



Hvem skal kunne tilby svangerskapsavbrudd?

LEDER

ANNE ESKILD

E-post: anne.eskild@medisin.uio.no

Anne Eskild (f. 1956) er overlege i gynekologi og fødselshjelp og leder for Avdeling for forskning ved Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus. Hun er professor II ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo, Campus Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

De fleste svangerskapsavbrudd skjer nå ved medikamentell abort og ikke med utskrapning fra uterus. Hvem bør kunne tilby slik behandling?

I 2009 henvendte Norsk gynekologisk forening seg til Helse- og omsorgsdepartementet med ønske om at avtalespesialister i gynekologi skulle kunne tilby svangerskapsavbrudd. Helsedirektoratet fikk oppdraget med å evaluere et prøveprosjekt. Studien av Devold Pay og medarbeidere, som nå publiseres i Tidsskriftet, er en del av en slik evaluering (1).

Studien viser at de fleste kvinnene som fikk medikamentelt indusert svangerskapsavbrudd hos avtalespesialist, var tilfredse med behandlingen de fikk. De følte seg trygge, og de ville anbefale svangerskapsavbrudd indusert hos avtalespesialist til andre. Studien omfattet en liten andel ($n = 476$) av de om lag 26 000 kvinnene som fikk utført abort i Norge i løpet av studieperioden. Studiens deltagere var nok ikke representative for alle som tok abort, men det er ikke grunn til å betvile resultatene. De fleste pasienter vil være fornøyde når de får behandlingen de ønsker seg hos en lege som de velger selv.

Mer enn 80 % av alle svangerskapsavbrudd foregår nå med medikamentell behandling og ikke med utskrapning fra uterus, som tidligere var det vanligste (2). Det er også blitt vanlig at abortbehandlingen initieres på sykehus, og at pasienten deretter reiser hjem. Selve aborten skjer hjemme.

En studie om hjemmeabort initiert ved Kvinneklinikken, Ullevål sykehus i 2006 (3) viste tilsvarende resultater som Devold Pay og medarbeidere presenterer. Kvinner ser derfor ut til å være fornøyde med at selve svangerskapsavbruddet skjer hjemme, enten behandlingen er initiert på sykehus eller hos avtalespesialist.

Uavhengig av hvor behandlingen blir initiert, er det sykehusene som har ansvaret for behandling av kvinner som får betydelige komplikasjoner etter et svangerskapsavbrudd. Sykehusene må også kunne svare på henvendelser fra pasientene utenfor vanlig arbeidstid. Da kan det være en fordel å ha pasientjournalen tilgjengelig, noe man ikke alltid har, dersom pasienten har vært behandlet utenfor sykehuset.

Devold Pay og medarbeidere berører i liten grad økonomiske, helsefaglige eller juridiske

avveininger som er viktige for om abortbehandling hos avtalespesialist skal bli et permanent behandlingstilbud. At pasienten er fornøyd er selvsagt viktig, men det er ikke det viktigste argumentet for å utvide et allerede eksisterende abortbehandlingstilbud. Abortratene er fallende, og, så vidt jeg vet, har sykehusene god kapasitet til slik behandling (2).

Utilstrekkelig behandlingsskapasitet på sykehusene er derfor ikke et argument for at avtalespesialister skal få utføre medikamentell abort. I Norge dekker det offentlige utgiftene knyttet til graviditet, også abortbehandling. Hvis avtalespesialister skal tilby abortbehandling, vil det kunne øke de offentlige kostnadene med mindre sykehusenes utgifter til slik behandling blir redusert.

Abort er ikke bare abort. Behandlingen ved svangerskapsavbrudd inkluderer undersøkelser for seksuelt overførbare sykdommer og rhesus-antistoffer, immunisering med anti-D-immunoglobulin og prevensjonsveiledning, i tillegg til tilbud om prevensjon. Abortsøkende kvinner har også krav på informasjon om alternativer til abort (4). Aborter skal meldes Abortregisteret (5), og abortloven skal forvaltes (4).

Sentralisering av pasientbehandling gjør det ofte lettere å etablere rutiner og sikre god behandlingsskvalitet. I England, hvor spesialister utenfor sykehus har overtatt en stor del av abortbehandling, er det faglige ansvaret for å sikre alle kvinner god og oppdatert abortbehandling blitt pulverisert (professor Lesley Regan, President of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), foredrag ved RCOG's World Congress, Singapore 2018).

Bioteknologiloven om fosterdiagnostikk med ultralyd i første trimester av svangerskapet tolkes ulikt av gynekologer (6). Det kan være vanskelig å skille mellom ultralyd som ledd i den alminnelige svangerskapsomsorgen, og ultralyd som fosterdiagnostikk (7). Mistenkelig funn på fosteret kan skape engstelse hos den gravide. Kan det bli for kort vei fra mistenkelige ultralydfunn til selvbestemt abort dersom kvinnens lege har både ultralyd og abortpiller?

Behov for diskresjon og økte valgmuligheter har vært argumenter for å tilby abortbehandling hos avtalespesialist. Behovet for diskresjon er kanskje større for kvinner som bor der hvor alle kjenner alle, enn for kvinner som bor i en by. Avtalespesialister i gynekologi er skjevt geografisk fordelt. Skal kvinner fra gråstrøk kunne få velge abortbehandling hos avtalespesialist i bystrøk og også få dekket reise og opphold dit? Og videre, skal spesialister uten offentlig avtale kunne tilby abort? Skal de i så fall kunne ta betaling av pasienten? Norge har en svært liberal abortlovgivning sammenlignet med mange andre land. Skal utlendinger kunne tilbys abortbehandling hos avtalespesialister i Norge hvis de betaler selv?

I dag skal aborter foregå på sykehus ifølge abortloven (4). Helse- og omsorgsdepartementet ga spesiell tillatelse til å gjennomføre prøveprosjektet med abortbehandling hos avtalespesialist. Hvorvidt abortloven kan tolkes dithen at avtalespesialister skal kunne tilby abort i fremtiden, krever antakelig fornyet vurdering av loven. Muligens må abortloven endres. Studien til Devold Pay og medarbeidere gir grunn til å tro at pasienter vil være fornøyde med abortbehandling hos avtalespesialist, og at de ikke vil oppleve flere komplikasjoner enn om de hadde vært behandlet på sykehus. Flere viktige spørsmål bør imidlertid drøftes for å kunne ta en god beslutning om hvem som skal kunne tilby abort i fremtiden.

LITTERATUR:

1. Devold Pay AS, Aabø RS, Økland I et al. Medikamentell abort hos avtalespesialist. Tidsskr Nor Legeforen 2018; doi: 10.4045/tidsskr.18.0304. [CrossRef]
2. Jørgensen H, Qvigstad E, Jerve F et al. Provosert abort som hjemmebehandling. Tidsskr Nor

Lægeforen 2007; 127: 2367 - 70. [PubMed]

3. Folkehelseinstituttet. Fakta om abort.

<https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort-fakta-med-statistikk/> (27.4.2018).

4. LOV-1975-06-13-50. Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (27.4.2018).

5. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret.

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/> (27.4.2018).

6. LOV-2003-12-05-100. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven).

Kapittel 4. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100> (27.4.2018).

7. Røe K, Salvesen KA, Eggebø TM. Blir retningslinjene for fosterdiagnostisk ultralyd fulgt? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1603 - 7. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 28. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0304

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no