



DET TEOLOGISKE  
MENIGHETSAKULTET

# Helsesjekk på fosterstadiet?

En systematisk-teologisk drøfting av tidlig ultralyd.

**Ruth Eva Sollie**

**Veileder**

Gunnar Harald Heiene

*Spesialavhandlingen er gjennomført som ledd i utdanningen ved  
Det teologiske Menighetsfakultet og er godkjent som del av denne utdanningen*

Det teologiske Menighetsfakultet høsten 2012, 11. semester

AVH504: Spesialavhandling med metode (30 ECTS)

**Profesjonsstudiet i teologi**

# Innholdsfortegnelse

1	Kapittel: Innledning .....	4
1.1	Interesse og aktualitet .....	4
1.2	Begrepsavklaring .....	6
1.3	Problemstilling.....	6
1.3.1	Avgrensning.....	7
1.4	Materiale .....	8
1.5	Metode .....	10
1.6	Struktur .....	12
2	Kapittel: Tidlig ultralyd .....	14
2.1	Innledning .....	14
2.2	Den alminnelige svangerskapsomsorgen .....	14
2.3	Fosterdiagnostikk .....	15
2.4	Ultralyd uten medisinsk indikasjon .....	16
2.5	Tidlig ultralyd som rutineundersøkelse .....	16
2.6	Hva kan tidlig ultralyd avdekke? .....	18
2.7	Sammenfatning .....	18
3	Kapittel: Teologisk antropologi .....	20
3.1	Innledning .....	20
3.2	Hva er et menneske? .....	20
3.2.1	Skapt i Guds bilde.....	21
3.2.2	Et teosentrisk forankret menneskesyn.....	22
3.3	Menneskeverd.....	24
3.4	Et møtepunkt mellom biologi og etikk .....	25
3.5	Fosterets moralske status .....	25
3.5.1	Person-argumentet .....	26
3.5.2	Potensial-argumentet .....	27
3.5.3	Biologisk kontinuitet eller moralsk utvikling? .....	28
3.5.4	Sammenfatning av min posisjon .....	29
3.6	Abortlovgivning og begrepsavklaring .....	30
3.7	En teologisk vurdering av abort.....	30
3.7.1	Generell vurdering av abort .....	31
3.7.2	Selektiv abort .....	31
3.8	Synet på alvorlig sykdom og funksjonshemninger .....	33
3.8.1	Historiske tendenser .....	33
3.8.2	Sykdom og smerte .....	35
3.8.3	Funksjons- og utviklingshemninger .....	35
3.9	Sammenfatning .....	36
4	Kapittel: Drøfting .....	38
4.1	Innledning.....	38
4.2	Pro-argument: Foreldres autonomi.....	39
4.2.1	Selvbestemmelse.....	39
4.2.2	Prinsippet om informert samtykke .....	41
4.3	Pro-argument: Økt trygghet.....	43
4.3.1	Tallene bak påstanden .....	43

4.3.2	Holdbarhet og relevans .....	44
4.4	Pro-argument: Prinsippet om likhet og sosial utjevning .....	46
4.4.1	Holdbarhet .....	46
4.4.2	Relevans.....	47
4.5	Contra-argument: Helsegevinst?.....	49
4.5.1	Hva slags helsegevinst? Kunnskapsenterets vurdering .....	49
4.5.2	Hva slags helsegevinst? Fostermedisinsk vurdering .....	50
4.5.3	Tidlig ultralyd og kriterier for screening .....	51
4.6	Contra-argument: Faren for økt antall selektive aborter.....	53
4.6.1	Holdbarhet.....	53
4.6.2	Relevans .....	54
4.7	Contra-argument: Trusselen om sorteringssamfunnet .....	58
4.7.1	Hva er sortering? .....	58
4.7.2	Hvem rammes av sorteringssamfunnet?.....	59
4.7.3	Holdbarhet og relevans .....	61
4.8	Konklusjon .....	64
5	Kapittel: Avslutning.....	67
5.1	Sammenfatning .....	67
5.1.1	Tidlig ultralyd .....	67
5.1.2	Teologisk antropologi.....	68
5.1.3	Drøfting og konklusjon .....	69
5.2	Utblick.....	72
5.3	Litteraturliste .....	73

# 1 Kapittel: Innledning

## 1.1 Interesse og aktualitet

Onsdag 16. februar 2011 stod Stortingets vandrehall på hodet. Etter den muntlige spørretimen oppstod det en konfrontasjon mellom Marte Wexelsen Goksøyr og statsminister Jens Stoltenberg. Marte Wexelsen Goksøyr hadde ved hjelp fra Kristelig Folkeparti kommet seg inn på Stortinget, og med et samlet pressekorps tilstede utfordret hun statsministeren på om han stod ved sitt ord. Bakgrunnen for spørsmålet var et intervju NRK gjorde med statsministeren i forbindelse med dokumentarprogrammet «Bare Marte» i 2007. I intervjuet gjorde Stoltenberg det klart at det ikke skal endres noen lover i Norge som vil gjøre det lettere å ta abort basert på indikasjon om Downs syndrom.<sup>1</sup> Løftet gav han til Marte, skuespiller og samfunnsdebattant, som har Downs syndrom.

Fire år senere, 26. januar 2011, programfestet Arbeiderpartiet et forslag om å utvide dagens offentlige tilbud om ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-19 med et tilbud om tidlig ultralydundersøkelse i uke 11-13. Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet har gjort det samme.<sup>2</sup> Forslaget om tidlig ultralyd kommer som en del av arbeidet med å evaluere Bioteknologiloven fra 2003. Undersøkelsen er kontroversiell fordi den i tillegg til å være fostermedisinsk, kan være diagnostisk, det vil si avdekke risiko for kromosomfeil og andre alvorlige sykdommer.

Som svar på Arbeiderpartiets vedtak skrev Marte en kronikk i VG om fosterdiagnostikk. Kronikken skapte en mediestorm.<sup>3</sup> Dette førte til at KrF inviterte henne til Stortinget, og iført en t-skjorte med påskriften *Utrydningstruet* utfordret hun statsministeren på lovforslaget som vil åpne for tidlig ultralyd til alle gravide. I samtalen med Marte holdt statsministeren fast på at regjeringen ikke vil endre abortloven for å gjøre abort ved indikasjon på kromosomavvik lettere enn i dag: «Alle er ønsket i samfunnet, også dem med Downs syndrom. Det er ikke det diskusjonen handler om. Det er urettferdig ovenfor de kvinnene som i dag velger å ta en tidlig ultralydundersøkelse å si at disse er for sorteringssamfunnet. Vi ønsker ingen modell der det letes spesielt etter indikasjon på

---

<sup>1</sup> Goksøyr, W. 2012:84

<sup>2</sup> Kristelig Folkeparti, Høyre, Venstre og Senterpartiet har uttalt at de er i mot forslaget om rutinemessig tidlig ultralyd. Om forslaget om tidlig ultralyd blir vedtatt av sittende regjeringen er i skrivende stund enda uklart. I juni 2012 ble det klart at regjeringen, etter press fra Sp, ikke valgte å innføre tidlig ultralyd gjennom en forskrift fra regjeringskontoret. Vedtaket er blitt utsatt til 2013 når stortingsmeldingen om Medisinsk etikk skal behandles. NRK 21.06.12

<sup>3</sup> Goksøyr, W. VG. 15.01.11

Downs syndrom.»<sup>4</sup> Statsministerens uttalelse skaper et behov for oppklaring. Hva er det diskusjonen om tidlig ultralyd *egentlig* handler om?

Spørsmålet har vært en kilde til uenighet. Forkjemperne for tidlig ultralyd har hevdet at formålet med tidlig ultralyd er å sikre rettferdighet, selvbestemmelse og trygghet for gravide. Undersøkelsen er ment å ivareta gravide kvinners ønsker. Motstanderne av tidlig ultralyd har ment at sortering er det *egentlige* tema. Med stor retorisk kraft har det blitt advart mot umoralsk seleksjon, jakten på «det perfekte barn» og «danske-tilstander».<sup>5</sup> Videre har forkjemperne for tidlig ultralyd påstått at undersøkelsen gir helseeffekt. Motstanderne har avvist dette. Det er god grunn til å bli forvirret, og det var nettopp denne forvirringen som vakte min interessen for temaet tidlig ultralyd. Hvordan er det mulig å hevde hardnakkert at en undersøkelse gir helsegevinst, samtidig som nettopp *mangel* på helsegevinst er hovedargumentet for den motsatte posisjonen? Videre melder det seg spørsmål om sorteringsdebatten. Handler tidlig ultralyd om sorteringssamfunnet eller gjør den ikke? At mennesker med Downs syndrom er utrydningstruet er en sterkt påstand. Finnes det grunnlag for denne påstanden? Og hva med kvinners trygghet og selvbestemmelse under svangerskapet? Hvordan blir disse verdiene ivaretatt i forslaget om tidlig ultralyd? Dette er noen av spørsmålene jeg vil drøfte i denne oppgaven.

## ***1.2 Begrepsavklaring***

Med tidlig ultralyd mener jeg en ultralydundersøkelse i uke 11-13 kombinert med blodprøve, en såkalt KUB-test. Jeg forutsetter et offentlig finansiert og organisert tilbud, gitt som en rutineundersøkelse til alle gravide som ønsker det, i tillegg til ultralydundersøkelsen i uke 17-19. Det finnes to ulike måter å gjennomføre en tidlig ultralydundersøkelse på; en med blodprøve og en uten. Jeg har valgt å vurdere tidlig ultralyd med blodprøve, fordi det er denne strategien som er mest treffsikker og kostnadseffektiv.<sup>6</sup> Jeg vil komme nærmere tilbake til hva som kjennetegner denne undersøkelsen i kapittel to. Øvrige begreper vil jeg forklare fortløpende.

---

<sup>4</sup> VL16.02.12  
TV2 16.02.12

<sup>5</sup> Danmark innførte i 2005 tidlig ultralyd med blodprøve (KUB-test). «Danske-tilstander» er at antall født barn med Downs syndrom er redusert etter undersøkelsen ble innført. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 4.

<sup>6</sup> Kunnskapsenteret 2012: 8, 111

### **1.3 Problemstilling**

Det er mulig å vurdere tidlig ultralyd fra ulike perspektiver. Undersøkelsen aktualiserer både medisinske, samfunnsøkonomiske og juridiske<sup>7</sup> spørsmål. Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om de *etiske* dilemmaene knyttet til undersøkelsen. Jeg vil gå inn i debatten fra et teologisk perspektiv. Ettersom dette er en oppgave i systematisk-teologi vil oppgaven ha et normativt siktemål. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende hovedproblemstilling:

#### ***Hvordan bør teologisk etikk og antropologi forholde seg til tidlig ultralyd?***

For å kunne besvare dette spørsmålet har jeg formulert noen forskningsspørsmål. For det første må jeg avklare hva debatten om tidlig ultralyd handler om: *Hva slags undersøkelse er tidlig ultralyd? Hva er formålet med undersøkelsen?* Videre må jeg avklare vurderingsgrunnlaget for oppgaven. *Hva er teologisk etikk? Hva innebærer en teologisk forståelse av mennesket?* Deretter er det nødvendig å aktualisere spørsmålet om fosterets moralske status, kvinners selvbestemmelse og abort. Tidlig ultralyd er en undersøkelse som kan si noe om fosterets helse mens det enda er i mors liv. Denne informasjonen kan enten føre til at foreldre velger å bære frem barnet eller avbryte svangerskapet. *Hva er fosterets moralske status? Hva er forholdet mellom fosterets liv og kvinnens avgjørelsesmyndighet over egen kropp og eget liv?* Videre er det nødvendig å avklare forholdet mellom funksjonshemming, sykdom og livskvalitet. *I hvilken grad har kognitive egenskaper og fysisk helse betydning for livskvalitet? Hva kjennetegner et meningsfullt liv?* Svaret på disse spørsmålene vil danne grunnlaget for å vurdere argumentene for og imot tidlig ultralyd. Jeg vil gjøre et forsøk på å gå bak de retoriske spissformuleringene og spørre: *Er det holdbarhet i påstandene om tidlig ultralyd? I hvilken grad har argumentene moralsk verdi?* Målestokken for denne vurderingen vil være teologisk etikk og antropologi. Tilsammen vil dette danne grunnlaget for å besvare hovedproblemstillingen: *Hvordan bør teologisk etikk og antropologi forholde seg til tidlig ultralyd?*

---

<sup>7</sup> Ultralydundersøkelser i uke 17-19 er i dag unntatt Bioteknologiloven, med unntak av § 4-5. Det ligger under den alminnelige svangerskapsomsorgen. Hvis man innfører tidlig ultralyd i uke 11-13 må man klargjøre om også den er tenkt unntatt Bioteknologiloven. Per i dag er det vanskelig å se at tidlig ultralyd til alle er forenelig med gjeldene lovforklaring. I dag regnes tidlig ultralyd uten noen indikasjon som en fosterdiagnostisk undersøkelse. Bioteknologinemnda 2011:2

### 1.3.1 Avgrensning

Omfanget av denne oppgaven krever at jeg gjør noen avgrensninger. Jeg vil ikke arbeide med andre former for prenatal diagnostikk enn tidlig ultralyd. Med prenatal diagnostikk mener jeg helsesjekk på fosterstadiet. Morkake- og fostervannsprøver er tradisjonelle eksempler på prenatal diagnostikk. Det nyeste formen for prenatal diagnostikk er genanalyser. Denne typen genteknologi kan gi langt mer presis og omfattende informasjon om fosteret. Genanalysen kan gjennomføres i uke 8-10, og flere hundre sykdommer kan undersøkes på denne måten.<sup>8</sup> Selv om det er overlappende utfordringer ved tidlig ultralyd og genanalyser, vil jeg kun behandle tidlig ultralyd.

Videre er fosterdiagnostikken i stadig utvikling. Et argument som har vært fremme i debatten mot tidlig ultralyd er det såkalte «slippery-slope»-argumentet – faren for utglidning. Ved å tilby tidlig ultralyd som en rutineundersøkelse frykter man at dette vil bane veien for nye, mer kontroversielle former for fosterdiagnostikk. Et eksempel på dette er en såkalt NIPS-undersøkelse, det vil si en undersøkelse av fosterets DNA i mors blod. Undersøkelsen kan blant annet gi svar på fosterets kjønn, avdekke gensykdommer og kromosomfeil. Det mest kontroversielle med NIPS er at resultatet kan være klart *før* grensen for selvbestemt abort.<sup>9</sup> Det finnes en rekke etiske utfordringer ved NIPS. Når jeg likevel velger å avgrense meg fra dette tema, handler det både om plassmangel og at NIPS stengt tatt ikke handler om tidlig ultralyd som rutineundersøkelse.<sup>10</sup>

### 1.4 Materiale

Forslaget om tidlig ultralyd som en rutineundersøkelse er en pågående debatt med relativ kort historie. Det er enda ikke skrevet noen bøker om emnet i norsk sammenheng. For å forstå debatten om tidlig ultralyd har jeg måtte oppsøke aviser, nettforum, medisinske tidsskrifter, faglige artikler og utredninger. Det har vært viktig å markere et skille mellom faglige innlegg og mer eller mindre kvalifisert synsing fra ivrige verdidebattanter. De fleste politikere og samfunnsdebattanter har ikke nok kunnskap om emnet til selv å gi en kvalifisert begrunnelse for sin posisjon. I argumentasjonen henviser de derfor til *andres* undersøkelser og refleksjoner. Det er disse faglige utredningene jeg har valgt å arbeide med i denne oppgaven. Kriteriet for utvalget av materialet har vært at utredningene skal inneholde representative argumenter for og imot tidlig ultralyd, og at forfatterne bak rapportene

<sup>8</sup> Christoffersen 2012: 30

<sup>9</sup> Helsedirektoratet 2011:137-139.

<sup>10</sup> For å lese mer om denne undersøkelsen se rapporten fra Det danske etikkråd 2009 *Fremtidens diagnostikk* [www.etiskrad.dk](http://www.etiskrad.dk)

har høy kompetanse i medisin og etikk, samt kunnskap om samfunnsøkonomiske og juridiske aspekter ved undersøkelsen. Materialet består av seks rapporter eller uttalelser, fra de fem mest siterte instansene i debatten.

Den første rapporten som inngår i materialet ble utgitt i 2008. Rapporten fikk navnet *Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet*, og ble utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, heretter kalt Kunnskapssenteret. Rapporten ble bestilt av Helsedirektoratet i 2006. Kunnskapssenteret er et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet. Kunnskapssenterets mandat er kunnskapsinnhenting til Helsedirektoratet, men rådet har ingen beslutningsmyndighet.<sup>11</sup> 11. april 2011 ble ultralydsaken diskutert i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og skal bidra til en helhetlig tilnærming i problemstillinger om kvalitet og prioritering.<sup>12</sup> Nasjonalt råd vurderte at det var behov for ytterligere informasjon enn rapporten fra 2008, og ba derfor Kunnskapssenteret besvare spørsmål om helsemessige effekter, diagnostisk nøyaktighet, økonomiske konsekvenser og etiske problemstillinger ved å innføre et tilbud om ultralyd i svangerskapsuke 11-13.<sup>13</sup> Dette resulterte i en rapport på 336 sider, inkludert vedlegg, skrevet av 17 representanter fra relevante faglige miljø. Rapporten fikk navnet *Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen*. Rapporten ble utgitt i 2012 og ble presentert på åpen fagdag i regi av Helseministeren 16. januar. Jeg vil henvise til innlegg fra denne fagdagen senere i oppgaven.<sup>14</sup> Kunnskapssenteret har ingen mandat til å fatte et vedtak for eller i mot tidlig ultralyd, men rapporten går langt i avvise forslaget.

