



Abortlov og legerolle

REDAKSJONELT

BERGSJØ P

Abortdebatten har blusset opp i kjølvannet av Stortingsmelding nr. 16 Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv (1). Det er liten grunn til å tro at Stortinget vil forandre loven. Både 12-ukersgrensen for selvbestemt abort og § 2, tredje ledd, bokstav c, som gjør “stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet” til selvstendig grunn for innvilgelse av abort, vil bli stående. Noen frykter fremskritt i genetisk diagnostikk, som vil gjøre det mulig å stille fosterdiagnoser før 12. uke og dermed gi kvinner fri adgang til å “velge bort” barn med uønskede egenskaper. Uansett hvordan det går: Legene vil fortsette å spille en viktig rolle, enten de sitter i primærhelsetjenesten, på et ultralydlaboratorium, en avdeling for medisinsk genetikk eller er medlemmer av en abortnemnd. Rollen er lovbestemt og ofte ubehagelig, og krever profesjonell innsats som kan gå på tvers av personlig religiøs eller etisk overbevisning.

Hva krever loven?

Når en kvinne søker lege for å be om hjelp til abort, skal legen gi informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne hvis hun velger å bære frem barnet. Her er Veileder i sosialmedisin til god nytte (2). Om nødvendig kan sosionom eller en ansatt ved trygdekontoret gi utfyllende opplysninger.

I spesielle situasjoner er genetisk veiledning og diagnostikk aktuelt, og legen må da henvise til rett instans eller avdeling.

Videre skal legen gi opplysning om abortinngrepets art og medisinske virkninger.

Når kvinnen har bestemt seg, må legen umiddelbart sende begjæringen sammen med skriftlig henvisning til den avdeling der inngrepet skal utføres. Hvis inngrepet ikke kan utføres før utgangen av 12. svangerskapsuke, skal begjæringen på samme måte sendes til den lokale abortnemnden, sammen med skriftlig begrunnelse og egne observasjoner. Disse pliktene gjelder alle leger, og ingen kan påberope seg samvittighetsfritak. En lege kan heller ikke avvise en kvinne med den begrunnelse at det foreligger tungtveiende medisinske grunner mot å foreta inngrepet. Slik vurdering kan bare foretas av overlegen ved den institusjon hun henvises til.

I den senere tid har uttalelser fra kolleger sådd tvil om legers holdninger og handlinger overfor kvinner som begjærer abort. Før 1979, da alle søkere måtte gjennom en nemnd, var fordømmelse og moralprekener fra leger ikke helt uvanlig. Slik nedverdiggende oppførsel var en av grunnene til at vi fikk selvbestemt abort før 13. uke. Jeg vil tro at de aller fleste leger i dag gjør sitt beste for å gi abortsøkende den hjelp og støtte som loven foreskriver. Det

gjelder både primærleger og forhåpentlig oss som sitter i nemndene. De autoritære legers tid er forbi. Prinsippet om pasienters medbestemmelse og valgfrihet har snudd opp ned på gamle dogmer og hjulpet til å endre holdninger.

Spørsmål om leger øver påtrykk for å få den gravide til å velge, alternativt ikke velge, abort, har en litt annen valør og vil kanskje ikke komme i søkelyset på samme måte. Her er normen klar: Kvinnen skal ta sin avgjørelse på fritt grunnlag. Legen skal veilede, men ikke være tungen på vektskålen. Samtalen må avdekke den gravides situasjon, og legen må prøve å sette seg inn i hennes holdninger og beveggrunner. Spørsmål som "hva skal jeg gjøre, doktor?" eller "hva ville du ha gjort?" må turneres profesjonelt. Det er forskjell på å gi råd og å øve påtrykk. Her må legen bruke sunt skjønn og svare deretter. Hvis hun gir klart uttrykk for tvil, bør tvilen komme fosteret til gode. En kvinne som under tvil velger abort, kan få store plager med skyldfølelse og selvbefredelse etterpå. Dette er en opplysning som kan hjelpe henne til å velge å få barnet.

Spesialtilfellet: den arvemessige indikasjonen

Et fåtall gravide opplever å få beskjed om at det er noe galt med fosteret. Slikt er sjokkerende, enten det kommer som følge av målrettet genetisk diagnostikk eller som tilfeldig funn ved ultralydundersøkelse. Er det resultat av selektiv diagnostikk, etter amnionpunksjon, vil den gravide på forhånd ha fått veiledning av kvalifisert lege ved avdeling for medisinsk genetikk, som også vil være ansvarlig for å meddele resultatet og bistå med ytterligere opplysninger.

