
Hva er galt ved selektiv abort?

KRONIKK

PÅL GULBRANDSEN

Email: pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Et forskningsprosjekt i Trondheim der man tok sikte på å utrede mulighetene for å avdekke fosterskader og bestemme fødselstermin ved bruk av ultralyd i 13. svangerskapsuke, er stoppet etter en tverrvending av den regionale etiske komité. Komiteen tok på eget initiativ sin godkjenning opp til revurdering etter at helseministeren engasjerte seg i saken.

Det er særlig det såkalte sorteringssamfunnet som står under debatt. Man vil forhindre at fostre fjernes pga. utviklingsavvik. Slik praksis er imidlertid etablert i det offentlige helsevesen i Norge og tillatt i henhold til § 2 i lov om svangerskapsavbrudd. Dessuten innebærer denne loven at man tillater seleksjon på sosiale indikasjoner som bestemmes av kvinnen selv. Den videre diskusjon må derfor konsentreres om på hvilket tidspunkt i svangerskapet man kan tillate selektiv abort og hvilke kriterier som er akseptable, snarere enn hvorvidt denne praksis overhodet kan tillates. I diskusjonen kommer man ikke utenom at det vil være tilgang til private tilbud om tidlig fosterdiagnostikk.

Provosert abort er tillatt i Norge innen utgangen av 12. svangerskapsuke, og det er kvinnen som bærer fosteret som alene har den endelige avgjørelsesmyndighet. At det er slik, henger først og fremst sammen med at den feministiske revolusjon gav klima for å gi kvinner større frihet. Selv om mange ulike innfallsvinkler i argumentasjonen for selvbestemt abort ble brukt, var en av de dominerende begrunnelser at den gravide kvinnen selv best visste om hun ville være i stand til å føde og ta vare på et barn. Uavhengig av hva man mener om abortloven må dette kunne sees som et uttrykk for at samfunnet tillater en seleksjon av fostre basert på sosiale kriterier knyttet til kvinnen (som altså kvinnen selv definerer).

Utviklingen innen fosterdiagnostikk har også medført at det er etablert en praksis med provosert abort basert på funn av utviklingsavvik hos fosteret. Antall begjæringer om svangerskapsavbrudd innvilget etter 12. svangerskapsuke har siden 1979 ligget

forholdsvis stabilt rundt 400, men andelen som er innvilget etter § 2, tredje ledd punkt c i loven er stigende (tab 1). Denne paragrafen gir mulighet for å tillate provosert abort dersom det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet, den såkalte eugeniske indikasjon (1). 126 (28 %) av totalt 455 abortbegjæringer etter 12. svangerskapsuke ble innvilget på dette grunnlag i 1998. I 1979 var andelen 5,9 %.

Det er altså tillatt ved lov å velge bort fostre etter utgangen av 12. svangerskapsuke i dag, kfr. ordlyden i § 2 (tab 1). Hvordan kan vi da forstå det politiske engasjement mot et forskningsprosjekt som har som ett av sine mål å studere mulighetene for fosterdiagnostikk ved hjelp av ultralyd på et tidligere tidspunkt i svangerskapet? Og er vedtaket til den regionale etiske komiteen egentlig et skritt vekk fra sorteringssamfunnet?

Tabell

Tabell 1 Innvilgede begjæringer om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke. Utvalgte år 1979 – 98. Statistisk sentralbyrå (Jens-Kristian Borgan, personlig meddelelse)

År	Totalt	§ 2a	§ 2b	§ 2c	Andre og kombinasjoner	Uoppgitt indikasjon
1979	456	76	145	27	46	163
1982	396	36	195	8	19	145
1985	365	55	277	24	8	1
1988	380	47	288	38	1	6
1991	369	39	208	92	4	25
1994	384	31	200	144	9	–
1998	455	54	208	126	1	66

Selektiv abort – ulike nivåer

Selektiv abort kan innebære alt fra eugenikkens bevisste utvalg av fostre med de mest ønskede gener (de best egnede?) til fjerning av fostre hvis utvikling er uforenlig med et liv etter fødselen. Professor i teologi Svein Aage Christoffersen siterer en svensk skala som dekker de fleste tenkelige nivåer av begrunnelser (2) (tab 2). Forutsetningene for å lage en slik skala er minst to (2). For det første må fosteret ha en eller annen form for livsrett, ellers ville abort vært uproblematisk på ethvert nivå. For det andre må denne livsretten veies mot den belastning som må følge av at det blir født, så vel på barnet selv som på foreldrene eller på samfunnet, ellers ville abort blitt betraktet som problematisk på ethvert nivå. Informasjonen om hva som ligger bak aborter etter 12. svangerskapsuke er ikke optimal (3), men tallene tyder i hvert fall på at det er aksept for å tillate abort et sted omtrent midt på skalaen i tabell 2.