Den tredje gruppen dokumenter jeg vil arbeide med er sakspapirer fra Nasjonalt råds behandling av tidlig ultralyd. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering er en av instansene som har gått inn for tidlig ultralyd. Flertallet (11 mot 8) stemte for forslaget på et møte 5. desember 2011. Begrunnelsen for vedtaket vil være en viktig kilde til innsikt i argumentasjonen for tidlig ultralyd.

Den fjerde rapporten jeg har valgt som materialet er Helsedirektoratets evaluering i 2011 av Bioteknologiloven fra 2003. I denne sammenhengen er det kapittel 4 *Fosterdiagnostikk* som er relevant. Rapporten drøfter fordelene og ulempene med de fosterdiagnostiske undersøkelser som finnes, og de etiske utfordringene ved å innføre nye undersøkelser. Rapporten inneholder ikke meg bekjent en uttalt konklusjon for tidlig ultralyd. Rapporten går likevel langt i å problematisere

<sup>11</sup> Kunnskapssenter 2008:2-3, 5

<sup>12</sup> Nasjonalt råd/v Stene-Larsen 16.01.12

<sup>13</sup> Kunnskapssenteret 2012:3

<sup>14</sup> Fagdagen ble filmet og lagt ut på nett-tv på regjeringens hjemmesider. Powerpoint-presentasjonene fra denne dagen er også lagt ut. [www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx)



alderskriteriet, det at bare kvinner over 38 år har rett på fosterdiagnostikk, faren for selektiv abort og trusselen om sorteringssamfunnet. Jeg har merket meg at flere medier har tolket rapporten som et ja til tidlig ultralyd.

Videre har jeg valgt å inkludere Bioteknologinemndas uttalelser i saken.

Bioteknologinemnda har utgitt to dokumenter som er relevante for denne oppgaven. Det første dokumentet er *Innspill til evaluering av Bioteknologiloven*. Rapporten ble utgitt i desember 2011 og er en gjennomgang av Helsedirektoratets evaluering av Bioteknologiloven, bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet. Kapitlet om fosterdiagnostikk er mest relevant i denne sammenhengen. Flertallet i Bioteknologinemnda (10 av 7) er mot et offentlig tilbud om tidlig ultralyd, men mener at alderskriteriet bør fjernes og at en KUB-test kun bør være tilgjengelig ved en egenandel. Mindretallet avviser ubetinget forslaget om rutinemessig tidlig ultralyd. Det andre dokumentet jeg vil henvise til har fått navnet *Offentlig tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet*. Dokumentet er en begrunnelse for nemndas standpunkt oversendt Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 07.04.11.

Til slutt har jeg valgt å presentere synspunkter fra Nasjonalt fostermedisinsk senter i Trondheim, representert ved professor i fostermedisin Sturla Eik-Nes og Kjell Å. Salvesen. Det fostermedisinske miljøet i Trondheim er kritiske til rapportene fra Kunnskapsenteret og har i en årrekke ment at tidlig ultralyd bør innføres til dem som ønsker det. Begrunnelsen for dette kan blant annet leses i et dokument oversendt Nasjonalt råd 22.03.11.

Disse seks dokumentene vil fungere som «primærkilder» i denne oppgaven. De vil selvsagt bli supplert av synspunkter hentet fra norsk og internasjonal litteratur om bioetikk, både med og uten et teologisk perspektiv. Intervjuer og kronikker med politikere og andre samfunnsdebattanter vil jeg bruke for å illustrere argumentasjonen i debatten.

### **1.5 Metode**

Oppgavens metode er en systematisk-teologisk drøfting med et normativt siktemål. Det vil si at jeg vil analysere argumentene for og i mot tidlig ultralyd slik de er presentert i faglig litteratur og drøfte disse i lys av teologisk etikk og antropologi, for deretter å komme med en normativ konklusjon. Dette aktualiserer spørsmålet om hva teologisk etikk er til forskjell fra annen etikk. Hvordan forstår jeg teologisk etikk?

Innledningsvis er det et poeng å understreke at alle etiske posisjoner og resonnementer

implisitt eller eksplisitt er forankret i et livssyn og en bestemt forståelse av virkeligheten. En teologisk etikk er forankret i den kristne tro og må derfor ta sitt utgangspunkt i Bibelen. En teologisk etikk som ikke forholder seg til Skriften kan vanskelig forsvares som en teologisk etikk. Det er likevel en misforståelse å tro at alle spørsmål får sine svar ved å hevde at Skriften er normativ. Påstanden sier ingen ting om *hvordan* Skriften er normativ i en teologisk etikk.

Bibelen er ikke overraskende fremmed for moderne bioteknologi. Bibelen sier heller ingenting om det vi i dag kaller psykiske utviklingshemninger.<sup>15</sup> Det finnes få utsagn om abort og foster. Når abort nevnes i 2 Mos 21,22-23 er det i forbindelse med erstatningsplikt til mannen for den som forvolder hustruens spontanabort.<sup>16</sup> At det finnes tekster som impliserer en positiv vurdering av fosteret i mors liv (Jer 1,5; Sal 139,16), gir ikke automatisk svar på spørsmålet om fosterets moralske status.<sup>17</sup> Hva betyr «Skriften som norm» i møte med etiske dilemma som ikke er behandlet i Bibelen? Hvordan skal en teologisk etikk konkludere i slike spørsmål?

Jeg har ikke her mulighet til å gi en utførlig presentasjon og drøfting av det hermeneutiske spørsmålet mellom Bibelens dengang og nå. Til det er det foreslått mange ulike, og til dels motstridende modeller. Oppgaven krever likevel at jeg tar stilling, og jeg vil derfor presentere noen viktige prinsipper som jeg vil legge til grunn for det videre arbeidet.

Fordi Skriften er menneskers fornuft og erfaring nedfelt i en bestemt historie, må vi som moralske mennesker bruke vår fornuft og erfaring i møte med Skriften. Menneskers møte med Skriften vil alltid være forankret i en historiske kontekst, på samme måte som Skriften er det. Det betyr at vi må søke kunnskap fra naturvitenskap, biologi, psykologi, samfunnsvitenskap osv. i møte med etiske dilemmaer. Også moralfilosofien er en god og nødvendig hjelp når vi skal vurdere et etisk problem. Hva er konsekvensene av et gitt problem? Hvilke plikter har vi? Når det er sagt, har vitenskapene og moralfilosofien sin begrensning. Biologien kan gi oss viktige delkunnskaper om mennesket. Men det er farlig hvis vi forstår mennesket bare ut i fra et biologisk perspektiv. Vi trenger en

---

<sup>15</sup> Yong 2007:21

<sup>16</sup> Schmidt 2010:40

<sup>17</sup> Jeg vil presisere at abortspørsmålet og synet på fosteret ikke er et moderne spørsmål på linje med ultralyd og fosterdiagnostikk. Allerede i skrifter av Didache og Barnabas fra det 1.-2. århundre, som kan oversettes dithen at de forbyr «å drepe et foster ved abort». Også andre tidlige kristne skrifter inneholder avvisninger av abort. Blant annet Tertullian i overgangen mellom det 2. og det 3. århundre, og senere Augustin som introduserer skjelningen mellom «formede» og «uformede» foster dvs. «besjelede» og «ubesjelede» foster. Augustin mente at abort av et ubesjelet foster var galt, men anså det ikke som drap på linje med et formet foster. Dette var det dominerende synet i den katolske kirke frem til 1600-tallet da tanken om besjeling ved befruktningen gjorde seg gjeldene, og ble fastsatt som kanonisk rett i 1869. Schmidt 2011:41

helhetsforståelse av mennesket som kan hjelpe oss å integrere alle delperspektivene ved mennesket og se dem i sammenheng.<sup>18</sup> På samme måte trenger konsekvens- og pliktprinsippet en verdilære som kan si hva som er godt i seg selv, og dermed godt som mål for våre handlinger.<sup>19</sup> En slik verdilære og helhetssyn på mennesket finner vi i Skriften. Sagt på en annen måte: Selv om det er mange problemområder som ikke er omtalt i Bibelen, betyr det ikke at Bibelen ikke kan gi oss et vurderingsgrunnlag som er av betydning. Dette vurderingsgrunnlaget er menneskesynet og virkelighetsoppfatningen som Bibelen gir uttrykk for. I kapittel tre, teologisk antropologi, vil jeg derfor presenterer de etiske grunnprinsipper og retningslinjer som vil ligge til grunn for å vurdere tidlig ultralyd i kapittel fire. Oppsummerende kan vi si at en teologisk etikk må ta sitt utgangspunkt i det etiske materialet i Skriften<sup>20</sup>, men at en teologisk etikk *ikke kun* kan ta sitt utgangspunkt i Bibelen. Filosofiske argument og relevant forskning vil gi viktige bidrag til drøftingen i denne oppgaven.

Målet mitt med denne oppgaven er å etablere en velbegrunnet posisjon. Jeg vil arbeide med koherens som kriterium for sannhet. Det vil si at en teologisk etikk er sann og gyldig hvis den på en koherent måte klarer å integrere mest mulig kunnskap og erfaring, inkludert den som er artikulert av mennesker som ikke har Skriften som sitt normative utgangspunkt.<sup>21</sup>

## **1.6 Struktur**

Innledningen danner kapittel en i oppgaven. Videre i kapittel to følger en redegjørelse av det historiske og medisinsk-faglig grunnlaget for denne oppgaven. Jeg vil stille spørsmålene: Hva slags undersøkelse er tidlig ultralyd? Hva kan den avdekke og med hvilken sikkerhet? Hvordan skal vi forstå et forslaget om rutinetilbud i forhold til andre ultralydundersøkelser som eksisterer? I kapittel tre vil jeg etablere vurderingsgrunnlaget for kapittel fire. Den teologiske antropologien jeg presenterer i kapittel tre må forstås i sammenheng med forståelsen av teologisk etikk jeg presenterte i kapittel en. Et etisk standpunkt vil i mange tilfeller være forankret i en antropologi. Slik er det også i denne oppgaven: Synet på selektiv abort har forbindelse til synet på fosterets moralske status.

<sup>18</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:64

<sup>19</sup> Christoffersen 2011:92

<sup>20</sup> Det er en diskusjon hva det etiske materiale i Bibelen er. For en innføring se debatten mellom Jan-Olav Henriksen og Lars Østnor i Tidsskrift for teologi og kirke årgang 73 nr 1, 2 og 4 (2002).

<sup>21</sup> For at en posisjon skal være koherent (dvs. sann) må tre kriterier oppfylles: 1. Elementene (de tilgjengelige data) må være konsistente dvs. logisk forenelige med hverandre 2. Elementene må være knyttet sammen slik at det er en saklig forbindelse mellom dem. 3. En posisjon må ha et vist omfang eller være fullstendig i en viss forstand. Gravem 2004:352

Videre har menneskesynet avgjørende betydning i diskusjonen om synet på livskvalitet ved funksjonshemninger og alvorlige sykdommer. I kapittel fire vil jeg presentere og vurdere de seks viktigste argumentene for og i mot tidlig ultralyd slik de er presentert i materialet jeg har valgt.<sup>22</sup> Argumentene for tidlig ultralyd er foreldres autonomi, ønske om økt trygghet, likhet og sosial utjevning. Argumentene mot tidlig ultralyd er faren for et økt antall selektive aborter og trusselen om sorteringssamfunnet. Spørsmålet om helseeffekt er omdiskutert, men ettersom det oftest blir presentert som et argument mot tidlig ultralyd, velger jeg å gjøre det samme. Jeg vil avslutte kapittel fire med å konkludere og svare på problemstillingen. Til slutt følger kapittel fem hvor jeg sammenfatter arbeidet og gir et utblikk.

---

<sup>22</sup> En del av argumentene for og i mot tidlig ultralyd er begrunnet i medisinsk forskning og statistikk. Disse referansene har jeg valgt å legge til fotnotene for å tydeliggjøre resonnementene mine. Hensikten er å skape en bedre leseropplevelse, men likevel sikre en gjennomiktig og etterprøvable argumentasjon.

## 2 Kapittel: Tidlig ultralyd

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg presentere det medisinfaglige grunnlaget for oppgaven. Hva er tidlig ultralyd? Hva er formålet med undersøkelsen? Og hva kan den avdekke? Videre vil jeg forsøke å avklare hvordan vi må forstå forslaget om rutinemessig ultralyd i forhold til tilsvarende ultralydundersøkelser i Norge i dag. Tidlig ultralyd, altså ultralyd i uke 11-13, inngår i dag både som en undersøkelse i svangerskapsomsorgen og i fosterdiagnostikken. Svangerskapsomsorgen skal sikre at svangerskapet og fødselen utvikler seg på en naturlig måte, slik at mors mentale og fysiske helse blir best mulig ivaretatt. Videre ønsker svangerskapsomsorgen å ivareta fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret.<sup>23</sup> Formålet ved fosterdiagnostikk er å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller påvise eller utelukke utviklingsavvik hos fosteret.<sup>24</sup> Det er altså nødvendig å avklare hva som er *intensjonen* bak forslaget om å innføre tidlig ultralyd i uke 11-13 av svangerskapet: Er forslaget om rutinemessig tidlig ultralyd et ønske om svangerskapsomsorg eller fosterdiagnostikk? Svaret har betydning for den etiske refleksjonen videre i oppgaven.

### 2.2 Den alminnelige svangerskapsomsorgen

Rutinemessig ultralydundersøkelse er ikke noe nytt i Norge i dag. Den alminnelige svangerskapsomsorgen tilbyr ultralydundersøkelse i andre trimester, det vil si uke 17-19, til alle gravide som ønsker det. Det er vanligvis jordmødre og gynekologer som gjennomføre undersøkelsen. Hensikten med ultralyd i uke 17-19 er å se om fosteret lever, bestemme hvor lenge svangerskapet vil vare, avgjøre antall foster, morkakens plassering, mengden fostervann og fosterets anatomi og utvikling.<sup>25</sup> Formålet med tidlig ultralyd i uke 11-13 kan være det samme som med ultralyd i uke 17-19, men hvis hensikten kun er å avdekke antall foster, fastsette termin og lignende, er det tidsnok at svangerskapskontrollen blir foretatt i uke 17-19. Resultatet av undersøkelsen i uke 17-19 har betydning for oppfølging under svangerskap, fødsel og rask behandling etter fødsel.<sup>26</sup> Dersom det oppdages avvik ved undersøkelsen kan man bli henvist videre til en fosterdiagnostisk utredning.

---

<sup>23</sup> NOU 1984: «Perinatal omsorg i Norge» Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Sosial og helsedirektoratet 2005.

<sup>24</sup> Lov 2003-12-05-100: § 4-1

<sup>25</sup> Norges forskingsråd. Bruk av ultralyd i svangerskapet: Konsensuskonferansen 1995.

<sup>26</sup> Kunnskapsenteret 2011:5

Den alminnelige svangerskapsomsorgen består ikke bare av ultralyd i andre trimester. Den gravide har også rett til tidlig ultralyd med blodprøve ved medisinsk indikasjon.<sup>27</sup> Medisinsk indikasjon vil si blødninger, smerter o.l.<sup>28</sup> Ved revisjon av Bioteknologiloven fra 2003 ble det bestemt at angst og uro også er kriterier som skal gi rett til tidlig ultralyd. Bioteknologiloven understreker at uro kan kvalifisere til tidlig ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen, men ikke til tidlig ultralyd som fosterdiagnostikk.<sup>29</sup> Det vil si at hvis den gravide er urolig for om barnet lever, kvalifiserer dette til tidlig ultralyd. Hvis uroen derimot skyldes at mor er redd for at fosteret har en kromosomfeil, kvalifiserer dette ikke til tidlig ultralyd. Hvis den tidlige ultralydundersøkelsen likevel avdekker eller gir mistanke om utviklingsavvik hos fosteret, har den gravide rett til et videre tilbud om fosterdiagnostikk.<sup>30</sup>

### **2.3 Fosterdiagnostikk**

Fosterdiagnostikk er en samlebetegnelse på ulike typer undersøkelser som kan si noe om fosterets helsetilstand mens det fortsatt er i mors liv. En fosterdiagnostisk undersøkelse er en undersøkelse av føtale celler, fosteret eller den gravide med den hensikt å avdekke sykdom og skade på fosteret.<sup>31</sup> Bioteknologiloven fra 2003 slår fast at ultralydundersøkelse i uke 17-19 og ultralyd på medisinsk indikasjon ikke regnes som fosterdiagnostikk, fordi formålet med undersøkelsen ikke er å påvise konkrete diagnoser.<sup>32</sup>

Invasive tester, det vil si morkake- og fostervannsprøver, er de fosterdiagnostiske undersøkelsene som har lengst tradisjon i Norge. Det har vist seg at invasive tester innebærer en risiko for spontanabort. Derfor er det utviklet *en alternativ fosterdiagnostisk undersøkelse*, nemlig ultralyd i uke 11-13 kombinert med blodprøve (KUB). I ultralydundersøkelsen inngår måling av nakkeoppklaring. Nakkeoppklaring er en hevelse i nakken på fosteret og et tegn på kromosomavvik.<sup>33</sup> Sammen med blodprøven gir dette svar på hvor stor risiko det er for at fosteret har kromosomfeil eller andre utviklingsavvik. Hvis det blir påvist risiko for avvik kan den gravide få videre tilbud om fostervannsprøve eller morkakeprøve. Av foster som blir undersøkt med en fosterdiagnostisk undersøkelse oppdages det sykdom eller avvik hos 15-20 %.<sup>34</sup>

I følge Bioteknologiloven har den gravide rett på fosterdiagnostikk hvis hun oppfyller en av

---

<sup>27</sup> Tidsskrift for Den norske legeforening 14/2012:1603

<sup>28</sup> Kunnskapssenteret 2011:39

<sup>29</sup> Tidsskrift for Den norske legeforening 14/2012:1606

<sup>30</sup> Kunnskapssenteret 2011: 39

<sup>31</sup> Lov 2003-12-05-100: § 4-1

<sup>32</sup> Kunnskapssenteret 2011:52, Tidsskrift for Den norske legeforening 14/2012:1603

<sup>33</sup> Tidsskrift for Den norske legeforening 14/2012:1603, Kunnskapssenteret 2011: 5, 37,42

<sup>34</sup> Kunnskapssenteret 2011:42

fem kriterier. Det mest kjente kriteriet er alderskriteriet; kvinnen har rett på fosterdiagnostikk hvis hun er 38 år eller eldre ved termin. Kvinnen har også rett til fosterdiagnostikk hvis hun eller partneren tidligere har fått et barn med alvorlig sykdom eller utviklingsavvik f.eks. kromosomfeil eller hvis en av foreldrene er bærer av en arvelig sykdom som gir økt risiko for at barnet blir født med den samme sykdommen. Fosterdiagnostikk kan også gis i spesielle tilfeller hvor den gravide er i en vanskelig livssituasjon, og mener at hun ikke vil klare belastningen et sykt eller funksjonshemmet barn kan medføre. Til slutt, har kvinnen rett på fosterdiagnostikk hvis hun har fått påvist tegn til utviklingsavvik hos fosteret på en tidlig ultralydundersøkelse utført i svangerskapsomsorgen eller på en privat klinikk.<sup>35</sup> Det er en lovfestet rett at det skal gis genetisk veiledning før en fosterdiagnostisk undersøkelse.

