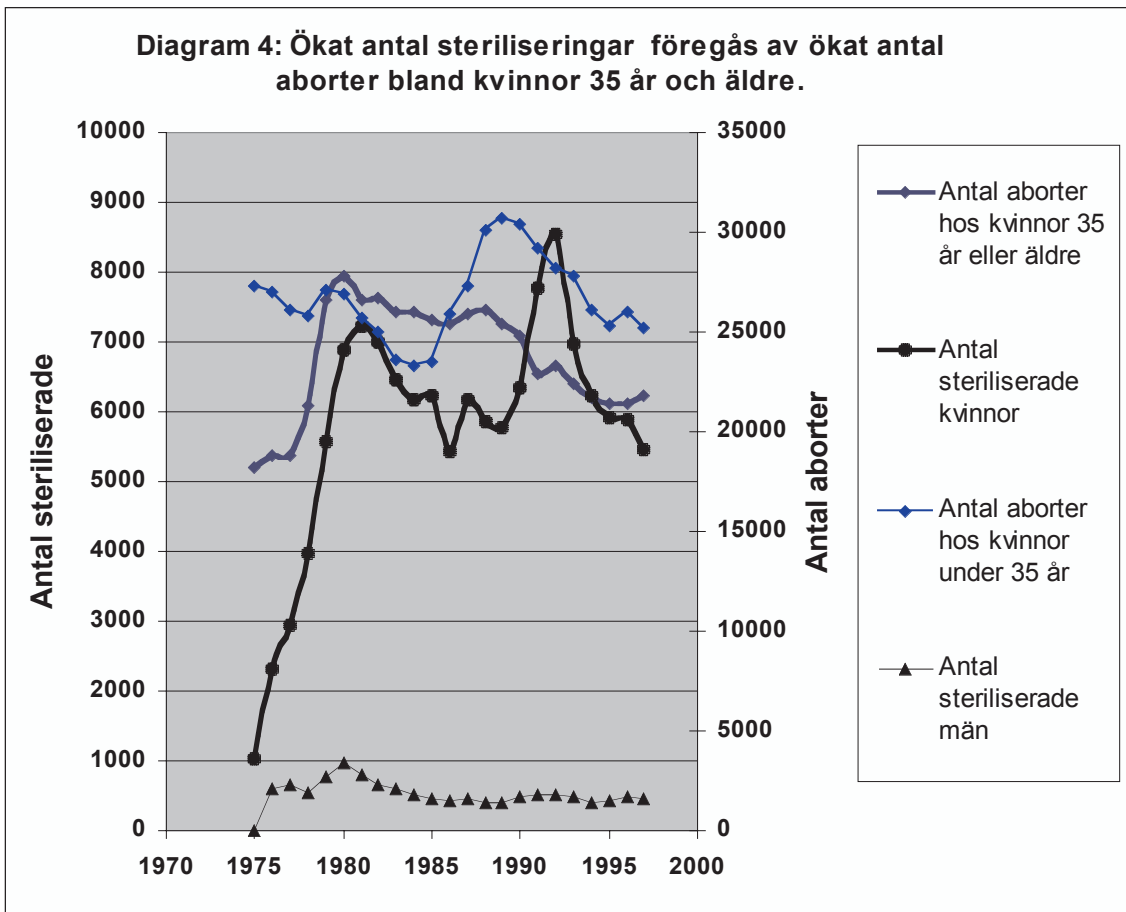
Kvinnor kan rent hypotetiskt få antingen en refertiliseringsoperation eller provrörsbefruktning om de ångrar sin sterilisering. Men på flera sjukhus finns en övre åldersgräns för att genomföra sådana ingrepp. I praktiken är det därför mycket sällsynt att kvinnor föder barn efter att ha genomgått sterilisering.

Abort som motiv för sterilisering?

Det finns inga svenska undersökningar om varför kvinnor och män väljer att sterilisera sig. Det finns emellertid teorier om att det kan finnas en koppling mellan steriliseringar och aborter hos medelålders kvinnor (kvinnor över 35 år). Ulrik Kvist på Andrologiskt Centrum (Karolinska universitetssjukhuset) har testat hypotesen med hjälp av socialstyrelsens statistik över steriliseringar och aborter (se diagram 4).

