



Spiral er ikke et abortmiddel

DEBATT

TILDE BROCH ØSTBORG

E-post: tilde.ostborg@gmail.com

Tilde Broch Østborg er ph.d.-kandidat og konstituert overlege ved Kvinneklinikken, Stavanger universitetssjukehus.

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

Diskusjonen om reservasjon mot innsetting av spiral bygger på inngrodde medisinske myter og er blind for diskriminering av kvinners rettigheter.

Høyesterett behandlet saken legen Katarzyna Jachimowicz reiste mot Sauherad kommune primært som en avtalerettslig sak. I et obiter dictum i dommen fremgår det at samvittighetsfrihet jfr. Den europeiske menneskerettskonvensjonens artikkel 9 ikke lå til grunn for domsavsigelsen (1). Uten å gå nærmere inn i de juridiske aspektene som har vært belyst i flere artikler og kronikker (2, 3), er det viktig å belyse faktiske, medisinske og etiske aspekter ved reservasjon mot å sette inn spiral.

I andre «reservasjonsrettsspørsmål» for helsepersonell er det ingen tvil om medisinske fakta. Abort avslutter et svangerskap. Aktiv dødshjelp avslutter et liv. Rituell omskjæring fjerner ytterste del av et guttebarns forhud. Alle spiralmotstandere baserer holdningen sin på et sentralt dogme, nemlig at livet starter før implantasjon. Samtidig vet vi at så mange som 40 % av alle tidlige embryo ikke implanteres (4). Livets begynnelse er imidlertid en filosofisk diskusjon som går langt utover dette innleggets ramme.

Det har bredt seg en misoppfatning om spiralers virkningsmekanisme, som må korrigeres: Spiral fører ikke til abort, spiral forebygger uønskede svangerskap. Kobber- og hormonspiral virker prekonsepsjonelt. Jeg siterer konklusjonen i en omfattende oversiktsartikkel om spiralers virkningsmekanisme: «The bulk of the data indicate that interference with the reproductive process after fertilization has taken place is exceptional in the presence of a T-Cu (kobberspiral) or LNG-IUD (hormonspiral) and that the usual mechanism by which they prevent pregnancy in women is by preventing fertilization» (understreking i original) (5). Det er altså helt eksepsjonelt eller usedvanlig at spiraler påvirker et befruktet egg.

Dette er overførbart til annen medisinsk behandling: Som leger forskriver vi mange medikamenter som kan ha uønskede bivirkninger eller sjeldne effekter som går på tvers av intensjonen med forskrivning. Vil det være rimelig å reservere seg mot å forskrive warfarin som tromboseprofylakse fordi det kan gi livstruende blødning, eller insulin fordi det kan gi livstruende hypoglykemi? Påstanden om at spiralen har en postkonsepsjonell effekt utover det eksepsjonelle, uvanlige og unntaksvise har så vidtrekkende konsekvenser at det påhviler den som hevder det en betydelig bevisbyrde. En slik bevisbyrde foreligger helt enkelt ikke (6).

Arbitrære valg

Mange antikonseptiva og andre medikamenter kan ha en postkonsepsjonell effekt. Minipillen vil ikke alltid hindre eggløsning. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler til fertile kvinner kan hindre implantasjon. Mange medikamenter med viktige terapeutiske effekter kan også være fosterskadelige. Dersom vi skal være konsekvente i at det skal være mulig å reservere seg mot å forskrive medikamenter med mulige postkonsepsjonelle effekter, oppstår det raskt vansker med å ha kvinnelige pasienter i fertil alder.

Kobber- og hormonspiral er de sikreste prevensjonsmidlene som finnes utenom sterilisering. Aborttallene i aldersgruppen 15–24 år har falt bratt fra 2008 til historisk lave nivåer (7). Selv om en kausal sammenheng ikke er vist, antas det at effekten henger sammen med gratis prevensjon til unge – særlig langtidsvirkende prevensjon (LARC) i form av p-stav og spiral. Det hviler et stort ansvar på dem som skaper skepsis til disse prevensjonsmidlene, ikke minst når de selv er helsepersonell.