#### ***2.4 Ultralyd uten medisinsk indikasjon***

Tidlig ultralyd inngår altså i svangerskapsomsorgen ved medisinsk indikasjon og i fosterdiagnostikken, gitt at man oppfyller visse kriterier. Hvis den gravide ikke oppfyller de medisinske eller sosiale kriteriene, men likevel ønsker seg en tidlig ultralydundersøkelse, er det mulig å betale for en undersøkelse på en privat helseklinikk. Et økende antall gravide under 38 år oppsøker dette tilbudet. Offisielt er tidlig ultralyd i det private ment å være en overfladisk ultralydundersøkelse tidlig i svangerskapet, men det er ingen tvil om at de privatpraktiserende også måler nakkeoppklaring hos fosteret, selv om dette i følge lovverket er forbeholdt fosterdiagnostiske undersøkelser.<sup>36</sup> Statistikken bekrefter dette: Det er i dag langt flere som blir henvist til en fosterdiagnostisk utredning, enn antallet som oppfyller kriteriene.<sup>37</sup>

#### ***2.5 Tidlig ultralyd som rutineundersøkelse***

Jeg startet kapitlet med å spørre om rutinemessig tidlig ultralyd er svangerskapsomsorg eller fosterdiagnostikk? Deretter har jeg gitt en relativt utførlig presentasjon av de tre mulighetene som finnes for tidlig ultralyd i dag. Hvorfor denne omveien? Hvorfor er det så viktig å avklare om

---

<sup>35</sup> Helsedirektoratet, 2005:1

<sup>36</sup> Bioteknologinemnda 2011:1

<sup>37</sup> Tall fra 2008 og 2009 viser at ca 10 %, det vil si ca. 6000 gravide, fikk en fosterdiagnostisk utredning. Man vet ikke hvor mange av disse undersøkelsene som er utført på hvilken indikasjon, men tallene er høyere enn dagens anbefaling skulle tilsi. Til sammenligning er ca 1000 gravide 38 år eller eldre ved fødsel. Resultatet fra en studie i 2012 (K. Røe, K.Å. Salvesen og T. Moe Eggebø) har vist at mange leger ikke overholder alderskriteriet og mange kvinner får tilbud om ultralyd med fosterdiagnostikk på indikasjon angst og uro, selv om de ikke har rett på det. Trolig får også gravide innvilget fosterdiagnostikk uten indikasjon og mange privatpraktiserende gynekologer svarte at de ville målt nakkeoppklaring selv om de ikke har lov til å utføre fosterdiagnostikk. Dette betegnes som en «bakdør» inn i fosterdiagnostikken. Tidsskrift for Den norske legeförening 14/2012. Kunnskapssenteret 2011:5,42-43

rutinemessig ultralyd i uke 11-13 er det ene eller det andre?

Den observante leser vil allerede ha sett svaret: Det politiske forslaget om å tilby tidlig ultralyd i uke 11-13 som en del av svangerskapsomsorgen, på linje med undersøkelsen i uke 17-19, er i *realiteten* en utvidelse av fosterdiagnostikken.<sup>38</sup> For å forstå dette utsagnet må vi tilbake til Stortingets revisjon av Bioteknologiloven i 2003. Da Stortinget skulle behandle forslaget om ny Bioteknologilov ble det skapt et skille mellom tidlig ultralyd som svangerskapsomsorg og tidlig ultralyd som fosterdiagnostikk. Politikerne ønsket å skille mellom en normal medisinsk prosedyre og bortvelging av foster med sykdom og funksjonshemming. Fostermedisinere var raskt ute med å peke på at et skille mellom tidlig ultralyd som svangerskapsomsorg og fosterdiagnostikk verken var mulig logisk eller praktisk, og at det ville bli en sovende lov. Likevel ble forslaget en politisk realitet: Adgang til prenatal risikoberegning for Downs syndrom for gravide under 38 år ble stanset. Det var i alle fall *det* mange norske politikere trodde inntil nylig.<sup>39</sup> Problemet var at samtidig som politikerne vedtok at unge kvinner ikke skal ha tilgang til fosterdiagnostikk, vedtok politikerne at kvinner som opplever angst og uro i svangerskapet skal ha rett på tidlig ultralyd.<sup>40</sup> Dette ble omtalt som en utvidelse av svangerskapsomsorgen. Det fostermedisinerne forsøkte å si i 2003 var at tidlig ultralyd i uke 11-13, enten ved blødninger eller ved angst og uro, er den *samme undersøkelsen* som blir gitt ved fosterdiagnostiske utredninger: Tidlig ultralyd med måling av nakkeavklaring, kombinert med blodprøve. Forskjellen var semantisk, ikke faktisk. Når politikere i 2011 begrunner forslaget om rutinemessig tidlig ultralyd med svangerskapsomsorg og fostermedisin, er dette med å tåkelegge debatten.<sup>41</sup> Om den politiske *intensjonen* er svangerskapsomsorg, er *konsekvensen* et tilbud om fosterdiagnostikk til alle gravide. Denne avklaringen er viktig for for å sikre at drøftingen i kapittel fire foregår på riktige premisser: *Tidlig ultralyd kan ikke først og fremst drøftes ut i fra kriteriene om svangerskapsomsorg. Undersøkelsen må primært vurderes i et fosterdiagnostisk perspektiv.*

At tidlig ultralyd må forstås som en fosterdiagnostisk undersøkelse er ingen dom over undersøkelsen. Det er ikke slik at fordi tidlig ultralyd må forstås som fosterdiagnostikk, så betyr det at undersøkelsen per definisjon er umoralsk. Det er gode grunner for å forsvare undersøkelsen og det er gode grunner for å problematisere den. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel fire.

<sup>38</sup> Bioteknologinemnda 04.07.12, Kunnskapssenteret 2012:42, 123, 2008:61

<sup>39</sup> Solberg 2009:1346

<sup>40</sup> Ved at politikere innførte angst og uro som «medisinsk» kriterium for tidlig ultralyd, ble det viktigste motivet bak ethvert ønske om fosterdiagnostikk dvs. uro for avvik, puttet inn i den normale svangerskapsomsorgen. Konsekvensen ble åpen tilgang til risikoberegning for kromosomavvik under merkelappen «medisin». Solberg 2009:1346-1347

<sup>41</sup> Breen 05.12.11: «Alle skal ha lik rett til gode og trygge helsetjenester, også i svangerskapsomsorgen» Sitatet er hentet fra et politisk innlegg for tidlig ultralyd, og viser koblingen som blir gjort mellom tidlig ultralyd og svangerskapsomsorg. Innlegget nevner ikke at formålet også kan være diagnostisk.



## **2.6 Hva kan tidlig ultralyd avdekke?**

Før jeg oppsummerer kapittel to vil jeg presentere utviklingavvikene som tidlig ultralyd kan avdekke. Hvilke type avvik er det snakk om? Helsegevinsten ved å avdekke disse diagnosene vil jeg komme tilbake til i kapittel fire.

Tidlig ultralyd kan avdekke tre typer utviklingshemninger. Det første typen utviklingavvik er alvorlige hjertefeil. Dette er det vanligste feilen som oppdages hos foster. Videre kan tidlig ultralyd påvise de fleste tilfeller av tvillinger med felles morkake. Dette kan være vanskeligere senere i svangerskapet. Tvillinger som deler morkake har mye større risiko for komplikasjoner og død enn tvillinger som ikke deler morkake. Tvillinger som deler morkake kan utvikle en alvorlig sykdom som kalles tvillingtransfusjonsyndrom (TTS). 15-30 svangerskap blir årlig rammet av TTS.<sup>42</sup>

Dessuten kan tidlig ultralyd avdekke trisomier, det vil si kromosomfeil hos fosteret. På en tidlig ultralydundersøkelse vil man kunne observere en eventuell nakkeoppklaring hos fosteret, men ønsker man et mer sikkert svar på om det foreligger risiko for kromosomfeil er en blodprøve nødvendig. Tidlig ultralyd kan påvise trisomi 13, 18 og 21. Downs syndrom, trisomi 21, er den vanligste og mest kjente trisomien. Trisomi 18, er den nest vanligste, også kalt Edwards syndrom. På tredjeplass er trisomi 13, Patau syndrom. Det er lettere å oppdage trisomi 21 ved ultralyd i uke 11-13, enn uke 17-19.<sup>43</sup> Downs syndrom er en medfødt utviklingshemning som skyldes at man har 47 kromosomer i stedet for 46. Downs syndrom fører blant annet til at man har reduserte kognitive evner og eventuelle andre tilleggsvansker. Forventet levealder er til midten av 50-årene.<sup>44</sup> Trisomi 18 er en sjelden og alvorlig kromosomfeil. I Norge blir det født i underkant av 10 tilfeller hvert år. Trisomi 18 kjennetegnes av psykomotorisk utviklingshemning, manglende lengdevekst og misdannelser i organsystemer. Trisomi 13 er et syndrom som fører til misdannelser som leppe/ganespalte, manglende øyeutvikling og overtallige fingre. I snitt fødes det tre til seks nye tilfelle per år i Norge. Barn med trisomi 13 og 18 har en forventet kort levetid. Det finnes ulike studier når det gjelder gjennomsnittlig levealder for barn med disse diagnosene, men et tall som går igjen er 6-14 dager.<sup>45</sup>

## **2.7 Sammenfatning**

Jeg har nå gitt en kort presentasjon av diagnosene tidlig ultralyd kan avdekke: hjertefeil, tvillinger

---

<sup>42</sup> Kunnskapsenteret 2012: 5, 82, 88

<sup>43</sup> Kunnskapsenteret 2012: 99, FRAMBU 30.10.12

<sup>44</sup> Store norske leksikon 30.10.12, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemninger 30.10.12

<sup>45</sup> Senter for sjeldne funksjonshemninger 30.10.12

med felles morkake og trisomi 13, 18 og 21. Presentasjonen er gitt fra et medisinsk perspektiv. Jeg har ikke sagt noe om verdien av å oppdage utviklingsavvik. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel fire. Videre har jeg presentert de tre mulighetene som finnes for tidlig ultralyd i dag:

1. Offentlig fosterdiagnostikk på et godkjente sykehus der kvinnen/paret oppfyller bestemte kriterier.
2. Offentlig tilbud på medisinsk indikasjon (blødninger, angst og uro) som en del av svangerskapsomsorgen
3. Tilbud som den gravide selv betaler på en privat klinikk.

På bakgrunn av dette har jeg gjort det klart at tidlig ultralyd primært må forstås som fosterdiagnostikk. At det er blitt foreslått å gjøre tidlig ultralyd til en rutineundersøkelse, betyr at det offentlige helsevesenet forplikter seg til å tilby alle gravide tidlig ultralyd. At forslaget om rutinemessig ultralyd med blodprøve (KUB) primært må forstås som en fosterdiagnostisk undersøkelse, betyr ikke at undersøkelsen ikke også kan oppfylle formål i svangerskapsomsorgen. Dette vil jeg komme tilbake til i delkapittel 4.3-4-5.

## 3 Kapittel: Teologisk antropologi

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for min forståelse av teologisk antropologi. Teologisk antropologi er et forsøk på å gi en helhetlig forståelse av mennesket. Et teologisk menneskesyn er i likhet med andre filosofiske menneskesyn opptatt av hvilke relasjoner mennesket forstås innenfor, hva som utgjør kjernen i dets vesen, hvorledes det realiserer sin menneskelighet og hvilken verdi det har i forhold til andre vesener.<sup>46</sup> Hensikten med kapittel tre er å etablere et vurderingsgrunnlag for drøftingen av tidlig ultralyd i kapittel fire. Kapittel tre er ikke en utførlig fremstilling av teologisk antropologi<sup>47</sup>, men en presentasjon av de aspektene jeg mener har direkte relevans for å drøfte tidlig ultralyd i lys av en teologisk etikk. Disse er synet på livets tidlige fase og funksjonshemninger.

Jeg vil starte kapitlet med å drøfte hva det vil si at mennesket er skapt i Guds bilde og hvilke konsekvenser dette har for synet på menneskets verd. Deretter vil jeg snevre inn fokuset fra et mer overordnet menneskesyn til spørsmålet om fosterets moralske status og abort. Jeg vil presentere min posisjon i lys av en større teologisk og filosofisk debatt, og på den måten illustrere hvor det er mulig å argumentere annerledes enn det jeg gjør. Til slutt vil jeg reflektere over spørsmålet om livskvalitet: Er et liv med sykdom og funksjonshemninger et liv som er verd å leve? Jeg vil behandle temaet kort i et historisk perspektiv, før jeg avslutter med å trekke noen aktuelle konklusjoner.

### 3.2 Hva er et menneske?

Den grunnleggende bestemmelsen om hvem mennesket er, henter den teologiske antropologien i fra 1 Mos 1,26-27: «La oss lage mennesker i vårt bilde, så de ligner oss! De skal råde over fiskene i havet og fuglene under himmelen, over feet og alle ville dyr og alt kryptet det kryr av på jorden. Og Gud skapte mennesket i sitt bilde, i Guds bilde skapte han det, som mann og kvinne skapte han dem.» Et teologisk menneskesyn er bygget opp rundt tre grunnleggende utsagn om mennesket: Mennesket er skapt, falt og oppreist i troen.<sup>48</sup> Jeg vil i denne sammenhengen vektlegge det skapelsesteologiske perspektivet:

---

<sup>46</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:102

<sup>47</sup> En utførlig fremstilling av teologisk antropologi mener jeg inkluderer tema som synd, frelse og fortapelse, seksualitet, den frie vilje osv.

<sup>48</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:108-110

1. Mennesket er skapt, og som skapt er det et endelig vesen, innfelt i det skapte på samme måte som enhver annen skapning.
2. Mennesket er skapt i Guds bilde, og står dermed i et særegent forhold til Gud, til forskjell fra alle andre skapninger.<sup>49</sup>

Dette dreier seg om to forskjellige perspektiver på mennesket som helhet. *Hele* mennesket er skapt, og *hele* mennesket er skapt i Guds bilde. Skapertroen åpner for å si at mennesket er det naturen har gjort det til, og det samfunnet gjør det til. Påstanden om at mennesket *kun* er et resultat av biologi og kultur, strider derimot den kristne tro på Gud som historiens og naturens herre, og mennesket som skapt i Guds bilde.<sup>50</sup>

### 3.2.1 Skapt i Guds bilde

Hva vil det si at mennesket er skapt i Guds bilde – imago Dei?<sup>51</sup> Marc Cortez, professor i teologi ved Western Seminary i Portland, har vist hvordan teologihistorien har tolket "imago Dei" på flere måter.<sup>52</sup> Cortez peker på at det er tre fortolkninger av gudbilledligheten som har dominert. Han velger å omtale disse som en strukturell, en funksjonell og en relasjonell forståelse. Jeg vil nå gi en kort gjennomgang og vurdering av disse tre fortolkningene.

En strukturell fortolkning av imago Dei forstår gudbilledligheten som menneskets fornuft, språk og rasjonalitet. Denne tolkningen underbygges av menneskets unike stilling i skaperverket: Fornuft og rasjonalitet er egenskaper som skiller mennesker fra dyr, og som mennesket deler med sin skaper.<sup>53</sup> Den største svakheten med den strukturelle forståelsen er at det er vanskelig å underbygge den eksegetisk. En annen innvending til den strukturelle fortolkningen er at den innebærer en for snever forståelse av mennesket. En forståelse av gudbilledligheten som er knyttet til spesielle kognitive egenskaper vil fungere ekskluderende. Hva med spebarn, demente og psykisk utviklingshemmede som har redusert evne til å tenke rasjonelt? Fordi en teologisk antropologi forutsetter at alle mennesker er skapt av Gud er det umulig å forsvare at ikke alle er skapt i Guds bilde. Videre er det heller ikke til å komme unna at fornuften kan misbrukes til å gjøre det onde.<sup>54</sup> Det er vanskelig å forsvare denne typen handlinger som uttrykk for gudbilledligheten.