Oppdages feilen ved ultralydundersøkelse omkring 18. uke, vil kvinnen som regel være dårlig forberedt. I paneluttaletelsen etter konsensuskonferansen 28.2.-1.3.1995 om bruk av ultralyd i svangerskapet heter det: "Dette representerer en grunnleggende kritikk mot virksomheten til nå, og informasjonen til den gravide kan og må forbedres" (3). Oppgaven krever sentral styring, og Statens helsetilsyn sendte i februar 1996 ut en brosjyre stilet til de gravide, som ledd i forhåndsopplysningen (4).

Ved mistanke om utviklingsavvik, er det jordmor og lege ved ultralydlaboratoriet som gir den første informasjon. Videre handling avhenger av funnet. Det kan være alt fra amnionpunksjon med dyrking av fosterceller til kollegial ekspertkontroll av avvikende funn, som garanti mot feildiagnose. Når diagnosen er så sikker den kan bli, må det gis mer veiledning, der spørsmålet om abort som regel vil være sentralt. Igjen er ultralydeksperter eller genetikere de faglige aktører, avhengig av type og grad av påvist avvik. Fostre med Downs syndrom eller spina bifida er en liten gruppe tallmessig, men nettopp disse symboliserer problemet: Her er foreldrenes kvaler størst når det gjelder å begjære abort eller ikke, spesielt når funnet kommer helt overraskende og ikke som resultat av planlagt undersøkelse. Formelt skal søknader behandles i nemnd, men i praksis vil foreldrenes ønske tas til følge så lenge grensen for levedyktighet ikke er klart overskredet. Det gjelder da både for ekspertveiledere og nemndmedlemmer å være nøytrale samtidig som de uttrykker sympati og forståelse.

Forsinkelser er fortsatt et problem

Forsinkelse får konsekvenser når grensen for selvbestemt abort overskrides. Da må kvinnen møte for nemnd, et ekstra ledd i prosedyren. Nemndene behandler i dag et fåtall saker og har derfor ikke faste møtedager. Det kan gå ekstra tid før møtet holdes, og hvis søknaden innvilges, enda en stund før inngrepet kan utføres. Dermed kan svangerskapets varighet fort bli 14 eller 15 uker før det avbrytes, med det ekstra ubehag det medfører.

Overskridelse av 12-ukersgrensen har flere årsaker: Det dreier seg oftest om kvinner som er usikre og vil ha litt mer tid til å tenke seg om. Hvis svangerskapets varighet da ikke er korrekt beregnet, kan legen ta feil og si hun kan vente i fire uker når hun i virkeligheten alt er ti uker på vei. En annen må vente lenge på time fordi hun ikke vil opplyse grunnen til at hun søker lege, i telefonen. For andre kan en interkurrent sykdom utsette det hele flere uker. Skriftlig henvisning per post kan også gi forsinkelser.

Det er all mulig grunn til å gi kvinnen tid til å tenke seg om. Ikke sjelden ombestemmer hun seg og frafaller ønsket om abort. På den annen side må legen ikke glemme tidsaspektet og se til at hun bestemmer seg før det er for sent. Det er første omgang primærlegens oppgave å fastsette svangerskapets varighet, på grunnlag av anamnese og bedømmelse av livmorens størrelse. Ultralydmåling av fosteret blir sjelden gjort før hun kommer til sykehuset for å få utført inngrepet. Legen må være klar over feilmarginene ved den kliniske vurderingen, som iblant kan få uheldige konsekvenser.

Alt i alt tror jeg legene i Norge gjør en god og samvittighetsfull jobb i møtet med kvinner som ber om hjelp i forhold til uønskede svangerskap. Innsatsen kan bli bedre når det gjelder tidsaspektet, og i noen tilfeller bør den begrunnede henvisning være noe fyldigere for dem som henvises til nemndbehandling etter utgangen av 12. uke.

LITTERATUR:

1. Stortingsmelding nr. 16 (1995-96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.
2. Hanao R. Veileder i sosialmedisin, 14. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
3. Bruk av ultralyd i svangerskapet. Konsensuskonferanse 28. februar - 1. mars 1995. Rapport nr. 9 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1995.
4. Statens helsetilsyn. Ultralydundersøkelse av gravide. IK-nr. 2526. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

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