Tabell 2

1	Skaden er uforenlig med et liv etter fødselen
2	Barnet fødes sykt og dør formodentlig i løpet av første leveår
3	Barnet er friskt ved fødselen, men blir deretter sykt og dør før voksen alder
4	Barnet vil gjennom hele livet ha et handikap eller en sykdom og kreve økt omsorg og støtte fra omgivelsene
5	Barnet vil bli født med en misdanning eller en skade som kan korrigeres ved operasjon eller medisinsk behandling
6	Barnet fødes med anlegg for en sykdom som vil bryte ut en eller annen gang i voksen alder og som formodentlig vil forkorte livslengden
7	Barnet vil antakelig være friskt, men det vil ha anlegg for sykdom som genetisk vil bli videreført i befolkningen
8	Barnet er friskt, men har en egenskap som foreldrene ikke ønsker, som for eksempel kvinnelig kjønn

Svangerskapsalder er viktig

Hvis man overhodet kan akseptere provosert abort på noen indikasjon (for eksempel etter voldtekt eller for å redde morens liv), vil man måtte akseptere en diskusjon om i hvilken grad et foster har livets rett. Filosofen Jens Saugstad har drøftet dette spørsmålet inngående (4). Det er ikke nødvendigvis slik at det å ha en menneskelig genetisk kode er relevant for å ha rett til liv. Slik lovverk og praksis er i Norge i dag, ser det faktisk ut til at fosteret kan tape sin rett til liv på ulike indikasjoner et eller annet sted før 28. svangerskapsuke (en grense som ikke er nedfelt i lov eller forskrift) (3). Retten til liv kan altså være knyttet til andre egenskaper ved fosteret enn den genetiske koden, for eksempel evnen til å sanse eller evnen til å ha rasjonell natur. Når får fosteret slike evner? Elektriske potensialer i hjernen kan registreres i hjernen ved om lag 12 ukers graviditet (5). Det er kanskje mulig å se på tiden før dette som analog til dokumentert tap av cerebral blodsirkulasjon ved spørsmål om å avslutte behandling av mennesker. Skulle dette danne basis for valg av akseptabelt seneste tidspunkt for provosert abort, får vi imidlertid umiddelbart to problemer. For det første kan kunnskapen om hjernens aktivitet hos fosteret endres etter hvert, for det annet betyr det at vi må innse at flere hundre fostre er blitt drept i løpet av de siste årene i Norge. Det siste er antakelig ikke i samsvar med folks alminnelige rettsoppfatning.

Når provosert abort anvendes langt senere, kan det ha sammenheng med at fosterets rett til liv er begrenset av den gravide kvinnens rettigheter. Saugstad hevder at drap på personer i helt spesielle situasjoner er forenlig med at retten til liv er umistelig og ukrenkelig, fordi denne retten ikke er absolutt. Fosterets rett til liv genererer ikke uten videre et gyldig krav om at den gravide kvinnen har plikt til å bruke sin kropp for å redde dette livet (4). I et tenkt eksempel der fosteret er erstattet med en voksen, bevisstløs person, illustreres det urimelige i et slikt krav godt (6).

Ultralydprosjektet i Trondheim

Det såkalte ultralydprosjektet i Trondheim hadde som ett av målene å studere hvilken sensitivitet og spesifisitet bruk av ultralydundersøkelse av fosteret i 13. svangerskapsuke har med henblikk på utviklingsavvik. Den regionale etiske komité behandlet søknaden om ultralydprosjektet første gang i juni 1999. I sin vurdering vektla man den gang særlig pasientautonomien (dvs. kvinnens autonomi), at det ville bli sørget for skriftlig informert samtykke, og at kvinnen kunne trekke seg. Dessuten så man positivt på at prosjektet innebar en intervensjon der man særlig skulle ta seg av kvinnen og helsearbeiderne ved usikkerhet om konklusjonene ved ultralydundersøkelsen. Problemstillingen «sorteringssamfunn» ble også berørt i diskusjonen (Geir Jacobsen, personlig meddelelse 22.12. 1999).

På basis av helseministerens engasjement gjenopptok komiteen på eget initiativ saken, idet den anså seg som autonom og dermed kompetent til når som helst å revurdere sine egne avgjørelser. Denne gangen innhentet man uavhengige uttalelser fra en epidemiolog og en statistiker. Komiteens leder, Geir Jacobsen, forteller at ved en på forhånd valgt spesifisitet på 99 % ble sensitiviteten estimert til 65 %, noe som ville medføre at 45 % av positive funn ville være falskt positive. Ut fra disse uttalelsene kom komiteen i anfektelser over faren for å øke antallet aborter av egentlig friske fostre, mistenkt for å ha en utviklingsfeil. Bl.a. derfor valgte man å trekke sin tilråding tilbake og i stedet frarå at prosjektet ble gjennomført.