---

<sup>49</sup> Christoffersen 2012:161

<sup>50</sup> Christoffersen 2012: 161-162

<sup>51</sup> Imago Dei er de latinske ordene for Guds bilde. Det er en vanlig betegnelse på gudbilledligheten. Jeg velger å henvise til den latinske oversettelsen fordi det er den betegnelsen Cortez bruker.

<sup>52</sup> For en mer utførlig gjennomgang og kritisk drøfting av posisjoner gjennom teologihistorien, se Cortez 2010: 14-40 og Henriksen 2003:137-149

<sup>53</sup> Cortez 2010:18

<sup>54</sup> Henriksen 2010:141

En tolkning som har fått mer støtte gjennom historien er den funksjonelle. En funksjonell tolkning av *imago Dei* argumenterer for at gudbilledligheten er en oppgave mennesket har fått. Tanken bekreftes i Sal 8:6-7: «Du gjorde [mennesket] lite ringere enn Gud og kronet ham med ære og herlighet. Du gjorde ham til herre over dine hendes verk, alt la du under hans føtter.» Begrepet «Guds bilde» forstås ut i fra den for-orientalske kontekst, der begrepet om צֶלֶם (bilde) og דְמוּת (likhet) blant annet ble brukt til å markere eller minne om hvem som var konge eller hersker over et område, også når kongen ikke var synlig tilstede. En slik tolkningsramme vil innebære at mennesket er Guds representant på jorden. Fordi mennesket er skapt i Guds bilde skal mennesket råde over jorden og fylle den, slik at det blir tydelig at jorden hører Gud til (1 Mos 1,26-28).<sup>55</sup>

Gjennom historien har et økende antall stemmer hevdet at heller ikke forvalterperspektivet er tilstrekkelige for å fange inn hva det vil si at mennesket er skapt i Guds bilde: *Imago Dei* må istedet forstås relasjonelt. Menneskets grunnkarakter er å være skapt *i* Guds bilde, det er å være skapt *til* fellesskap med Gud. Det er denne grunnleggende relasjonen som i siste instans avgjør hva og hvem mennesket er, ikke egenskaper mennesker har fått eller besitter i kraft av seg selv. Ut i fra grunnbestemmelsen: «..i Guds bilde skapte ham dem», springer relasjonen til andre mennesker: «..til mann og kvinne skapte ham dem», og til skaperverket: «..dere skal råde over fiskene, fuglene osv.» (1 Mos 1,27).<sup>56</sup> I forlengelse av dette er det også vanlig å forstå mennesket i lys av en fjerde relasjon, nemlig relasjonen til seg selv. Den relasjonelle tolkningen underbygges ved å lese skapelsesberetningen i 1 Mos 1 i lys av den andre skapelsesberetningen i 1 Mos 2, og i en større kanonisk ramme. 1 Mos 2 forteller om menneskets forhold til Gud (vers 8-17), til skaperverket (vers 21-25) og til andre mennesker (vers 21-25).

### 3.2.2 Et teosentrisk forankret menneskesyn

Hvordan skal vi forholde oss til disse ulike fortolkningene av gudbilledligheten? Det er vanskelig å slutte seg til alle tre samtidig, til det er motsetningene for store. Hvilken fortolkning bør ligge til grunn for et teologisk forankret menneskesyn?

Det er ingen tvil om at mennesket har egenskaper som skiller det fra skaperverket forøvrig. Evnen til språk, rasjonalitet, følelser, samvittighet, ansvarsfølelse og bevissthet om egen eksistens kan være eksempler på dette. Jeg vil likevel avvise at gudbilledligheten først og fremst er en egenskap ved mennesket, slik den strukturelle forståelsen legger til grunn. Jeg har allerede pekt på at det er vanskelig å begrunne en slik tanke eksegetisk. Videre vil man raskt møte på moralske

<sup>55</sup> Henriksen 2003:134, 140

<sup>56</sup> Cortez 2010:26-27, Christoffersen 2012:162, Henriksen 2003:135, 152

problemer: Hva vil det si å være funksjonsdyktig?<sup>57</sup> Hvem har autoritet til å avgjøre dette? Hvis gudbilledligheten forutsetter en viss grad av funksjonsdyktighet eller mental kapasitet, betyr det at gudbilledligheten kan forandre seg i løp av livet hvis et menneskets evner og muligheter blir redusert av sykdom, ulykker eller alderdom? En strukturell forståelse av gudbilledligheten står i fare for å gradere hvem som er «mest» i Guds bilde: Jo mer fornuftig eller fri, desto mer gudbilledlig. Det vil dessuten frata dem som av ulike grunner mangler fornuft, i en rimelig betydning av ordet, denne bestemmelsen.<sup>58</sup> Hvis man velger å tenke snevert om forvalteransvaret kan også den funksjonelle forståelsen bli eksklusiv ved at den forbindes med spesielle egenskaper som makt, fruktbarhet og produksjon.

Mitt standpunkt er at både den funksjonelle og relasjonelle forståelsen er med å gi et helhetlig bilde av mennesket. Mennesket er skapt i relasjon til Gud, sin neste, seg selv og det skapte. Videre er mennesket kalt til å forvalte jorden på en måte som speiler denne gudbilledligheten. Jeg velger å tenke inkluderende om forvalteransvaret. Ethvert mennesket som forvalter sine talenter til beste for jorden og sine medmennesker, i tråd med sine muligheter og forutsetninger, tar del i forvalteransvaret. Den funksjonelle forståelsen peker på viktige sider av mennesket. Jeg mener likevel at den grunnleggende bestemmelsen av mennesket må være relasjonell. Med grunnleggende bestemmelse mener jeg «den forståelseshorisont som er utgangspunktet for å forstå alt annet som skjer med mennesket, alt annet som Gud gjør med mennesket, og alt som mennesket selv gjør i sitt liv og inngår i av relasjoner.»<sup>59</sup> Jeg mener at den relasjonelle forståelsen av mennesket er den som best ivaretar menneskes verd til alle tider og i alle livssituasjoner. Den baserer seg ikke på skiftende og til dels tilfeldige egenskaper, men har en transcendent forankring: Mennesket forstås i lys av noe utenfor seg selv, uavhengig av hva mennesket faktisk gjør eller er i stand til å gjøre.<sup>60</sup> Mennesket er *mottaker* av gudbilledligheten, ikke en produsent av den. Et teologisk menneskesyn er teosentrisk forankret, ikke antroposentrisk slik det er i humanistiske og naturalistiske tradisjoner. Det betyr ikke at menneskers tanker om seg selv er uviktige, men menneskelige tanker om hvem mennesket er, er underordnet hva Gud har tenkt om mennesket og dets liv.<sup>61</sup> Dette kan også begrunnes kristologisk. I kristen tradisjon blir mennesket blir forstått slik at det kan gjenspeile Guds vesen. På denne måten blir forståelsen av Gud avgjørende for forståelsen av mennesket.<sup>62</sup> I kristen tro er Jesus Kristus det

---

<sup>57</sup> Her bruker jeg begrepet «funksjonsdyktig» om en «strukturell» måte å tenke på, i motsetning til den «funksjonell». Begrepene «strukturell», «funksjonell» og «relasjonell» er hentet fra Cortez 2010. Jeg har registret at Austad (1999) bruker «funksjonal» om det Cortez omtaler som «strukturell», så her kan man bli forvirret.

<sup>58</sup> Cortez 2010:20, Henriksen 2003:140

<sup>59</sup> Henriksen 2003:149

<sup>60</sup> Henriksen 2003:150

<sup>61</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:108

<sup>62</sup> Christoffersen 2012:163

sanne Guds bilde. Jesus åpenbarer Guds vesen og viser mennesket Guds ansikt. Derfor er Jesus, idet han identifiseres med den sanne Gud, samtidig også i sannhet mennesket, slik som det står i Nicenum. Menneskets forståelse av sin egen gudbilledlighet må derfor orienteres ut fra åpenbaringen i Jesus Kristus:<sup>63</sup> Fordi han elsket verden så høyt (Joh 3,16) ble han sendt av Gud for å dø for alle mennesker (1 Tim 2,3-7) og gjenopprette relasjonen og tillitsforholdet som ble ødelagt mellom Gud og mennesker i syndefallet (1 Mos 3).

### **3.3 Menneskeverd**

En teologisk forståelse av menneske får store implikasjoner for forståelsen av menneskets verd. En rask titt på kirkens holdning til moralske dilemma gjennom historien, viser at menneskesynet har vært avgjørende for utfallet i en rekke vanskelige spørsmål. Et grunnleggende premiss i et teologisk menneskesyn er at mennesket har rett til liv: Livet er en gave fra Gud (1 Mos 1,27). Ingenting i mennesket er årsak til dets tilblivelse og eksistens. Mennesket er skapt av noen utenfor seg selv. At livet dypest sett er en gave impliserer at livet er hellig. Ingen mennesker har derfor rett til å ta sitt eget eller andres liv (2 Mos 20,13; Matt 5,21f, 43-48).

Et annet grunnleggende premiss er at alle mennesker har like stor verdi. At Gud har skapt alle mennesker impliserer dette.<sup>64</sup> Jesu kjærlighet til mennesker bekrefter også menneskets verd. Jesu kjærlighet var grenseoverskridende. I møte med rike tollere og fattige fiskere, barn såvel som enker, blinde og lamme, jødernes religiøse ledere og samaritanene, spedalske, besatte og andre utstøtte – bekreftet han likeverdet. Fordi verdigheten kommer utenfra, kan vi si at dette er en fremmed verdighet.<sup>65</sup> Verdigheten er forankret i menneskets eksistens, ikke dets utrustning. En teologisk etikk slutter seg til Kants formulering av det kategoriske imperativ: Mennesket skal aldri bare behandles som et middel, men alltid som et mål i seg selv. At retten til liv er en primærverdi i teologisk etikk, betyr ikke at andre «sekundære nytteverdier» ikke er nødvendig i situasjoner hvor menneskeverdet står mot menneskeverdet. Da er prioritering nødvendig. Et menneskesyn som knytter menneskets verd til dets evne til å tenke og utfolde seg, står i fare for å gjøre en sekundærverdi til en primærverdi.<sup>66</sup>

Et tredje premiss i et teologisk menneskesyn er respekten for menneskets integritet og autonomi. En teologisk etikk som forsvarer respekt for menneskets verd, men ikke makter å

---

<sup>63</sup> Christoffersen 2012: 163

<sup>64</sup> Det nye testamentet tematiserer ikke så mye det skapelsesmessige likeverdet (unntak Apg 17,25f, Matt 19,4ff). Likeverdet på forløsningsperspektiv understrekes derimot ofte (1 Tim 3,3ff, Gal 3,28). Indirekte forutsetter det da en forståelse av menneskets likeverdet på skaperplanet.

<sup>65</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:117

<sup>66</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:118

tolerere andres tanker, tro og overbevisninger, ivaretar ikke menneskets verd. Menneskets personlige frihet og selvråderett er i luthersk sammenheng en konsekvens av skapertanken og toregimentslæren. Det betyr ikke at forståelsen av sannhet og moral må relativeres, men at ingen skal måtte slutte seg til en slik forståelse mot sin vilje og samvittighet.<sup>67</sup>

### **3.4 Et møtepunkt mellom biologi og etikk**

I dette kapitlet har jeg slått fast at *liv* er en etisk hovedverdi innenfor teologisk antropologi. Men hva betyr det at mennesket har rett til liv? Utsagnet er ikke umiddelbart oppklarende: Når tenker vi at menneskelivet begynner?

En utfordring i denne oppgaven er å integrere kunnskap fra biologi og medisin med etiske vurderinger på en god måte. Biologi og medisin kan gi oss mye og god kunnskap om svangerskap, fosterets utvikling og abort. Det biologene og legene *ikke* kan gi oss et sikkert svar på er *når* et menneskeliv begynner. Det er et filosofisk og etisk spørsmål. Svaret er i stor grad avhengig av hvilken status og funksjon mennesket er gitt innenfor en mer omfattende tolkning av virkeligheten.<sup>68</sup> Spørsmålet om fosterets moralske status er viktig i denne oppgaven fordi tidlig ultralyd er en undersøkelse av friske mennesker (kvinner) for tilstander som kan oppstå hos andre (potensielle barn). Hvilke rettigheter har disse potensielle barna i samfunnet?

Fosteret er ikke et selvstendig rettssubjekt i norsk lovgivning. Det betyr at fosterets rettigheter er sikret gjennom mor, slik det blir illustrert i lov om selvbestemt abort.<sup>69</sup> Til tross for dette, er det likevel mulig å argumentere for at fosteret har moralsk status? At noe, det vil si et menneske, dyr eller plante har moralsk status, betyr at menneske som moralsk agent har etiske forpliktelser mot disse. De som har moralsk status, må fra den moralske aktørens synspunkt, bli beskyttet av visse etiske normer. Når vi reiser spørsmålet om fosterets moralsk status, spør vi etter hvilke *rettigheter* fosteret har for beskyttelse av liv, kropp, helse osv, og hvilken *plikt* moralsk aktører har for å beskytte disse rettighetene.<sup>70</sup> Det er stor uenighet om synet på dette spørsmålet. Hvilken holdning man inntar i spørsmålet om abort og prenatal diagnostikk, vil ofte kunne føres tilbake til et bestemt syn på fosterets moralske status.

### **3.5 Fosterets moralske status**

Temaet for denne oppgaven er ultralyd i uke 11-13 av svangerskapet. Livet som vokser i mors mage

<sup>67</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:130-132

<sup>68</sup> Rosenfield 2004:1, Austad 1994:72

<sup>69</sup> Lov 1975-06-13 nr 50 §2

<sup>70</sup> Baune m.fl 2008:2



har på denne tiden utviklet seg fra å være et embryo til å bli et *foster*.<sup>71</sup> Det er vanlig at litteratur om bioteknologi kun diskuterer spørsmålet om embryoets moralske status. Dette henger sammen med at moderne reproduksjonsteknologi som assistert befruktning (IVF), stamcelleforskning og preimplantasjonsdiagnostikk handler om befruktete egg på et tidlig stadium av svangerskapet. Når jeg velger å behandle embryo og fosterets moralske status under ett og samme tema, heretter med foster som samlebetegnelse, henger dette sammen med min posisjon. Jeg vil i det følgende argumentere for at overgangen fra embryo til foster er uvesentlig i spørsmålet om fosterets moralske status.

Filosofiske og teologiske tradisjoner har presentert ulike argumenter for og imot fosterets moralske status. De seks argumentene som oftest har vært fremme i debatten er argumentet om person, potensialitet, biologisk kontinuitet, gradualitet, individualitet og Guds skapelse.<sup>72</sup> Argumentet om Guds skapelse har jeg allerede presentert. Jeg vil nå presentere de vanligste filosofiske og teologiske standpunktene i synet på fosterets moralske status, og posisjonere meg i forhold til disse. Det kan være verdt å merke seg at presentasjonen er et overblikk, ikke en utfyllende vurdering av de enkelte argumentene og deres talsmenn.

### 3.5.1 Person-argumentet

Fosterets personstatus har lenge vært et viktig spørsmål for å avklare fosteret verdi og rettigheter. Er fosteret en person eller ikke? Svaret kan tas til inntekt både for å mene at fosteret har en spesiell rett til beskyttelse eller at det ikke har det.<sup>73</sup>

Den mest kjente representanten for personargumentet er Den katolske kirke. I læreuttalelsen *Dignitas Personae* (2008), som er en videreføring av *Donum vitae* (1987),<sup>74</sup> fastholdes menneskeverdet fra befruktning til den naturlige død som det fundamentale etiske prinsipp i alle moralske spørsmål. Dette etiske prinsippet er tilgjengelig gjennom fornuften gitt i naturloven. Både *Donum vitae* og *Dignitas Personae* understreker at fosteret må respekteres og behandles som et person fra unnfangelsen av. På dette grunnlaget må abort avvises.<sup>75</sup>

<sup>71</sup> Embryo er en betegnelse for menneskelig liv fra befruktning til uke 8 i svangerskap, dvs. 56-60 dager. Deretter omtales livet som et foster. Rundt dag 50 er alle organer utviklet, og man kan også begynne å registrere hjerneaktivitet. Fra uke 8 kan man begynne å registrere bevegelse hos fosteret. Baune m.fl 2008:3

<sup>72</sup> Den følgende fremstilling om person-argumentet, potensial-argumentet og spørsmålet om biologisk kontinuitet eller bygger moralsk utvikling, bygger på Baune m.fl 2009:6-18.

<sup>73</sup> Asheim 1991:39-44, Austad 1994:57 Henvisningene til M. Tooley er hentet fra en artikkel «Desisions to Terminate Life and the Concept og Person» (1979), og en bok *Abortion and Infanticide* fra 1985.

<sup>74</sup> *Donum Vitae* stiller spørsmålet: «How could a human individual not be a human person?» Doktrinen forplikter seg ikke eksplisitt til en bestemt forståelse av fosterets filosofiske natur, men de moralske implikasjonene av læren fremholdes med stor tydelighet: «The Magisterium..reaffirms the moral condemnation of any kind of procured abortion.» Congregation for the Doctrine of the Faith 1987: part 1, no 1.

<sup>75</sup> Congregation for the Doctrine of the Faith 1987: Del 1, no. 1 og 2008: Del I, no. 4.

En representanter for et snevert person-begrep er Michael Tooley. Tooleys (1979) kriterier for rett til liv tilkommer ikke mennesket som biologisk organisme, men mennesket som person. «Personer» i Tooleys betydning er eksemplarer av homo sapiens som har bevissthet, erindringer om fortiden, evne til å møte fremtiden og ha ønsker for den. På dette grunnlaget kan Tooley forsvare ikke bare provosert abort, men også infanticid (1985).