Beräkningarna visar att det finns en stark statistisk koppling mellan antalet aborter hos medelålders kvinnor och steriliseringar hos kvinnor ($r^2=0,45$). Det finns också en klar relation mellan aborter hos medelålders kvinnor och manlig sterilisering ($r^2=0,22$). 76 procent av steriliseringarna totalt (manliga och kvinnliga) kan statistiskt kopplas till aborter i medelåldern ($P<0,001$).

Den topp i steriliseringskurvan som syns efter 1990 föregås huvudsakligen av en ökning av aborterna bland kvinnor yngre än 35 år (se diagram 4).



Källa: Socialstyrelsen

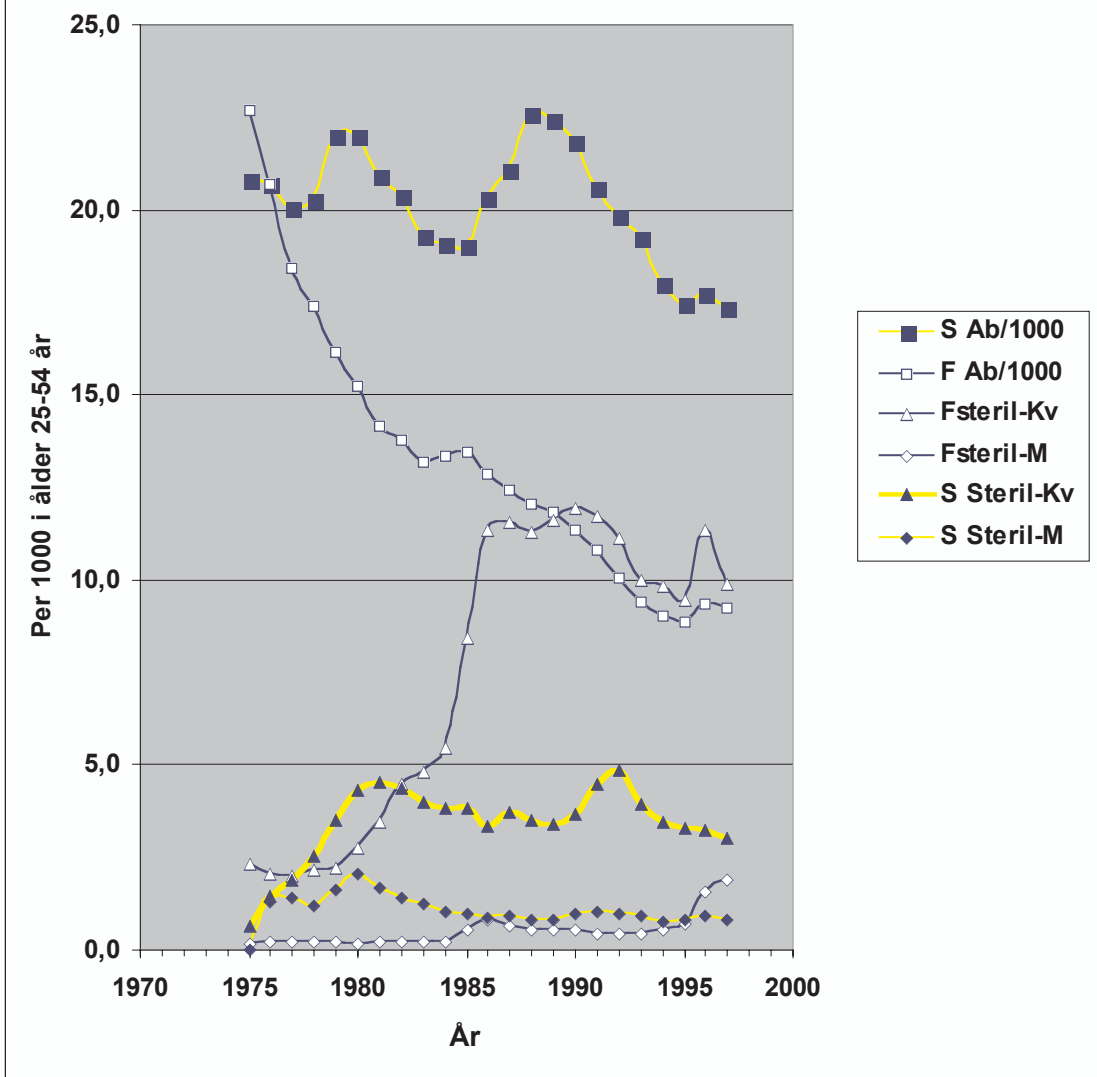
Ökat antal steriliseringar bland kvinnor föregås före 1990 av ökat antal aborter ett år innan bland kvinnor 35 år eller äldre. Efter 1990 ses en ökning av steriliseringar bland kvinnor som föregås av en ökning i totala antalet aborter två år tidigare.

