

Svangerskapsavbrudd, mifepriston og pasientrettigheter



Redaksjonelt

*Sykehusene må kunne tilby både
medisinsk og kirurgisk abort*

Progesteron stimulerer vekst av livmorslimhinnen og hemmer livmormuskulaturen slik at et befruktet egg kan feste seg i livmorslimhinnen. Mifepriston har motsatt effekt og vil derfor føre til at svangerskapet avbrytes. Denne effekten gjør at mifepriston i kombinasjon med misoprostol nå er standardmetoden for medikamentelt induisert svangerskapsavbrudd. Slike svangerskapsavbrudd har i flere land langt på vei erstattet kirurgiske metoder ved svangerskapsavbrudd i første trimester.

Allerede i 1988 ble metoden tatt i bruk i Frankrike og i 1992 i Sverige. Grupper som var imot kvinners rett til selv å avgjøre spørsmålet om svangerskapsavbrudd, truet med å boikotte firmaet som markedsførte preparatet. Derfor valgte produsenten ikke å søke registrering av medikamentet i andre land. Slik stod saken i flere år: Kvinnegrupper og gynekologer i flere land bad om å få mifepriston tilgjengelig i deres land, men firmaet torde ikke. Tapet ved boikott av deres andre medikamenter kunne bli større enn inntekten fra salg av mifepriston. Løsningen kom i 1997 da patentet for mifepriston ble overført til det nydannede franske firmaet Exelgyn som ikke førte andre legemidler og dermed ikke kunne boikottes. I dag er mifepriston tillatt markedsført i hele EØS-området. Forhåpentligvis vil metoden også bli tilgjengelig i utviklingsland og andre land der kirurgiske aborter er vanskelig tilgjengelig eller blir utført på usikre måter.

I Norge gikk motstanden mot mifepriston langt inn i Stortinget (1). Noen gynekologiske avdelinger gikk i bresjen og kunne tilby mifepriston ved svangerskapsavbrudd allerede i 1998 etter innførsel av legemidlet på registreringsfritak (2). I dag er medikamentelt induisert svangerskapsavbrudd en selvfølgelig del av norsk helsetjeneste. En tredel av de sykehus som utfører svangerskapsavbrudd, har tatt i bruk metoden.

Lov om svangerskapsavbrudd slår fast kvinners rett til selv å bestemme valget om å avbryte eller fullføre et svangerskap (3). Lov om pasientrettigheter har utvidet denne selvbestemmelsen til å gjelde også valget av sykehus og metode (4).

Etter pasientrettighetsloven § 2-4 kan en kvinne selv bestemme ved hvilket sykehus hun skal få utført svangerskapsavbrudd. Dermed kan hun alltid velge seg til et sykehus som tilbyr medisinsk abort. Dette må imidlertid ikke bli en sovepute for avdelingene som ennå ikke kan tilby metoden. Det

er et rimelig krav at alle sykehusavdelinger som utfører svangerskapsavbrudd, kan tilby denne metoden i løpet av et års tid. Regimene er nå standardisert slik at det ikke trengs kliniske utprøvinger. Det er rett og slett snakk om å ta i bruk et godt dokumentert medisinsk fremskritt.

Etter pasientrettighetsloven § 3-1 har pasienter «rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder». Dette betyr at kvinner som skal få utført svangerskapsavbrudd, skal ha et valg mellom medisinsk og kirurgisk abort. Utfordringen for sykehusene og helsepersonellet er å skaffe seg kompetanse til å gi gode og utfyllende råd til kvinnene som skal velge metode. Informasjon om fordeler og ulemper ved metodene hører med. Viktige ulemper ved medisinsk abort er bivirkningene, særlig kvalme og smerter, og at prosedyren krever flere besøk ved sykehuset. Line Bjørge & Ole-Erik Iversens oversiktsartikkel i dette nummer av Tidsskriftet er et naturlig utgangspunkt for en slik kompetansebygging (5).

Preben Aavitsland
preben.aavitsland@folkehelsa.no
Tidsskriftet
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Preben Aavitsland (f. 1963) er fagredaktør i Tidsskriftet og har i mange år veiledet unge kvinner om prevensjon og abort som lege ved Klinikk for seksuell opplysning i Oslo.

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (1995–96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.
2. Iversen O-E, Bergsjø P. Bør antiprogesteron tas i bruk ved svangerskapsavbrudd? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 188: 212.
3. Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd. www.lovdatab.no/all/nl-19750613-050.html.
4. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter. www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html.
5. Bjørge L, Iversen O-E. Mifepriston – et kontroversielt legemiddel med stort potensial. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3286–91.