Denne lille illustrasjonen har vist at det er uenighet om personbegrepet. Det er ingen tvil om at fosteret er levende og derfor et menneske, men jeg er enig med den katolske teologen Lisa Sowle Cahill, at personbegrepet ikke er noen god hjelp til å avklare fosterets moralske status. Til det er der for mye uklarhet om hva som er innholdet i begrepet.<sup>76</sup>

### 3.5.2 Potensial-argumentet

Hva så med argumentet om potensialitet? Fordi fosteret har potensial til å bli et fullt utviklet mennesket med moralsk status, har fosteret rett til liv. Fosterets potensial er begrunnet i menneskets arvestoff. I genmaterialet ligger den fullkomne forutsetningen for menneskelig liv. Den lutherske teologen Gilbert Meilaender er en talsmann for denne posisjonen.<sup>77</sup>

Til dette argumentet er det blitt reist to innvendinger. Det første er at fosterets mulighet for å bli et voksent menneske, er avhengig av noe langt mer enn menneskets gener. Et frø vokser ikke av seg selv. Frøet trenger jord, næring og varme. På samme måte er det med fosteret. Fosteret er avhengig av en livmor, næring fra mor og hjelp fra helsepersonell. Hvis mor ikke er villig til å innfri disse forutsetningene, er det heller ikke potensiale for liv. Jeg er enig i at disse vilkårene er en forutsetning for at det skal vokse frem et liv som er levedyktig utenfor livmoren, men jeg er ikke enig i at disse forutsetningene opphever det unike potensiale som er der fra befruktningen. Et foster er ikke bare noe som har en mulighet i seg, det er noe lever og utfolder seg aktivt.<sup>78</sup>

En annen innvending til argumentet om fosterets potensiale, er å sammenligne fosteret med barnet. Selv om barnet har potensiale til å bli en voksen, har en voksen mange rettigheter som et barn ikke har. På samme måte blir det feil å tillegge barnet samme moralske status som en voksen, bare fordi barnet har potensiale til å bli en voksen. Jeg mener denne innvendingen ikke holder mål. At et foster har potensial til å bli et menneske, betyr ikke at fosteret bør få alle rettigheter som et voksent, utviklet menneske har. Med rettigheter følger ansvar, og verken fosteret eller barnet har forutsetningene for å ta dette ansvaret. Stemmerett og ytringsfrihet kan ikke

---

Congregation for the Doctrine of the Faith 2008: Del I, no. 4, 5 og 6.

<sup>76</sup> Cahill, S. 2005: 178-179

<sup>77</sup> Meilaender 2005:29-30

<sup>78</sup> Austad 1994:74

sammenlignes med den fundamentale retten til liv. Retten til liv er den grunnleggende forutsetningen for alle de andre rettighetene mennesket har i et moderne samfunn. Retten til å eksistere krever ikke noen andre egenskaper enn nettopp det å være til. Det er vanskelig å se hvorfor fosteret skal være ekskludert fra en rettighet som alle utviklede mennesker selv regner som en selvfølge.<sup>79</sup>

### 3.5.3 Biologisk kontinuitet eller moralsk utvikling?

Som det kom frem i forrige avsnitt, slutter jeg meg til tanken om at fosteret har rett til liv, fordi det har potensiale til å bli et menneske. Det finnes likevel ulike måter å vurdere tyngden og konsekvensen av dette argumentet. Som jeg allerede har indikert er det to posisjoner som peker seg ut:

1. At fosteret er et potensielt menneske betyr at fosteret har rett til liv, omsorg og beskyttelse fra befruktning av.
2. At fosteret er et potensielt menneske, betyr *ikke* at fosteret har absolutt rett til liv og beskyttelse fra unnfangelsen av. Det er en rett som først tilkommer på et senere tidspunkt. Noen tenker at retten til liv tilkommer fosteret på et bestemt punkt i svangerskapet, andre tenker at retten til liv oppstår som en gradevis prosess.

At retten til liv forstås punktuelt betyr at fosteret får moralsk status på gitt tidspunkt i svangerskapet. Det finnes ulike meninger om *hvilket* tidspunkt dette er. Mange har foreslått dag 14 i svangerskapet, når tvillingdeling ikke lenger er mulig, og embryoet formelt er blitt et individ. Andre har foreslått at retten til liv tilkommer fosteret når man kan registrere fosterets hjerneaktivitet, eller når fosteret kan overleve utenfor livmoren. Norsk lovgivning følger i praksis det siste prinsippet. Abort er ikke lovlig etter uke 22, fordi foster kan overleve uten for morens livmor fra uke 24.

Det er også mulig å forstå retten til beskyttelse som noe fosteret oppnår steg for steg eller ved en gradvis, kontinuerlig prosess. Talsmenn for en graduell forståelse argumentere for at målestokken for moralsk status er voksne mennesker med en viss mental kapasitet, en bevissthet om seg selv, rasjonalitet og forståelse av tid.<sup>80</sup> Ettersom fosteret enda ikke er ferdig utviklet, bør

<sup>79</sup> Baune m.fl.2008:7

<sup>80</sup> En utradisjonell og ytterliggående variant av en graduell forståelse finner vi hos Peter Singer. Han er avvisende til at potensialitet for menneskeliv er tilstrekkelig for å tilskrive et individ en unik rett til liv. Retten til beskyttelse er også avhengig av egenskaper som kommunikasjonsevne, bevissthet om egen person, evne til å føle smerte, omsorg for ander osv. Dette betyr at dyreliv kan ha større verdi enn foster, nyfødte, hjerneskadde og senile mennesker. Standpunktet ble først presentert i en artikkel i 1979 «Unsanctifying Human Life» og senere bekreftet blant annet i 2011 i boken *Practical Ethics* utgitt på Cambridge University Press.

fosteret ikke tillegges samme rettigheter som voksne. Det viser seg at argumentet forutsetter en bestemt forståelse av moralsk følelse og intuisjon: Vi må akseptere hva intuisjonen forteller oss, og det er at foster ikke kan ha samme moralske status som deg og meg. Selv om fosteret har potensiale er det overdrevent å sammenligne dette med verdien til et funksjonsdyktig menneske. Før fosterets organer er utviklet og hjerneaktivitet registrert, kan det være andre verdier som veier tyngre enn fosterets liv, argumenterer talsmenn for en graduell forståelse. Hvilke verdier dette kan være skal vi komme tilbake til i spørsmålet om abort.<sup>81</sup>

### **3.5.4 Sammenfatning av min posisjon**

Mitt standpunkt er at fosterets liv begynner ved befruktning. Derfor har fosteret rett til liv, omsorg og beskyttelse. Jeg mener argumentet om fosterets potensiale forstås bedre ut i fra begrepet kontinuitet, heller enn gradualitet. Jeg kan ikke se hvilket tidspunkt i svangerskapet som er moralsk relevant for å avgjøre at at fosteret har større eller mindre rett til beskyttelse. Ved befruktningen starter en kontinuerlig, biologisk utvikling av et liv som inneholder alle de genetiske forutsetningene som skal til for at fosteret blir et individ. Jeg avviser ikke et biologisk utviklingsperspektiv, men jeg avviser at denne utviklingen skal ha betydning for forståelsen av fosterets moralske status. Hvis fosterets moralske status skal være avhengig av visse biologiske eller psykologiske egenskaper finnes det mennesker, ikke bare foster, som vil få sådd tvil om sine rettigheter og sitt menneskeverd. En forståelse av fosterets moralske status som er basert på utvikling og kriterier, står i fare for å skape flere problemer enn svar. Hvorfor skal grensen settes et sted, men ikke et annet? Hvem skal bestemme hvor grensen skal gå? Hvis vi hevder at fosteret ikke har en ubetinget rett til beskyttelse, må vi forklare på hvilket punkt i livet vi selv fikk retten som vi når regner som en selvfølge. Konsekvensen av et snevert personbegrep og et graduell forståelse av fosterets moralske status, er at i begge tilfellene etableres det en basis for å tillate handlinger overfor ikke-personer eller potensielle mennesker som ikke er akseptable ovenfor personer eller fullverdige mennesker. Videre vil jeg avvise at følelser og intuisjon er et holdbart kriterium for å vurdere hva som er rett og galt. Følelser og intuisjon er i stor grad betinget av kultur, oppdragelse og personlighet. Jeg avviser ikke at følelser, samvittighet og intuisjon kan være en sterk motivasjon til å handle moralsk, men jeg avviser at dette alene kan gi oss svaret på hva som er moralsk. Videre stiller jeg meg kritisk til argumentet om individualitet, det at fosteret først får rett til beskyttelse når tvillingdeling ikke lenger er mulig: Et det mer fornuftig å si at Per og Pål kom fra en celleklump, enn å si at de begge kom fra Per? Er ikke også dette et menneskeliv fra befruktning, et menneskeliv

---

<sup>81</sup> Baune m.fl. 2008:8-9

som er kjernen i Per og Pål's individualitet? Argumentet om individualitet er ikke moralsk relevant.<sup>82</sup>

### **3.6 Abortlovgivning og begrepsavklaring**

Vi skal nå se på hvilke konsekvenser synet på fosterets moralske status har for synet på abort. Før jeg kan svare på hvordan teologisk etikk bør forholde seg til abort, vil jeg gi en kort innføring i norsk abortlovgivning.

Lov om selvbestemt abort fra 1975 klargjør at frem til uke 12 er det den gravide alene som har avgjørelsesmyndighet i spørsmål om abort. Det betyr ikke at en hvilken som helst grunn for abort før uke 12 er etisk akseptabel. Med det som er etisk akseptabelt blir ikke regulert ved lov.<sup>83</sup> Faglitteraturen skiller mellom to typer provosert abort, de «generelle» og de «selektive».<sup>84</sup> Generell abort handler om uønskede graviditeter motivert ut i fra kvinnens situasjon. Motivene kan være sosiale eller medisinske. Selektiv abort handler om at et foster har egenskaper som gjør det uønsket.<sup>85</sup> Selektiv abort er motivert av kunnskap som er blitt kjent ved prenatal diagnostikk. Distinksjonen mellom generell og selektiv abort hjelper oss å komme nærmere anliggende i denne oppgaven: Etter svangerskapsuke 12 må abort, slik lovverket foreligger per dags dato, innvilges av en nemnd. Det betyr at resultatet av tidlig ultralyd med blodprøve etter all sannsynlighet vil foreligge *etter* grensen for selvbestemt abort. Hva som er en etisk akseptabel abort er ikke lenger bare opp til kvinnen å avgjøre. Via myndighetene må samfunnet ta stilling til hvilke kriterier nemnda skal legge til grunn for sine avgjørelser og i hvilke situasjoner abort er forsvarlig.

### **3.7 En teologisk vurdering av abort**

Utviklingen av prenatal diagnostikk stiller oss ovenfor spørsmålet om det er riktig å ta abort fordi fosteret har en liten eller stor skade. Hva bør en teologisk etikk svare på dette spørsmålet? Mitt standpunkt er at de synspunktene teologisk etikk griper til for å vurdere abort generelt, også bør anvendes på selektiv abort.<sup>86</sup> En teologisk-etisk behandling av selektiv abort, bør likevel si noe mer enn å henvise til en generell vurdering av abort. Jeg vil derfor starte med å gjøre rede for noen grunnleggende synspunkter på abort i lys av en teologisk etikk og antropologi.<sup>87</sup> Deretter vil jeg avslutte med å peke på noen spesielle problemstillinger knyttet til abort ved diagnoser på et prenatalt stadium.

<sup>82</sup> Torbjørnsen 11.09.12, forelesning nr. 10 «Life and death»

<sup>83</sup> Christoffersen 2012:31

<sup>84</sup> Se Solberg 2003:1, NKLF 2012:17

NKLF bruker også termen «vanlig abort» i motsetning til selektiv abort.

<sup>85</sup> Solberg 2003:1

<sup>86</sup> Bexell, Grenholm 1997:330

<sup>87</sup> For en mer utførlig behandling av tema se David Boonin *A Defense of Abortion* (2003).

### 3.7.1 Generell vurdering av abort

Jeg har tidligere argumentert for at teologisk antropologi må holde frem menneskets verd og rett til beskyttelse fra befruktning av. Retten til liv er et etisk grunnprinsipp. Ut i fra disse premissene mener jeg konsekvensen er et restriktivt syn på abort. Både fosteret og mor har rett til liv og beskyttelse. Som grunnregel kan ikke teologisk etikk forsvare abort. Når det er sagt, er jeg enig med Lisa Sowel Cahill i at hvis abortmotstand skal ha kredibilitet, forutsetter dette meningsfulle alternativer til abort. En stemme mot abort er tomme ord hvis det ikke finnes tilbud, oppfølging og holdninger som kan gjøre det til et positivt valg.<sup>88</sup>

Samtidig som en teologisk etikk bør stille seg kritisk til abort, må en teologisk etikk *også* make å verne om kvinners valgfrihet. Frihet og autonomi er sentrale begreper i en teologisk etikk. Dette må innebærer valget om å bestemme over eget liv og egen kropp. Hvis målet er et samfunn hvor mennesker tar moralske og ansvarlige valg, må dette innebære *reell* selvbestemmelse i abortspørsmålet, selv når dette kan føre til en mer liberal abortpolitikk enn det som er ønskelig fra et teologisk standpunkt.

Videre aktualiserer abortspørsmålet forståelsen av frihet. Hvilken forstår teologisk etikk prinsippene om frihet og selvbestemmelse? En teologisk standpunkt er et ja til frihet. Det er viktig å forsvare menneskers råderett over eget liv. En teologisk etikk likevel kan ikke anerkjenne en absolutt forståelse av frihet, der friheten er den siste etiske instansen og menneskelivets ytterste mål. Hvis mennesket ikke er forpliktet på noe annet enn sin egen frihet, er mennesket strengt tatt ikke forpliktet på noe, og kan derfor ikke trekkes til ansvar for det han eller hun bruker friheten til.<sup>89</sup> Prinsippet om frihet må inkludere et ansvar for andre mennesker.

Konsekvensen av en relasjonell forankring av menneskeverdet, tanken om at frihet inkluderer ansvar for andre og en positiv vurdering av fosterets moralske status, er at foreldre har en moralsk forpliktelse til å beskytte fosteret i mors liv. Dette betyr ikke at en teologisk etikk ikke anerkjenner at det finnes situasjoner der abort kan forsvares moralsk. Det kan være situasjoner der abort regnes som det minste av to onder når liv står mot liv. Et eksempel på dette kan være når mors liv og helse er truet av graviditeten. Et annet eksempel er graviditet påført en kvinne mot hennes vilje enten ved urimelig press fra familiemedlemmer eller ved incest/voldtekt. Retten til liv må da vike fordi kvinnens frihet og integritet er blitt krenket.

### 3.7.2 Selektiv abort

Hva så med abort på grunnlag av prenatal diagnostikk knyttet til alvorlige skader og feil ved

---

<sup>88</sup> Sowel Cahill 2004:34

<sup>89</sup> Christoffersen 2012:166

fosteret? Er dette kunnskap som kan og bør rettferdiggjøre abort? Abortloven § 2b-c slår fast at «...etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan svangerskapsavbrudd skje når svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon, og det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arveanlegg, sykdom eller skadelig påvirkning under svangerskapet.»<sup>90</sup> Tradisjonelt har teologiske tradisjoner lagt seg på samme linje. I 2000 utgav Den presbyterianske kirke i USA et dokument om selvbestemt abort. Dokumentet slår fast av legitime grunner for abort kan være hvis mors mentale eller fysiske helse er truet, eller hvis foster er alvorlig skadet. Dokumentet presiserer ikke hvilke diagnoser det kan være snakk om.<sup>91</sup> Utredning *Etiske synspunkter på genetisk veiledning og prenatal diagnostikk* skrevet for Bispemøtet i 1982, legger seg på samme linje. Arbeidsgruppen bak utredningen konkluderer med at «det finnes visse medfødte lyter og sykdomsanlegg som er av en så alvorlig karakter at en nødrettsituasjon kan inntre for familien.» Utvalget er enige om at nødrettsituasjonen, det vil si selektiv abort, gjelder i tilfeller fosteret vil dø kort tid etter fødsel, men utvalget om «grensetilfellene».<sup>92</sup> Hva som oppfyller kriteriet om alvorlig sykdom er altså uklart både i fra et juridisk og etisk perspektiv. Denne usikkerheten gjenfinner vi ikke i norsk abortpolitikk. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at abortnemndene i praksis godkjenner alle søknader om abort, også søknader om abort etter uke 22.<sup>93</sup>

Denne gjennomgangen har vist at prenatal diagnostikk aktualiserer spørsmålet om grenser. Hvor vanskelig må foreldrenes livssituasjon være for å kvalifisere til abort? Når er en diagnose alvorlig nok? En måte å komme frem til dette svaret er å vurdere barnets antatte livskvalitet ut i fra kriteriene om livslengde, lidelse og livsutfoldelse. Hvis den prenatale diagnostikken avdekker at barnet vil få et kort liv, en spesielt smertefull død eller leve et liv uten den livsutfoldelse som hører et menneskelig liv til, kan man si at kriteriene for abort er oppfylt.<sup>94</sup> Abort er til beste for barnet.