Exemplet Finland

1973 statistikfördes över 23.000 aborter i Finland. Det är den högsta abortsiffran någonsin i den finska historien. Därefter har aborterna minskat (se diagram 5). År 1997 var siffran 10.238 aborter. Finland har alltså mer än halverat antalet aborter på 25 år. Jämfört med Sverige har Finland avsevärt färre aborter.

Vad som låg bakom den kraftiga nedgången av aborter i Finland i början av 70-talet vet man inte exakt. Om man tittar på statistiken (se diagram 5) ser de sjunkande aborttalen ut att sammanfalla med en ökning av antalet steriliseringar (D. Apter).

Diagram 5: Aborter och steriliseringar per 1000 män respektive kvinnor i åldern 25-54 år.

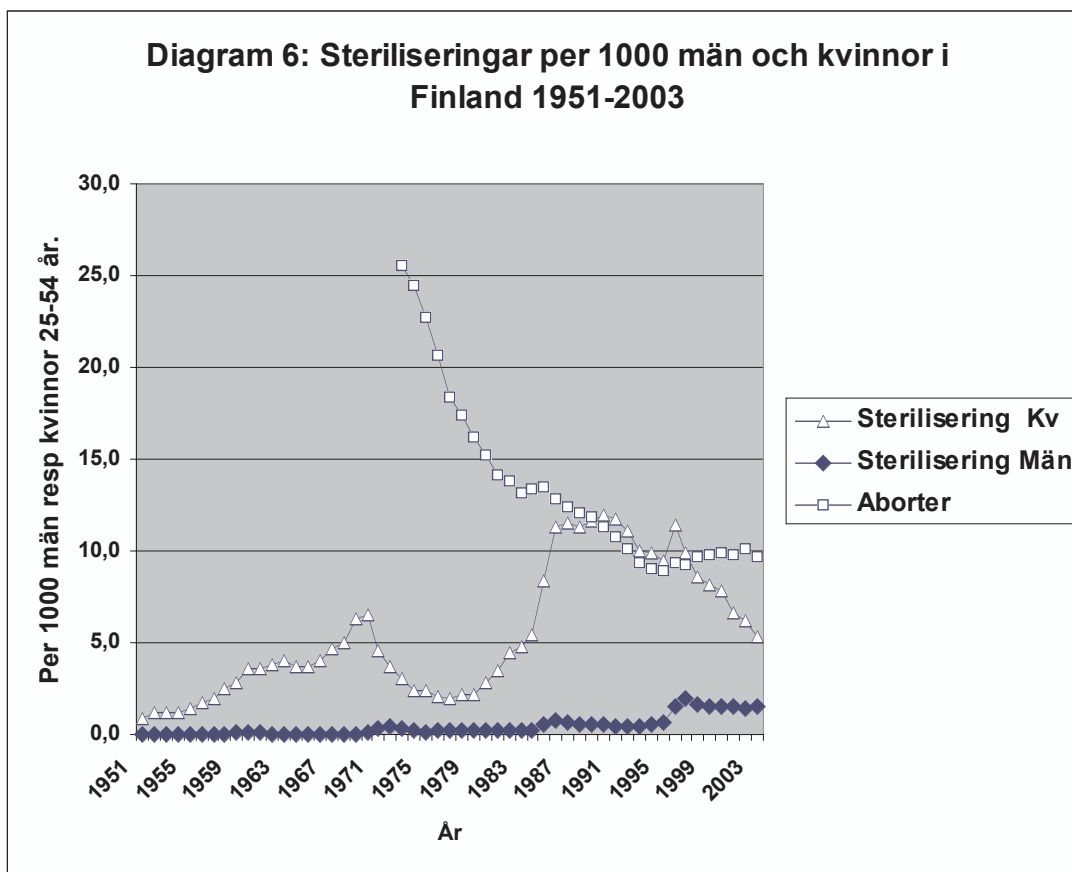


Källa: Socialstyrelsen och STAKES, Finland.