Private tilbud

Georg Høyer advarer i en kronikk i Aftenposten mot faren ved å sette i gang et prosjekt som blander sammen forskning om egnetheten av tidlig ultralyd for å forebygge misdanninger med tidlig ultralyd som et helsetjenestetilbud (7). Dette er det lett å slutte seg til. Men vil og kan politikerne egentlig regulere den allerede tiltakende bruk av tidlig fosterdiagnostikk hos privatpraktiserende gynekologer? Majorstuaklinikken har etablert et tilbud med fosterdiagnostikk fra 12. svangerskapsuke. Ved tre av 250 undersøkelser i 1999 avdekket man der mulig utviklingsavvik, og kvinnene ble henvist til regionsykehus. Den lave andelen (1,2 %, mot ca. 2 % i internasjonale studier) forklares ved at klientellet ved Majorstuaklinikken er forholdsvis ressurssterke kvinner (Josef Ekgren, personlig meddelelse 19.1. 2000). Internasjonalt er tilbud som dette akseptert mange steder. Det er ikke noe prinsipielt i veien for at Norge velger å forby slik virksomhet, men det er trolig urealistisk. For det første kan det bli meget vanskelig å håndheve forbudet, og for det annet vil de som har råd til det, likevel kunne skaffe seg tilbudet utenfor landet. I Norge er det fortsatt vanskelig å få gjennomslag for en politikk som ikke gir lik tilgang til noe som oppfattes som (selv om det ikke nødvendigvis er) et helsetilbud.

Inkonsekvent engasjement og argumentasjon

Regjeringen mener det er viktig å motarbeide utviklingen av samfunnstrekk som legger opp til sortering av mennesker (8). På denne bakgrunn kan man forstå det politiske engasjement mot ultralydprosjektet i Trondheim, men ikke mangelen på initiativ i forhold til praktiseringen av abortlovens «eugeniske» indikasjon. Jeg finner det sannsynlig at man har innsett at et flertall i befolkningen aksepterer at fosteret ikke har ubetinget rett til liv. Derfor vil man, selv om man hevder å være mot sorteringssamfunnet, ikke angripe den sortering som alt forekommer. Man velger i stedet å ta initiativ til å forhindre et prosjekt som, fordi det er nytt, ikke oppleves å ramme noen. Med det kan man på samme tid signalisere etisk ansvarlighet uten å gi noen dårlig samvittighet. Etisk sett kan man vanskelig hevde at indusert abort etter 18. svangerskapsuke representerer et mindre problem enn abort etter 12. uke. Kanskje ligger en frykt for at diagnostikk før utgangen av 12. uke gir den enkelte gravide muligheten til å velge bort fostre med utviklingsavvik uten at samfunnet har noen kontroll over dette? Men ville det ikke da vært mye bedre å ta opp en diskusjon om hvor stor grad av utviklingsavvik som må til for at samfunnet skal akseptere selektert abort i det hele tatt?

Risikoen for feilaktig å diagnostisere et friskt foster til å ha utviklingsavvik øker jo tidligere i svangerskapet en undersøkelse gjennomføres. Denne risikoen innebærer at noen egentlig friske fostre kan komme til å bli valgt bort sammen med dem man vil tillate fjernet. Hvis den lokale etiske komiteen har ønsket å imøtekomme innvendingene mot en tendens til å skape et sorteringssamfunn, er i alle fall ikke dette noe argument, snarere kan det hevdes at en dårligere evne til å skille «friske» fra «syke» fostre er en fordel i akkurat denne sammenhengen.

Det finnes vitenskapelige, ressursmessige og politiske grunner til å være skeptisk til tidlig prenatal diagnostikk, men innenfor rammen av etablert praksis i dag finnes ikke etiske grunner. Derimot trengs en vedvarende etisk debatt om premissene for provosert abort i det hele tatt.

LITTERATUR

1. Gulbrandsen P. Prenatal diagnostikk – trygghet eller trussel? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 516 – 7.
2. Christoffersen SAa. Manipulasjon eller restriksjon. Etiske og teologiske synspunkter på bioteknologien. Kirke og kultur 1986; 2: 100 – 19.
3. Eskild A, Nesheim B-I, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. S Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996 – 97 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1000 – 3.
4. Saugstad J. Abort. I: Johansen KE, red. Etikk: en innføring. Oslo: Cappelen, 1994.
5. Austin CR. Human embryos. The debate on assisted reproduction. London: Oxford University Press, 1989.

6. Thomson JJ. A defense of abortion. I: Rachels J, red. Moral problems. New York: Harper & Row, 1979: 130 – 50.
7. Høyer G. Ultralyd i 12. uke? Aftenposten (morgenutgave) 16.12.1999.
8. Menneskeverdet og faren for sortering. I: St.meld. nr. 26 (1999 – 2000). Om verdier for den norske helsetjeneste: 26.

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.