Teologisk antropologi bør problematisere en slik tankegang. Jeg kan ikke se at de tre kriteriene gir et entydig svar på når det er riktig å ta abort. Et eksempel på dette er antatt livslengde. Det er vanskelig å finne gode argumenter for at to eller fem eller ti barneår i seg selv ikke er

<sup>90</sup> Lov 1975-06-13 nr 50 § 2b-c

<sup>91</sup> Encyclopedia of Bioethics 2004:736 Sitatet er hentet fra Presbyterian Church (USA) «Do Justice, Love Mercy, Walk Humbly» i *Presbyterian Social Witness Policy Compilation*. Louisville: 2000: «Possible justifying circumstances would include...conditions under which the physical or mental health of either woman or child be gravely threatened.»

<sup>92</sup> Bispemøtets arbeidsutvalg 1982:94

<sup>93</sup> Stortinget 8:148 S (2011-2012): I perioden 1999-2010 ble det utført 113 senaborter i Norge etter uke 22. Dette er problematisk etter standardene fra Verdens helseorganisasjon. I følge WHO skal fostre som fødes etter uke 22 og veier mer enn 500 gram defineres som premature spebarn. I dag blir disse barna registrert som dødfødte i Norge, uansett om de lever etter aborten. 5 mai 2012 presiserte Helsedirektoratet at aborter etter uke 22+0 dager ikke er lovlig.

<sup>94</sup> Christoffersen 2012:34

Christoffersen påstår ikke dette selv, men viser til andre som gjør det.

meningsfulle, selv om det skulle vise seg at det ikke ble noe mer enn disse årene. Barneårene er ikke bare en forberedelse til å bli voksen, de har sin egen kvalitet og verdi.<sup>95</sup> En annen innvending til kriteriene om livslengde, lidelse og livsutfoldelse er at disse kriteriene ikke er konstante størrelser. Livskvalitet er avhengig av hvilke livsbetingelser det sosiale fellesskapet stiller opp med. Det er av avgjørende betydning for den blindes livsutfoldelse at noen i fellesskapet trener opp en førerhund. Et tilbud om palliativ behandling, det vil si lindrende behandling for alvorlig syke og døende, vil ha betydning for foster med en alvorlig sykdom og deres foreldre. Hvilke ressurser fellesskapet tilbyr har stor betydning for menneskers livsutfoldelse og lidelse. Våre livsmuligheter er ikke bare opp til oss selv.<sup>96</sup> Uansett hvor alvorlig en sykdom eller skade er, er det vanskelig å komme bort fra at det er prinsipielt problematisk å sette seg til herre over en annens liv. Det er ingen som kan vite hvordan livet blir, selv om det blir kort i livslengde. Livet er for mangfoldig og uensartet til å sette det på enkle formler som livslengde, lidelse og livsutfoldelse.<sup>97</sup>

### ***3.8 Synet på alvorlig sykdom og funksjonshemninger***

Spørsmålet om hvordan en teologisk antropologi bør forholde seg til alvorlig sykdom og funksjonshemninger er viktig nettopp fordi tidlig ultralyd kan avdekke slike diagnoser. Hva skal vi tenke om fremtiden til foster som får påvist kromosomfeil? Jeg vil besvare spørsmålet i tre deler. Først vil jeg belyse temaet fra et historisk perspektiv. Deretter vil jeg si noe om sykdom og smerte – da særlig med trisomi 13 og 18, såkalte «dødelige avvik», i tankene. Til slutt vil jeg si noe om funksjons- og utviklingshemninger. Perspektivet vil da være Downs syndrom.

#### **3.8.1 Historiske tendenser**

Jeg ønsket lenge å gi et historisk riss av synet på funksjonshemninger i kirke og samfunn. Det historiske perspektivet er viktig fordi det er med å forklare de holdninger og standpunkt vi har i dag. Etter gjentatte forsøk på å skrive en kort historisk fremstilling, har jeg kommet frem til at en slik gjengivelse ikke vil yte historien rettferdighet. Historien til mennesker med utviklingshemninger er vevd sammen med menneskehetens historie forøvrig. Det er en lang, mangfoldig og sammensatt historie. En kort og overfladisk historiefremstilling kunne bli oppfattet tilfeldig og ubegrunnet. Noe bør likevel sies. Jeg har derfor valgt peke på tre tendenser som har gjort seg gjeldene gjennom historien.

---

<sup>95</sup> Christoffersen 2012:33

<sup>96</sup> Christoffersen 2012:34

<sup>97</sup> Christoffersen 2012:34



For det første har mennesker med utviklingshemning har gjennom alle tider vært prisgitt samfunnets verdier og normer. Samtidens syn på mennesket har avspeilet seg i den omsorgen samfunnet har gitt mennesker som har hatt behov for hjelp.<sup>98</sup> Her har også kirken spilt en rolle på godt og vondt. I varierende grad har menneskets verdi blitt målt i dets evne til å ta til seg kunnskap. Et eksempel fra slutten av 1800-tallet kan illustrere dette: På den tiden innebar det å være "dannelsesdyktig" evnen til å bestå en offentlig eksamen i den kristne tro. Konfirmasjonen var en juridisk nødvendighet for å få tilgang til en rekke rettigheter i samfunnet. Ettersom de fleste mennesker med utviklingshemning ikke ble tilbudt noen form for undervisning, ble de fleste mennesker med utviklingshemninger oppfattet som ikke-dannelsesdyktige og på den måten utestengt fra fellesskapet.<sup>99</sup>

Den andre tendensen jeg vil peke på er at gjennom historien har mennesker med utviklingshemninger blitt sett på som annerledes. Med annerledes mener jeg mennesker som ikke blir regnet som andre, og da gjerne med et negativ undertone. Erfaringen er at mennesker som blir stemplet som annerledes, lettere blir behandlet dårlig og oftere fratatt verdighet og retten til et anstendig liv. Mange er og har blitt utsatt for vold og overgrep. Stigmatiserende gruppetenkning har gjort at samfunnet har mistet synet for enkeltmenneskers individuelle egenart.<sup>100</sup>

Et tredje og siste tendens er at utviklingen i Norge har gått i riktig retning. I stortingsmeldinger fra slutten av 1960-tallet og utover kan vi lese om integrering, normalisering og institusjonsavvikling. I menigheter og andre livsynsfellesskap har det vokst frem ulike grupper som er særlig tilrettelagt for mennesker med utviklingshemninger. Flere er også inkludert i ordinære fellesskap. Det er likevel langt igjen før mennesker med utviklingshemninger har en likestilt mulighet til å delta ut ifra sine forutsetninger.<sup>101</sup> Som premissleverandører kommer funksjonshemmede fortsatt sjelden til orde. Mye godt lovverk er på plass for å sikre likestilling for mennesker med funksjonshemninger, men det er enda en lang vei å gå før man kan si at lovverket er realisert i praksis. For en mer detaljert fremstilling av ulike tidsepokers holdninger til alvorlig sykdom og funksjonshemninger, se angitt litteratur.<sup>102</sup>

---

<sup>98</sup> Dahle 2010:34

<sup>99</sup> Dahle 2010:34

<sup>100</sup> Dahle 2010:33

<sup>101</sup> Dahle 2010:36-40

<sup>102</sup> For en mer detaljert fremstilling av historien om funksjonshemmedes rolle i samfunnet se: Torill Edøy *En kirke for alle: Funksjonshemmede i kirken* (2000), Amos Yong *Theology and Down's syndrom* (2007) og *The Bibel, Disability and the Church* (2011), Asger Andersen *Kirken og de handicappede* (1978), Jan Tøssebro *Hva er funksjonshemning* (2010) eller Sølvi Dahle og Tor Ivar Torgauten (red) *Utviklingshemning og tros- og livssynsutfordringer: Rettigheter og tilrettelegging* (2010)

### 3.8.2 Sykdom og smerte

Å møte smerte i form av sykdom og død er vanskelig. Det er vanskelig for dem som blir rammet av det, og det er vanskelig for pårørende og andre medmennesker. Eksistensielle spørsmål kommer på dagsordenen: Hvorfor hender dette meg og min familie? Hva er meningen med det som skjer? Hva er meningen med livet? Teologien fremholder at lidelse og smerte er en del av alle menneskers liv som følge av menneskets forgjengelighet. Derfor kan ikke teologisk etikk slutte seg til forestillinger om at et lidelsesfritt liv er et absolutt etisk ideal. Livet er sårbart og ubetinget kontroll er en illusjon. Så lenge verden ikke er fullkommen vil vonde og vanskelige ting skje. Det betyr ikke at mennesker bør godta lidelse og sykdom stillestående. Det er en moralsk oppgave å kjempe mot smerte og urettferdighet ved å vise omsorg, lindre og helbrede. Dette kan begrunnes i menneskeverdet, nestekjærlighet og kampen mot det onde.

Et helt grunnleggende trekk ved den menneskelige eksistens er at vi alle lever på andres omsorg og bekostning. Dette blir spesielt tydelig når et lite barn kjemper for å overleve. Foreldre til alvorlig syke barn forteller at selv om smerten var stor ved å miste barnet kort tid etter fødsel, var tiden de fikk sammen med barnet umistelig og verdifull. Det er nødvendig å utfordre tanker om at noen tilstander er så alvorlig at det er best for barnet ikke å bli født. Det beste for barnet vil alltid være å være nær foreldrene og få oppleve deres omsorg og kjærlighet, uavhengig av livslengde.

### 3.8.3 Funksjons- og utviklingshemninger

Så til synet på funksjonshemninger. Er funksjons- og utviklingshemninger synonymt med sykdom og lidelse? Jeg vil argumentere sterkt for at det ikke er det. Det betyr likevel ikke at *konsekvensen* av å ha en funksjonshemning ikke kan være smerte og lidelse. Funksjonshemninger kan innebære fysiske plager, sykdom, sorg over tapte muligheter og mindreverdighetsfølelse forårsaket av andre menneskers negative holdninger. Disse negative utslagene gir likevel ikke noe grunnlag for å likestille funksjonshemninger med lidelse. En stor del av den smerten funksjons- og utviklingshemmede opplever, skyldes ikke utviklingshemningen i seg selv, men uvitenhet og fordommer fra andre mennesker.

For et teologisk forankret menneskesyn er det viktig å fremheve at funksjons- og utviklingshemmede kan leve et like godt liv som enhver uten funksjonshemninger *hvis* de får den tilrettelegging som er nødvendig, og blir møtt med den respekten og de mulighetene enhver annen samfunnsborger forventer og fortjener. En teologisk menneskesyn må avvise nedlatende holdninger, diskriminering og stigmatiserende gruppetenkning. Funksjons- og utviklingshemmede har unikt

menneskeverd og integritet. De er like forskjellige som alle andre mennesker. De fortjener derfor å bli møtt med nysgjerrighet og som en ressurs for fellesskapet. Et samfunn som skyver ut fremmede, de av annen hudfarge, rase eller religion, eller lager et samfunn som utelukker handikappede, de gamle og syke fra "det gode selskap", er et samfunn med mennesker som snevrer inn sin egen humanitet, sin egen menneskelighet. I fra et teologisk perspektiv er samhørighet med andre mennesker og annet liv den mest grunnleggende menneskelige egenskapen.<sup>103</sup> Hvis egenskaper som handling, kreativitet, selvstendighet og uavhengighet er kjernen i et menneskesyn, må dette avvises av etiske grunner. Hvis menneskeverdet er basert på selvstendighet og uavhengighet fører dette i praksis til at respekten for det enkelte individ, for dets integritet og menneskeverd, blir relativisert.<sup>104</sup> Et teologisk menneskesyn kan ikke anerkjenner at noen mennesker blir degradert eller vurdert som annenrangs, fordi de ikke har de samme forutsetningene til å bestemme over sin egen livssituasjon eller har de samme mulighetene til å arbeide og produsere som andre.<sup>105</sup> Problemet er ikke funksjonshemmedes evner eller egenskaper, men samfunnets krav og omgivelsenes utforming. Uansett hvor selvstendige og kreative mennesker er, kommer ingen unna at deres livsgrunnlag er skapt av andre – på godt og vondt.<sup>106</sup> Vi har derfor et ansvar for å skape gode livsmuligheter, både for våre funksjonshemmede og funksjonsfriske medmennesker.

### ***3.9 Sammenfatning***

I dette kapitlet har jeg gjort rede for min forståelse av teologisk antropologi. Jeg har gitt min tilslutning til en relasjonell forståelse av gudbilledligheten. Samhørighet, fellesskap og mottakelighet er grunnleggende egenskaper ved mennesket. Jeg har argumentert for at menneskets verd er ukrenkelig. Det er viktig å understreke at dette også gjelder i sårbare faser som ved livets begynnelse og slutt. Videre har jeg diskutert synet på fosterets moralske status og abort. Jeg har konkludert med at liv er en etisk hovedverdi, og at dette livet begynner ved befruktning. I forbindelse med abortspørsmålet har jeg markert et skille mellom selektiv abort og generell abort. Selektiv abort er begrunnet med egenskaper som er påvist hos fosteret, mens generell abort er motivert ut i fra kvinnes livssituasjon eller helsetilstand. Jeg har diskutert forståelsen av frihet og ansvar, og argumentert for at foreldre har en moralsk forpliktelse ovenfor fosteret, men mindre mors liv og helse er i fare, eller kvinnens frihet og integritet er blitt krenket. Jeg har vist at det er vanskelig å bli enige om hva en «alvorlig sykdom» er i forbindelse med abort. Gjennomgangen har

---

<sup>103</sup> Christoffersen 2012:168

<sup>104</sup> Christoffersen 2012:166

<sup>105</sup> Christoffersen 2012:166

<sup>106</sup> Christoffersen 2012:167

vist at kriterier som livslengde, lidelse og livsutfoldelse ikke er tilstrekkelige for å avgjøre hvilke liv man bør realisere. Uansett hvor alvorlig fosterets skader og sykdommer er, er det prinsipielt problematisk å sette seg til herre over en annens liv. Teologisk etikk må fastholde menneskeverdet og integriteten til alle mennesker, uavhengig av funksjonsevne eller utviklingsnivå. Mennesker med funksjonshemninger bør regnes som en ressurs, ikke forbindes med skam og redusert livsutfoldelse. Et meningsfullt, menneskeverdig liv er å leve i samhørighet med andre. Teologisk etikk må avvise holdninger og praksiser som måler et meningsfullt liv i lykke, velvære og fravær av lidelse. Det er en urealistisk livsforventning, og mer med på å skape et mindre humant samfunn.<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> Christoffersen 2012:174

## 4 Kapittel: Drøfting

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere argumentene om tidlig ultralyd og vurdere disse. De grunnleggende argumentene for tidlig ultralyd er autonomi, trygghet, likhet og sosial utjevning. De grunnleggende argumentene imot tidlig ultralyd er spørsmålet om helseeffekt, selektiv abort og sorteringssamfunnet.

Jeg vil starte med å presentere og vurdere argumentene for tidlig ultralyd, deretter motargumentene. Jeg er klar over at argumentene for tidlig ultralyd kan bli brukt for å imøtegå argumentene mot og vise versa. En vanlig respons til argumentet om sosial utjevning er f.eks. å peke på trusselen om sorteringssamfunnet. Når jeg likevel velger å vurdere argumentene mest mulig isolert, er det for å tydeliggjøre hva som gjør et moralsk argument godt: Et argument er godt hvis det oppfyller kravene om holdbart og relevans. At et argument er holdbart betyr at det er følgeforshold mellom påstand (P) og argument (A). La oss ta et eksempel: «Tidlig ultralyd bør innføres som et rutinetilbud til alle gravide, fordi det vil føre til sosial utjevning.» Det første leddet er en påstand, det andre leddet er et argument. En påstand kan ha flere argument og et argument kan ha støtteargument og motargumenter.<sup>108</sup> For å vurdere holdbarheten i argumentet spør vi: Er det slik at tidlig ultralyd som rutinetilbud (P) vil føre til sosial utjevning (A1)? Svaret kan være mer eller mindre sannsynlig. Etter vi har vurdert argumentets holdbarhet, må vi spørre etter argumentets relevans: Har argumentet høy verdi? Er det viktig at tidlig ultralyd fører til sosial utjevning? Desto høyere argumentet skårer på holdbarhet og relevans, desto bedre er argumentet. Målestokken for hva som er viktig er teologisk etikk og antropologi, slik jeg har presentert det i kapittel en og tre. Jeg vil presentere hvert argument ved hjelp av utvalgte sitater fra den offentlige debatten.

Jeg vil starte med å presentere argumentet om autonomi. Jeg vil først si noe generelt om kvinners selvbestemmelse og frihet. Deretter vil jeg se nærmere på hvordan tidlig ultralyd kan oppfylle kriteriet om informert samtykke. Kriteriet om informert samtykke er en forutsetning for gyldigheten til argumentet om selvbestemmelse.

---

<sup>108</sup> Rokstad 2005:112-145

## 4.2 Pro-argument: Foreldres autonomi

### 4.2.1 Selvbestemmelse

Personers selvråderett er en grunnleggende verdi i Norge som en liberal og sosialdemokratiske stat. Prinsippet ligger til grunn for lov om selvbestemt abort: Kvinnen er fri og autonom, og har derfor rett til å bestemme over sin egen kropp og sitt eget liv. Dette betyr at kvinnen har rett til bestemme om hun ønsker og når hun ønsker seg barn. Mors kropp er fosterets livsbetingelse, og det fødte barnet er avhengig av sin mors tid, omsorg og oppdragelse. Derfor må det være opp til kvinnen og hennes eventuelle partner, om hun ønsker å ta ansvaret for svangerskapet og forsørgerrollen. Foreldre bør ikke bli presset til å ta et valg som vil få dyptgripende konsekvenser for livet deres, uten selv å ha samtykket til det.