Rosa Parks og pasienters rett til verdighet

Flere rammeverk har vært foreslått for når reservasjon bør aksepteres. Et kriterium som ofte legges frem, er at byrden for pasienten skal være akseptabel (8). I Jachimowicz' tilfelle ble pasientenes behov for spiral løst ved at de ble henvist videre til en annen lege. Det kan synes rimelig ved første øyekast, men er det tilstrekkelig?

Ronan McCrea skriver i en kommentar til en dom i Den europeiske menneskerettsdomstolen: «Diskriminerende handlinger har en moralsk betydning som går bortenfor tilbakeholdelse av en tjeneste. Ingen vil hevde at Rosa Parks ikke led overlast dersom det fantes et annet busselskap i Montgomery Alabama som hun kunne ha brukt og som ikke hadde diskriminerende seteanvisninger?» (9).

Det er få som i dag bestrider Rosa Parks' rettigheter, men er vi blinde for diskriminering når den gjøres på kjønn og prevensjonsbehov istedenfor etnisitet?

Marginaliserer vi legers reservasjonsmulighet?

Reservasjon mot spiral forutsetter med andre ord et religiøst dogme, et marginalt faktagrunnlag, en betydelig risiko for alternativkostnad i form av uønskede graviditeter og en mulig skjult diskriminering.

Vi er avhengige av en betydelig samfunnsmessig aksept for at reservasjon lovlig skal kunne brukes som virkemiddel blant leger. Det er flere aktuelle politiske saker som kan bli realitet de nærmeste årene, blant annet aktiv dødshjelp. Dersom dette blir en politisk realitet, tror jeg vi står betydelig sterkere om vi ikke har krevd reservasjon på manglende grunnlag i andre saker.

LITTERATUR:

1. Lovdata. Dom i Høyesterett – samvittighetsforbehold for fastlege. https://lovdata.no/artikkel/dom_i_hoyesterett__samvittighetsforbehold_for_fastlege/2233 (12.10.2018).
2. Fosmark PR, Dahl TN. Spiralnektlegen vant i Høyesterett og kommunen må betale 2,5 millioner i omkostninger etter ugyldig oppsigelse. Advokaten. <http://www.advokatbladet.no/2018/10/spiralnektlegen-vant-i-hoyesterett-og-kommunen-ma-betale-25-millioner-i-omkostninger-etter-ugyldig-oppsigelse/> (12.10.2018).
3. Bleken H. Høyesterett og reservasjonsrett. Verdidebatt. <http://www.verdidebatt.no/innlegg/11743683-hoyesterett-og-reservasjonsrett?side=1#svar-11743723> (6.11.2018).
4. Diedrich K, Fauser BC, Devroey P et al. The role of the endometrium and embryo in human

implantation. Hum Reprod Update 2007; 13: 365 - 77. [PubMed][CrossRef]

5. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. Contraception 2007; 75 (suppl): S16 - 30. [PubMed][CrossRef]

6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Facts are important. Emergency contraception (EC) and intrauterine devices (IUDs) are not abortifacients. <https://www.acog.org/-/media/Departments/Government-Relations-and-Outreach/FactsAreImportantEC.pdf> (6.11.2018).

7. Løkeland M. Fakta om abort. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort-fakta-med-statistikk/> (6.11.2018).

8. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? J Med Ethics 2012; 38: 18 - 21. [PubMed][CrossRef]

9. McCrea R. Strasbourg Judgement in Eweida and Others v United Kingdom. UK Constitutional Law Association. <https://ukconstitutionallaw.org/2013/01/16/ronan-mccrea-strasbourg-judgement-in-eweida-and-others-v-united-kingdom/> (6.11.2018).

Publisert: 15. november 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0818

Mottatt 20.10.2018, første revisjon innsendt 6.11.2018, godkjent 6.11.2018.

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