Diagrammet visar svenska respektive finska abortsiffror och steriliseringar bland svenska kvinnor och män respektive finska kvinnor och män mellan 1975 och 1997. (Källa: Socialstyrelsen och STAKES, Finland)

I Finland blev sterilisering en allmän preventivmetod 1970 och en lagändring från 1985 medger fri sterilisering för den som har fyllt 30 år, har tre barn eller har medicinska skäl för sterilisering. År 1997 steriliserades 13.200 personer i Finland vilket är mer än dubbelt så många som i Sverige. Detta trots att Finland har en befolkningsmängd på 5,2 miljoner att jämföra med Sveriges 9 miljoner invånare.

Sedan 1995 har bilden av steriliseringarna i Finland förändrats (se diagram 6). Allt färre kvinnor steriliserar sig och andelen män som steriliserar sig ökar. I slutet av 90-talet genomfördes en kampanj för att få fler män att sterilisera sig. Det blev lättare för männen att komma i direkt kontakt med sjukhuset för att få en sterilisering och dessutom började man använda "no-scalpell-vasectomy" istället för den traditionella metoden (M. Gissler). Statistiken visar att kampanjen och förenklingarna gav effekt (se diagram 6).



Källa: STAKES, Finland.

Diagrammet visar Steriliseringar bland finska män och kvinnor samt aborter mellan 1951 och 2003.

Internationell studie

I Sverige finns ännu inga undersökningar om vad som ligger bakom ett beslut om sterilisering. Däremot finns det en internationell studie som fokuserar på hur par beslutat sig för att välja vasktomi, manlig sterilisering (Landry och Ward). Par från sex olika länder, där mannen har genomgått en vasktomi, har tillfrågats om sina motiv för att välja just sterilisering av mannen som preventiv metod. Och trots att paren kommer från vitt skilda delar av världen (Bangladesh, Kenya, Mexico, Rwanda, Sri Lanka och USA) anger de ungefär samma skäl för att välja manlig sterilisering.

Framför allt handlar det om ekonomi, paren anser sig inte ha råd med fler barn och vill sätta stopp för fler graviditeter på ett permanent, billigt och bekvämt sätt. Att man väljer

att skicka mannen till läkaren istället för kvinnan beror, i de flesta fall, på att man är rädd om kvinnans hälsa. Paren har hört att en vasektomi är ett mindre komplicerat ingrepp än sterilisering av kvinnan och väljer därför att skicka mannen till doktorn. I en del fall handlar det också om att mannen har, eller förväntas ha, flera sexpartners.

Statistiken för steriliseringar i de undersökta länderna liknar däremot den svenska. Det är kvinnorna som står för merparten av steriliseringarna (se tabell 1). Och i de flesta länder är andelen män som steriliserar sig dessutom lägre än Sveriges 20 procent. USA har den jämnaste statistiken, där står männen för 30 procent av steriliseringarna.

Tabell 1. Valda preventivmetoder i sex olika länder (fritt efter Landry och Ward).

	<u>Bangladesh</u>	<u>Kenya</u>	<u>Mexico</u>	<u>Rwanda</u>	<u>Sri Lanka</u>	<u>USA</u>
Modern metod	36%	27%	53%	13%	66%	59%
Kvinnlig sterilisering	8%	6%	36%	1%	25%	30%
Manlig sterilisering	1%	<1%	2%	<1%	5%	13%
Andel manlig av total	12%	<1%	4%	<1%	16%	30%

Nästan alla par i studien berättar att de har hört negativa kommentarer om vasektomier, framför allt från vänner och närstående. Mycket av den litteratur som finns på området bekräftar att vasektomier ofta förknippas med rykten om impotens. Det kan också uppfattas som omanligt att vara steriliserad, för vem vill egentligen vara gift med en kastrerad tupp? Paren i studien har blivit lugnade av information de fått från läkare, familjeplanerare eller andra män som genomgått vasektomi. Det verkar alltså som om korrekt information övertygar paren om att vasektomi är en bra lösning.

Mer kunskap behövs

Kvinnlig sterilisering dominerar, trots att mycket talar för manlig sterilisering. Frågan är varför den svenska steriliseringsstatistiken ser ut som den gör. Handlar det om attityder? Beror det på bristande information? Religion? Eller är jämställdheten dålig i svenska parrelationer?