Jens Saugstad, professor i filosofi ved Universitet i Oslo, er en av dem som har fremmet argumentet om kvinners selvbestemmelse i debatten om tidlig ultralyd.<sup>109</sup> I kronikken «Respekten for kvinner» gjør han rede for to grunnleggende rettigheter han mener alle mennesker har: Rett til liv og rett til kroppslig selvbestemmelse. Den kroppslige selvbestemmelsen bygger på den tette forbindelsen mellom personstatus og frihet. Ettersom Saugstad ikke anser fosteret som en person «er det et angrep på en kvinnes personstatus å tvinge henne til å beholde en fosterperson inni sin kropp, selv om den er avhengig av det for å overleve.» Saugstad skiller mellom retten til liv som et negativt krav til andre om å ikke drepe deg, og et positivt krav om at andre skal yte det som trengs for å holde deg i live. Saugstad mener at hvis fosteret skal tillegges et positivt rettsmorsalsk krav om å bruke kvinnens kropp, må det være en plikt hun har påført seg gjennom et eget, frivillig valg. Dette åpner for abort ved alvorlig funksjonshemning, mener Saugstad. Er det skjellig grunn for å tro at fosterets funksjonshemning vil «ferringe kvinnens livskvalitet vesentlig» vil det oppstå en konflikt mellom fosterpersonens positive krav om å bruke kvinnens livmor og hennes rett til kroppslig selvbestemmelse. For å unngå at kvinnen blir «en fødemaskin, bare som et middel for en annen», må fosterets «negative rett til liv vike for den gravides rett til kroppslig selvbestemmelse.»<sup>110</sup>

Oppsummerende kan vi si at selvbestemmelse er det bærende argumentet for forslaget om å utvide fosterdiagnostikken. Selvbestemmelse gir frihet til å velge abort ved alvorlige diagnoser og gir økt mulighet for å få et friskt barn.<sup>111</sup> Et barn med spesielle behov krever særlig oppfølging. Foreldrene må selv velge om de ønsker en slik dramatisk forandring i sin livssituasjon. Tidlig ultralyd kan også sikre friheten til dem som ikke ønsker å abortere, fordi foreldrene bærer frem funksjonshemmede barn fordi de ønsker det, ikke fordi myndighetene har pålagt dem det.

<sup>109</sup> Gjengivelsen er hentet fra Saugstads kronikk i Aftenposten 15.01.12

<sup>110</sup> Saugstad 15.01.12

<sup>111</sup> Kunnskapssenteret 2008:65

## Holdbarhet

La oss vurdere argumentet om selvbestemmelse. Påstanden (P) er at tidlig ultralyd bør bli et tilbud til alle, fordi det vil øke kvinners selvbestemmelse (A). Er argumentet holdbarhet? Er det sannsynlig at tidlig ultralyd vil føre til økt selvbestemmelse for kvinner?

Jeg mener det er gode grunner for å hevde dette. For det første vil gravide få mer kunnskap om fosteret på et tidligere tidspunkt. Relevant og tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for reel valgfrihet. For det andre vil undersøkelse gi økt frihet til å velge hvilke barn foreldrene vil bære frem. Det offentlige kan ikke nekte gravide å abortere foster som har fått påvist diagnoser det ikke finnes behandling for. For det tredje, vil et offentlig tilbud om tidlig ultralyd med blodprøve føre til at flere kvinner vil få muligheten til fosterdiagnostikk. Tilbudet er i dag begrenset til dem som oppfyller kriteriet om alder, indikasjon eller har mulighet, økonomisk og geografisk, til å oppsøke private klinikker (se 2.2-2.4). Et offentlig tilbud om tidlig ultralyd vil føre til økt valgfrihet og selvbestemmelse fordi *antallet* kvinner som får tilbud vil øke kraftig. Argumentet er holdbart: Tidlig ultralyd vil med stor sannsynlighet føre til større valgfrihet og mer selvbestemmelse for kvinner.

## Relevans

Så til spørsmålet om relevans: Er det viktig å øke kvinners frihet og selvbestemmelse? I et globalt perspektiv er svaret definitivt ja. Kvinner og barn ligger langt bak menn når det gjelder tilgang til grunnleggende menneskerettigheter som utdanning, helse og ytringsfrihet. Kvinner blir daglig stigmatisert og krenket. I Norge vil mange hevde at man har kommet langt i å anerkjenne kvinners likeverd og integritet, men også i Norge finnes det miljøer som tillater krenkende holdninger og praksiser mot kvinner.

Individets integritet og selvbestemmelse er viktige verdier i teologisk antropologi. Integriteten er forankret i menneskeverdet, og selvbestemmelsen er et resultat av at mennesket er skapt fritt. Det er altså ingen tvil om at frihet og autonomi er viktige verdier som må beskyttes. Det er likevel mulig å stille spørsmål ved rekkevidden av selvbestemmelse og personlig frihet, slik jeg argumenterte for i delkapittel 3.7.1. I lys av en teologisk antropologi er det nødvendig å problematisere frihetsbegrepet slik det blir presentert som argument for tidlig ultralyd. At mennesket har frihet til å handle i pakt med sine overbevisninger, er en forutsetning for etisk ansvarlighet og et moralsk liv.<sup>112</sup> Det betyr likevel ikke at mennesket har en grenseløs frihet. Frihet innebærer også ansvar for andre enn seg selv. At friheten har grenser er ikke et forsvar for tvang, men et vern om den enkeltes integritet: Jeg kan ikke gjøre imot andres vilje, slik heller ikke andre kan gjøre imot min vilje. Et avgjørende spørsmål er om dette ansvaret også omfatter fosteret.

<sup>112</sup> Henriksen, Heiene 1998:101

Svaret er igjen priggitt menneskesynet. Så lenge fosteret ikke har en positiv rett til liv, slik Saugstad forutsetter, er spørsmålet om fosters «vilje» irrelevant. Et teologisk menneskesyn argumenterer på den andre siden for at fosteret har rett til å liv og beskyttelse. Fosterets moralske status setter begrensninger for foreldrenes valgfrihet. Foreldrene har en *moralsk* plikt til å beskytte barnet.<sup>113</sup> Prinsippet om autonomi er viktig, men det kan ikke forstås isolert. Det er nødvendig å arbeide med hvilke andre verdier undersøkelsen ivaretar, og hvilke hensyn som må oppgis ved en eventuell undersøkelse. Først da er det mulig et kvalifisert svar på verdien av argumentet om selvbestemmelse.

Før jeg skal presentere argumentet om trygghet, vil jeg si litt om hvilke utfordringer som kan oppstå i møtet mellom en fosterdiagnostisk rutineundersøkelse og prinsippet om selvbestemmelse. Møtet aktualiserer spørsmålet om informert samtykke. For at foreldres valgfrihet og selvbestemmelse skal være reell, forutsetter dette at foreldrene forstår hva de sier ja til. Foreldrene må forstå hva som er intensjonen og risikoen ved tidlig ultralyd, og hvilke behandlinger som finnes eller ikke-finnes ved eventuelle avvik. Er det sannsynlig at en offentlig rutineundersøkelse vil klare å ivareta dette prinsippet? Hvilke kriterier må være oppfylt for at kunne forsvare tidlig ultralyd ut i fra prinsippet om autonomi?

#### **4.2.2 Prinsippet om informert samtykke**

I dag er det bare dem som oppfyller kriteriene for fosterdiagnostikk som har krav på veiledning av helsepersonell i forbindelse med undersøkelsen. Veiledningen skal være en hjelp til å forstå de medisinske fakta og valgmuligheter som undersøkelsen gir. Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen gir ikke rett til oppfølging. Skal et rutinetilbud kunne forsvares ut i fra prinsippet om autonomi, er det en forutsetning at det blir gitt tilstrekkelig informasjon i forkant av undersøkelsen. Erfaringer fra Danmark viser at det er vanskelig for foreldrene å være forberedt på de valgsituasjoner som kan oppstå når resultatet fra undersøkelsen foreligger.<sup>114</sup> Derfor er også oppfølging i etterkant viktig.

Veiledning i forbindelse med en fosterdiagnostisk undersøkelse innebærer utfordringer både for de som skal gi og de som skal motta veiledning. Det er en utfordring for helsearbeiderne å gi informasjon på en balansert måte, og det er en utfordring for foreldrene å forstå hva helsearbeiderne prøver å formidle. Undersøkelser bekrefter at det er vanskelig for helsearbeidere å gi adekvat

---

<sup>113</sup> Plikten til å bære frem et barn er i norsk lov ikke *juridisk* bindende før uke 12 (selvbestemt abort) og uke 22 (grensen for nemndbehandlede aborter). Jeg snakker her om retten til liv, ikke generelt om foreldres ansvar for å gi barn omsorg og beskyttelse.

<sup>114</sup> Dette er beskrevet i tidsskriftet *Etikk i praksis* 1/2008 og i rapporten *Fremtidens fosterdiagnostikk* fra det danske Etisk Råd.



veiledning i en komplisert valgsituasjon.<sup>115</sup> Videre er det en utfordring å formidle hva det innebærer at undersøkelsen kun avdekker risiko og derfor innebærer en prinsipiell usikkerhet (se 4.3.2). En utfordring for foreldrene kan være helsearbeideres terminologi og holdninger. Når gravide forteller at diagnosen trisomi 13 og 18 er blitt presenterer som «uforenelig med liv» etterfulgt av en henvisning til abort, ligger dette det innbakt en anbefaling i veiledningen.<sup>116</sup> Skal prinsippet om frihet og selvbestemmelse bli ivaretatt, er det nødvendig å innføre retningslinjer som forhindrer slike situasjoner.

På mange måter innebærer økt valgfrihet et gode, men valgfriheten kan også ha en bakside. Valget kan oppleves som en belastning både på individ- og samfunnsnivå. Selvbestemmelsen kan fungere som en ansvarsoverføring: «Du valgte det selv – det er ditt ansvar.» Dette gjelder både beslutninger som følge av et positivt test svar, men også beslutninger om å ta ultralydundersøkelse. Dersom en mor velger å ikke teste seg og føder et barn med utviklingsavvik, kan man bli møtt med holdninger som «du får skyld på deg selv, du tok jo ikke testen.»<sup>117</sup> Videre er det stor sannsynlighet for at en masseundersøkelse i det offentlige regi vil oppleves som en anbefaling, selv om undersøkelsen selvfølgelig er ment å være frivillig. Norske gravide er pliktoppfyllende. 98% av dem stiller opp til ultralydundersøkelse i uke 17-19. Er det da noen grunn til å tro at de ikke vil gjøre det samme i uke 11-13? Bioteknologinemnda er bekymret for at gravide skal oppleve det som uforsvarlig å takke nei til undersøkelsen. Erfaringer fra andre land bekrefter faren for at ultralyd oppfattes som obligatorisk og at den «riktige reaksjonen» på et positivt funn er abort.<sup>118</sup> Dette vil i tilfelle undergrave foreldrenes selvbestemmelse. Bioteknologinemnda etterlyser gode nytteargumenter før myndighetene gjør undersøkelsen til en rutine, nettopp fordi det ligger en klar anbefaling innbakt i undersøkelsen.<sup>119</sup>

Oppsummerende kan vi at argumentets holdbarhet og relevans er avhengig av synet på fosteret funksjonshemninger og foreldrenes moralske forpliktelser ovenfor fosteret. Argumentet om autonomi er også avhengig av at prinsippet om informert samtykke er ivaretatt. Hvis ikke foreldrene ikke forstår hva de sier ja til blir det meningsløst å snakke om selvbestemmelse. Erfaringen tilsier at det er en utfordring å sikre informert samtykke i forbindelse med prenatal diagnostikk, men ikke umulig.

---

<sup>115</sup> Dette bekrefter en utredning fra SBU i 2006. Kunnskapssenteret 2008:66

<sup>116</sup> Berg, F. 2012:1588-1589  
Mer om dette i kapittel 4.6.2

<sup>117</sup> Kunnskapssenteret 2008:66

<sup>118</sup> Kunnskapsenteret 2008:66

<sup>119</sup> Bioteknologinemnda 2011:87

### **4.3 Pro-argument: Økt trygghet**

Økt trygghet og redusert engstelse er det andre viktige argumentet for tidlig ultralyd. Helsepolitisk talsmann Thomas Breen i Arbeiderpartiet har bred politisk støtte<sup>120</sup> når han uttaler: «Gravide kvinner har rett til å oppleve trygghet og ha kunnskap om svangerskapet. Mor skal føle trygghet for at barnet hun bærer får best medisinsk oppfølging både før, under og etter fødsel.»<sup>121</sup> Argumentet om trygghet handler om gravides ønsker og erfaringer. Det fostermedisinske miljøet i Trondheim hevder at mange gravide ønsker tidlig ultralyd.<sup>122</sup> Dette er en påstand vi ofte hører i den politiske debatten. Videre peker Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering på at gravide blir mer fornøyde med tidlig ultralyd.<sup>123</sup> Kunnskapscenterets rapport fra 2012 har ikke belyst gravides ønsker,<sup>124</sup> men bekrefter at de fant dokumentasjon for at gravide muligens kan være mer fornøyde med et tilbud om tidlig ultralyd sammenlignet med fravær av et slik tilbud.<sup>125</sup> Helsedirektoratet mener tidlig ultralyd kan gi redusert bekymring for kvinner, hvis undersøkelsen ikke påviser at noe er galt med fosteret.<sup>126</sup>

#### **4.3.1 Tallene bak påstanden**

Før vi skal vurdere holdbarheten i argumentet om trygghet, skal vi se litt på tallene bak det påståtte ønske om tidlig ultralyd. Det er ikke gjort studier på kvinners holdninger til tidlig ultralyd.<sup>127</sup> At gravide ønsker tidlig ultralyd er begrunnet med at 50-60 % av dem oppsøker private klinikker for denne typen undersøkelser. Etter en nærmere gjennomgang viser det seg at det er ukjent hvor mange som oppsøker tidlig ultralyd og på hvilken indikasjon. 50-60 % er ikke et faktisk tall, men beregninger ut i fra hvor mange som blir henvist fra det private til det offentlige for videre utredning.<sup>128</sup> Det er ingen tvil om at mange kvinner oppsøker private klinikker for ultralydundersøkelser. Jeg tenker likevel at det kan være klokt å vise tilbakeholdenhet med å argumentere med tall som det faktisk viser seg å være forbundet stor usikkerhet med. Skal argumentet om gravides ønsker kunne tillegges vesentlig verdi, vil det være nødvendig å tilegne seg

---

<sup>120</sup> Les lignende uttalelser av Gunn Karin Gjul, leder av Stortingets familie- og kulturkomite i intervju 21.02.2011, Kari Kjønås Kjos intervju 13.01.12, Siv Jensen uttalelse 14.03.12 og SVs landstyre vedtak 16.04.12.

<sup>121</sup> Breen, T. 05.12.11

<sup>122</sup> Salvesen, K.Å kronikk 16.01.12, Eik-Nes, S. intervju 28.01.12

<sup>123</sup> Stene-Larsen 16.01.12

<sup>124</sup> Kunnskapscenteret 2011: 32, 125

<sup>125</sup> Kunnskapscenteret 2011:124

<sup>126</sup> Helsedirektoratet 31.03.11:4

<sup>127</sup> Salvesen, K.Å intervju 22.03.11

<sup>128</sup> Stene-Larsen 16.01.12,

Lokale undersøkelser tyder på at halvparten av kvinnene so kommer til ultralyd i uke 18, har fått utført ultralydundersøkelse tidligere i svangerskapet. Tallene bekreftes i en pilot til en nasjonal undersøkelse (Iversen 2011) om erfaringer med svangerskapsomsorgen, beskrevet i Kunnskapscenterets rapport fra 2012:41.

mer informasjon om hva og hvorfor en representativ gruppe gravide ønsker seg tidlig ultralyd. Det vil også være viktig å avdekke hvilken type kunnskap deres ønsket er forankret i.

### 4.3.2 Holdbarhet og relevans

De gravide ønsker trygghet – forsikre seg om at hjertet slår og at de får et friskt barn. Dette vil gjøre dem fornøyde. Er påstanden holdbar? Gir tidlig ultralyd økt trygghet og mer fornøyde gravide?

Jeg vil forsøke å svare på dette spørsmålet med stemmen til Marit Hermansen, leder for Norsk forening for allmenntmedisin (NFA). Hermansen er en av dem som har reflektert over tidlig ultralyd i fra fastlegenes perspektiv.<sup>129</sup> Hermansen problematiserer påstanden om at tidlig ultralyd gir økt trygghet. Hennes påstand er at økt trygghet sikres gjennom god informasjon, ikke antall undersøkelser. At de gravide er fornøyd med tidlig ultralyd mener Hermansen ikke bør komme som noen overraskelse. De aller fleste gravide kommer for å se at alt står bra til med barnet, mens undersøkelsen de ber om er utformet for å finne risiko for spesifikk sykdom med lav forekomst i befolkningen. De aller flest vil derfor få beskjed om at undersøkelsen ikke viste noen tegn til avvik, og de gravide kan gå hjem fornøyde og beroliget, som de ønsket. Men er dette en kvalifisert forståelse av hva det vil si å være fornøyd? At gravide *opplever* at de har et behov for tidlig ultralyd, betyr ikke at de *faktisk* har det. Spørsmålet om helsegevinst må avgjøre om gravide har et reelt behov for tidlig ultralyd (se 4.5). Hermansen advarer mot det hun kaller for «sikkerhetskyldmedisin». Friske gravide har lite behov for tilleggsundersøkelser, fordi det er svært liten risiko for at noe galt skal skje under svangerskapet. Tallene fra Medisinsk fødselsregister bekrefter dette.<sup>130</sup> At noen gravide vil trenge økt oppmerksomhet, omsorg og oppfølging er en selvfølge. Men for flertallet av gravide er det viktigere å trygge dem i troen på egen helse og støtte dem i at alle mennesker lever med risiko i sine liv.