Vid den nya steriliseringslagens införande i Sverige 1975 debatterades steriliseringsfrågan mycket i media. Sterilisering, för både män och kvinnor, var föremål för diskussion. Och kanske bidrog det till den initiala benägenheten hos männen att sterilisera sig i nästan lika hög utsträckning som kvinnorna.

Sterilisering av män är omgärdad av rykten och desinformation, som till exempel att mannen kan bli impotent av ingreppet. Den internationella studien av Landry och Ward visar att korrekt information om vasektomier är viktig.

Statistiken pekar på en koppling till aborter hos kvinnor över 35 år. Kanske är det så att de medelålders kvinnor som genomgår abort samråder med sin gynekolog och beslutar sig för en sterilisering, utan att vare sig kvinnan eller gynekologen reflekterar över att de

lika gärna skulle kunna skicka mannen till doktorn. Dessutom har män ingen naturlig kontakt inom svensk sjukvård som motsvarar gynekologen för kvinnorna.

Männens möjligheter att ångra sig kan också ha en inverkan. Möjligheten att få en refertiliseringsoperation minskar och alternativet med ICSI är krångligt. Möjligen skulle ett tredje alternativ kunna erbjudas männen – frysförvaring av spermier.

Det kan kanske handla om självbevaringsdrift hos kvinnan. Det är trots allt kvinnans kropp som blir fysiskt utsatt vid en graviditet eller en abort. Det kanske är svårt för kvinnan att lämna ansvaret för sitt fysiska och mentala välmående i mannens händer. Och om kvinnan byter partner har hon inte längre så stor nytta av sin före detta partners vasektomi.

Mycket att vinna

Kontentan av årsmötets diskussion är att man skulle behöva veta mer om vad som föregår ett beslut om sterilisering. Klart är i alla fall att landstingens ekonomi skulle kunna förbättras om männen väljer att sterilisera sig istället för kvinnorna.

Kopplingen mellan steriliseringar och aborter hos medelålders kvinnor är också intressant. Om män kan förmås att sterilisera sig som preventiv metod når man flera vinster i minskat lidande och sparade sjukvårdsresurser.

Naturligtvis är det också viktigt att ifrågasätta varför kvinnor i så mycket högre utsträckning än män tar ansvar för att förhindra oönskade graviditeter. I synnerhet som sterilisering för män innebär ett betydligt enklare ingrepp med mindre risk för komplikationer än vad sterilisering av kvinnor gör.

Åtgärder

Inför planeringen av mötets tema- manlig sterilisering- framkom att denna fråga inte "ägs" av någon av Sveriges officiella institutioner (socialstyrelsen, folkhälsoinstitutet och socialdepartementet). Vid mötet utsågs därför följande intressegrupp för att samla mer kunskap och diskutera framtida ställningstaganden och åtgärder; Från Socialstyrelsen (Petra Otterblad Olausson), Folkhälsoinstitutet (Gunilla Rådö), Institutionen för folkhälsa, Karolinska Institutet (Annika Johansson), Andrologiskt Centrum vid Karolinska universitetssjukhuset (Ulrik Kvist, sammankallande och Stefan Arver) samt Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU (Stefan Laack).

De åtgärder som diskuterades vid mötet var först och främst att öka kunskapen om vad som föregår ett beslut om sterilisering. Är det självklart att kvinnan ska sterilisera sig eller diskuterar paren möjligheten med vasektomi? Är det vanligt att sterilisering förs på tal efter en oönskad graviditet med abort som följd? Dessutom diskuterades åtgärder för att göra vasektomier mer lättillgängliga.

Den internationella studien av Landry och Ward samt de Finländska erfarenheterna visar också att behovet av korrekt och saklig information är viktig. Det är tydligt att det finns

föreställningar om att vasktomier kan påverka både förmågan till erektion och ejakulation.

Referenser:

Landry, E. & Ward, V., 1997: Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision: A Six-Country Study. Beyond Acceptability. World Health organization.

Socialstyrelsens statistik över steriliseringar och aborter.

Apter, D., Vaestoliitto, Finland.

Gissler, M, Forsknings och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (STAKES), Finland.

**Vem vill vara gift med en kastrerad tupp?
-en diskussion om sterilisering och män
Andrologisektionen inom Svenska Läkaresällskapet
Årsmöte 28 maj 2004
Sammanställd av Helena Georgsson, vetenskapsjournalist**



Andrologiskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset
andrologiskt.centrum@karolinska.se