På bakgrunn av dette kan vi slå fast at de alle fleste gravide er mer fornøyd med tidlig ultralyd, enn uten tidlig ultralyd – argumentet er altså holdbart. De gravide får bekreftet det de kom for å få bekreftet, nemlig at alt står bra til med barnet. Om dette er en god nok grunn til å legitimere en rutineundersøkelse er et annet spørsmål. Argumentets relevans er avhengig av hvilken helseeffekt tidlig ultralyd kan gi. Argumentet om trygghet har likevel en bakside. For noen kvinner vil tidlig ultralyd føre til økt utrygghet og risiko. Jeg tenker på utfordringen med diagnostisk

<sup>129</sup> Følgende gjengivelse er hentet fra foredraget «Risiko på mitt kontor» av Marit Hermansen 16.01.12.

<sup>130</sup> I Norge fødes ca 60000 barn hvert år. Om lag 1000 av disse er svangerskap med tvillinger, og 150-300 av disse har felles morkake. Behandling av TTS er aktuelt for 30 av disse barna. Det fødes i underkant 10 barn med trisomi 18 og 3-6 barn med trisomi 13 hvert år i Norge. Siden en stor andel får påvist trisomi 13 og 18 i fosterliver, og de fleste av disse ender som spontanabort, er forekomsten sannsynligvis noe høyere. I 2009 ble det født 124 foster med Downs syndrom, og abortert 163. Tallene er hentet fra Medisinsk fødselsregister. Kunnskapsenteret 2012:48, 51 og 76 og FRAMBU.

presisjon og utilsiktet aborter. Hva betyr dette?

Tidlig ultralyd med blodprøve er en risikoberegning som i seg selv er en komplisert sak. Risikoberegningen vil avdekke både falske positive, falske negative og sanne positive.<sup>131</sup> At tidlig ultralyd vil avdekke falske positive betyr at en god del kvinner vil få beskjed om at det er noe galt med fosteret selv om det i virkeligheten ikke er det. Dette kan føre til økt bekymring og uro. Noen kvinner vil få beskjed om at fosteret er friskt, men når barnet blir født viser det seg at undersøkelsen var en falsk negativ. Foreldre som har fått barn med Downs syndrom, selv om de hadde testet seg og fått beskjed om at risikoen for kromosomfeil var liten, forteller at det har vært vanskelig å takle barnets diagnose, nettopp fordi de hadde fått «forsikringer» om at alt stod bra til.<sup>132</sup>

Videre er det en medisinsk risiko for at tidlig ultralyd vil kunne føre til flere utilsiktede aborter. Hvis ultralydundersøkelsen avdekker grunn til bekymring vil foreldrene få tilbud om invasive tester. Dette skaper uro blant fagfolkene fordi nålesticket ved foster- og morkakeprøver kan føre til spontanabort. Det er ikke snakk om mange spontanaborter hvert år, men med et tilbud om tidlig ultralyd vil sannsynligvis dette tallet øke noe.<sup>133</sup> Det betyr at friske foster må bøte med livet for å oppdage tilfeller av Downs syndrom. Dette er en etisk, uakseptabel bivirkning for å oppdage foster med risiko for kromosomfeil eller andre strukturelle avvik.

## Sammenfatning

På bakgrunn av dette som nå er sagt viser det seg at argumentet om trygghet har holdbarhet for *de aller fleste gravide*, men ikke for alle. Det er viktig å lytte til gravides erfaringer og behov. På den måten ivaretar man deres autonomi og integritet. De gravide er seg selv nærmest – de vet hva de trenger for å oppleve trygghet og ivaretagelse. På den måten oppfyller argumentet et viktig formål i svangerskapsomsorgen. Likevel mener jeg Marit Hermansen har et viktig poeng når argumenterer for at vi trenger en kvalifisert forståelse av hva det vil si å være fornøyd: Å være fornøyd er ikke det

<sup>131</sup> Kunnskapscenterets rapport fra 2012 har beregnet at med en antatt oppslutning på 80 % av 63415 gravide (dvs. 49831), vil 3653 av disse teste positivt på risiko for å få et barn med avvik. I virkeligheten er bare 1068 av disse sanne positive, det betyr at inntil resultatet av undersøkelsen er klar vil 2585 kvinner tro at det er noe galt med fosteret når det ikke er det (falske positive). Tallene er hentet fra Kunnskapscenterets rapport 2012 presentert av Staff og Kaasen 16.01.12

<sup>132</sup> Solberg, B. 16.01.12

<sup>133</sup> Hvis 80 % av de gravide takker ja til tilbudet om tidlig ultralyd med blodprøve, vil 97 bære et foster med Downs syndrom. Hvis vi antar at 4 % av de gravide fyller kriteriene for videre tilbud om fostervann- og morkakeprøver, vil 2077 få tilbudet. Ut fra prøvens antatt pålitelighet vil 88 av fostrene ha Downs syndrom, mens de resterende 9 ikke vil oppdages i screeningen. Det er vanlig å anta at fostervann- og morkakeprøver fører til spontanabort for 0,5-1% av de undersøkte. Dersom alle som får tilbud om en invasiv test takker ja, vil 10-21 gravide abortere på grunnlag av undersøkelsen. Av disse vil 0,5-1 % ha Downs syndrom, og 9,5-20 foster vil være friske. I dag utføres det trolig ca 1500 fostervannsprøver i året, noe som betyr at sannsynligvis vil 7,5-15 foster aborteres som følge av undersøkelsen. Selv om det er usikkerhet omkring beregningene, kan tidlig ultralyd gi en økning i antall spontanaborter av frisk foster. Man antar at det kan være snakk om 2-5 tilfeller. Kunnskapscenteret 2012:166.

samme som å være trygg. De gravide kan ha høy risiko, men likevel være fornøyde. Eller de kan ha lav risiko, og likevel være utrygge. Skal argumentet om trygghet vurderes som holdbart og relevant, må argumentet forankres i noe mer enn følt behov, nemlig et medisinsk behov og påvist helseeffekt.

#### ***4.4 Pro-argument: Prinsippet om likhet og sosial utjevning***

Et tredje argument for å tilby tidlig ultralyd er at det vil fremme likhet og sosial utjevning.

Argumentet forutsetter at norske kvinner ikke bør forskjellsbehandles på grunn av geografi, alder, inntekt eller kunnskap. Politikerne argumenterer for at det er urettferdig at tidlig ultralyd er forbeholdt dem som bor i nærheten av storbyer med fostermedisinske senter og private helseklinikker, samt har råd til å betale for private undersøkelser. Dessuten er det få som kjenner til tilbudet om ultralyd ved angst og uro. Tilbudet er i praksis forbeholdt dem som er ressurssterke nok til å tilegne seg kunnskap om tilbudet.<sup>134</sup> Fordi det finnes åpenbare forskjeller i hvilke muligheter gravide har bør det offentlige motvirke dette ved å tilby tidlig ultralyd til alle som ønsker det.

Flertallet i Nasjonalt råd er en av stemmene som har vektlagt argumentet om likhet og utjevning.

Rådet mener rutinemessig ultralyd i uke 11-13 og 17-19 bør innføres for å:

1. Sikre den faglige kvaliteten på tilbudet og dermed hindre unødig ressursbruk på oppfølging
2. Motvirke at geografi og økonomi avgjør om man får tilbudet
3. Offentlig tilbud eksisterer allerede i mange land<sup>135</sup>

Nasjonalt råd forutsetter at de totale kostnadene ikke vil øke, og mener derfor tilbudet kan forsvares økonomisk.<sup>136</sup>

##### **4.4.1 Holdbarhet**

La oss vurdere holdbarheten i de to første påstandene fremsatt av Nasjonalt råd. 1. Er det slik at en tidlig ultralydundersøkelse i offentlig regi, vil være av høyere kvalitet enn undersøkelsen som tilbys på det private markedet? 2. Vil et tilbud om rutinemessig ultralyd motvirke at geografi og økonomi avgjør hvem som får tilbudet?

For å kunne gi en kvalifisert vurdering av disse påstandene jeg ideelt sett både vært lege og sosiolog. Når jeg nå likevel vurderer at det er holdbarhet i påstanden om at det er forskjell på tilgang til og kvaliteten på tidlig ultralyd, støtter jeg meg på undersøkelser gjort av Helsedirektoratet som bekrefter dette. Også professor Kjell Å. Salvesen ved Nasjonalt senter for fostermedisin er enig

<sup>134</sup> SV landstyrevedtak 21.04.12

<sup>135</sup> Stene-Larsen presentasjon av flertallsvedtaket 16.01.12

<sup>136</sup> Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering referat 05.12.11:8.  
Stene-Larsen 16.01.12

i at «kvaliteten på tidlig ultralyd utenfor godkjente sykehus er svært variabel.»<sup>137</sup> Undersøkelser i regi av det offentlige helsevesenet har strenge krav til retningslinjer og kontroll. Tidlig ultralyd som en rutineundersøkelse i det offentlig helsevesenet vil sannsynlig føre til et mer enhetlig tilbud. Det offentlige helsevesenet har i tillegg et ansvar for å tilby helsetjenester i hele landet. Påstanden om kvalitet samt sosial og geografisk utjevning har høy holdbarhet.

#### 4.4.2 Relevans

Så til spørsmålet om relevans. Er det viktig å sikre kvalitet og utjevning i svangerskapstilbudet til gravide? Svaret er opplagt. Et likeverdig og forsvarlig helsetilbud er grunnleggende i norsk helsevesen, uansett hvor du bor i landet.<sup>138</sup> Verdiene kan også forsvares teologisk ut i fra tanken om forvalteransvar og menneskeverd. Mennesket er kalt til å forvalte sine talenter til beste for andre. Dette kan motivere et forsvarlig og godt helsevesen. Videre er alle mennesker like mye verdt. Derfor bør ikke geografi, inntekt, etnisitet eller religion diskvalifisere noen fra å få kvalifisert behandling.

Argumentet om likhet og utjevning forutsetter at tidlig ultralyd er et gode; ellers blir det meningsløst å snakke om at det er urettferdig at ikke alle har et likt tilbud om tidlig ultralyd. Begrepet rettferdighet brukes som kjent i relasjon til goder, ikke onder.<sup>139</sup> Men hva skjer når det ikke er ubegrenset tilgang til godene i samfunnet? Debatten om tidlig ultralyd bringer oss inn på spørsmålet om fordeling og prioritering i helsevesenet. Hva er rettferdig fordeling i helsevesenet? Er det at alle får likt, i betydningen like mye? Er det at alle får proporsjonalt med sin innsats? Eller er rettferdig fordeling at alle får etter sine behov? Helsevesenet i Norge er hovedsakelig styrt etter den tredje teorien.<sup>140</sup>

I kapittel tre om teologisk antropologi presenterte jeg mennesket forstått i samhörighet og relasjon. Denne forståelsen av mennesket forutsetter et syn på menneskeverdet og en teori om rett og rettferdighet. Synet på mennesket som skapt i Guds bilde innebærer at menneske har uendelig verdi. Fordi mennesker har integritet og er ukrenkelig, kan vi si at mennesket er utstyrt med grunnleggende *rettigheter*. Disse rettighetene er ikke forankret i hva menneske gjør, men hvem

<sup>137</sup> Salvesen, K.Å. intervju 22.03.11

Kunnskapscenterets rapport fra 2012 har «ikke belyst sosiale konsekvenser av å innføre et tilbud om tidlig ultralyd, regionale ulikheter i kvalitet eller tilgang på tidlig ultralyd.» Kunnskapscenteret utelukker likevel ikke at et tilbud om tidlig ultralyd vil kunne øke kvaliteten på tilbudet, og ha geografisk og sosialt utjevningseffekt.

Kunnskapscenteret 2012:125

<sup>138</sup> Pasientrettighetsloven §1 og 2

<sup>139</sup> Berg, F. (2012):1588

<sup>140</sup> «Rettferdighet oppstår ikke ved at helsetjenester gis til alle, men at alle som oppfyller bestemte vilkår behandles likt». Helsedirektoratet 2011:141

mennesker er. Ut i fra dette menneskesynet er det gode grunner for å velge den tredje forståelsen av rettferdighet: En rettferdig fordeling betyr at alle får etter behov. At alle skal ha likt i betydningen like mye, tar ikke på alvor at mennesker er forskjellige og har ulike behov i ulike faser av livet. At fordelingen skal skje etter innsats kan være mer nærliggende i næringslivet, men i helsevesenet vil krav om produksjon og konsum gjøre at mange faller utenfor. Rettferdighet er i siste instans alltid et spørsmål om å ta hensyn til den som kommer dårligst ut, til dem som er underpriviligert og undertrykt av politiske og sosiale ordninger.

Min innvendig til argumentet om likhet og sosial utjevning, slik det er anvendt i debatten om tidlig ultralyd, er at argumentasjonen går i retning av en forståelse av rettferdig fordeling som innebærer at alle får likt, i betydningen like mye. Hvis alle skal få likt, i betydningen like stor tilgang til tidlig ultralyd, bør det foreligge store helsegevinster ved undersøkelsen. Vel er Norge et land med store rikdommer, men allerede i dag er helseøkonomiske prioriteringer helt nødvendig. Hva som er nyttig og mulig å gjøre med menneskekroppen for å helbrede sykdom utvikler seg raskt. Samfunnet må prioritere hva som er *mest* nyttig og mulig å gjennomføre på en forsvarlig måte. I den sammenheng er spørsmål om etikk og verdispørsmål viktig. Verdiane hjelper oss til å velge hva som må prioriteres fremfor noe annet. Argumentet om likhet og sosial utjevning er derfor avhengig av stor nytteverdi for å legitimere at et begrenset tilbud erstattes med en undersøkelse til alle.

Til slutt, en kort kommentar til påstanden om at tidlig ultralyd allerede eksisterer som et offentlig tilbud i land som det er naturlig for Norge å sammenligne seg med. Kunnskapscenterets rapport fra 2012 bekrefter at Norge er det eneste landet, sammen med Malta og Irland, som ikke tilbyr alle gravide ultralyd i uke 11-13.<sup>141</sup> Henvisningen til europeisk praksis er underforstått et argument for at «Norge bør gjør det samme.»<sup>142</sup> Jeg mener argumentet faller for sin egen urimelighet. Hvordan begrunner jeg dette?

Det er mange grunner til å spørre hvorfor europeiske land har valgt å tilby gravide en KUB-test tidlig i svangerskapet. Jeg kan tenke på både sosiologiske, politiske og helsefaglige spørsmål som kunne vært interessant å stille. Som svaret på et moralsk spørsmål er derimot ikke situasjonen i Europa særlig interessant. Å argumentere med at Norge bør innføre tidlig ultralyd «fordi mange andre land gjør det», er en naturalistisk feilslutning fra er til bør, og bør ikke tillegges moralsk

---

<sup>141</sup> Våre europeiske naboer har valgt ulike strategier for tilbud om tidlig ultralydundersøkelser og screening for avvik i svangerskapet. De fleste land, men ikke alle, omtaler undersøkelsene for screening for avvik. Det betyr ikke at undersøkelsen begrunnes bare med tanke på dette. Undersøkelser i uke 11-13 blir av land som Belgia, Danmark, Finland, Frankrike og Storbritannia mfl. angitt som screening for trisomi 18 og 13 og/eller Downs syndrom. Undersøkelser i uke 17-19 omtales som screening for strukturelle avvik. Norge, Østerrike og Tyskland omtaler ikke tilbudet om ultralyd som screening. Irland og Malta er mest restriktive i spørsmålet om ultralyd og abort. Ingen av landene har rutinemessig screening for Downs syndrom. Kunnskapscenteret 2011:55-56

<sup>142</sup> Salvesen kronikk 16.01.12

verdi. Det er verken politisk eller prinsipielt mulig å anvende argumentet konsekvent.

Et lignende argument for tidlig ultralyd er å henvise til meningsmålinger hvor tre og fire av nordmenn er for undersøkelsen, underforstått: Vi bør lytte til flertallet.<sup>143</sup> Denne formen for argumentasjon må avvises. Statistikk er ingen god måte å løse moralske utfordringer på. Moral basert på statistikk makter sjelden å ivareta det mest grunnleggende prinsippet i en teologisk forståelse av sosial rettferdighet, nemlig de svakestes interesser.

#### **4.5 Contra-argument: Helsegevinst?**

Spørsmålet om helsegevinst er et kjernesporsmål i debatten om tidlig ultralyd. Problemstillingen har allerede dukket opp i forbindelse med argumentet om trygghet og likhet. Debatten om helsegevinst er på mange måter en kamp om autoritet: Hvem eier sannheten? Motstanderne av tidlig ultralyd, her representert ved Kunnskapscenteret, hevder at tidlig ultralyd ikke gir påvist helseeffekt. Forkjemperne, representert ved de fostermedisinske fagmiljøene,<sup>144</sup> hevder det motsatte: «Alle fostermedisinere med akademisk grad i Norge vil si at det er klare helsegevinster ved tidlig ultralyd.»<sup>145</sup> Dette delkapitlet har til hensikt å drøfte to spørsmål: For det første, hva slags helsegevinst gir tidlig ultralyd, og for hvem? Er det fosteret eller foreldrene som har nytte av undersøkelsen? For det andre, oppfyller disse svarene internasjonale retningslinjer for screening? Kunnskapscenteret understreker at et rutinemessig tilbud om tidlig ultralyd må anses som screening. Screening er en undersøkelse av antatt friske mennesker for å kartlegge risiko for utviklingsavvik. Fordi dette innebærer moralske utfordringer, har Verdens Helseorganisasjon satt opp ti kriterier som alle bør være oppfylt før et screeningprogram innføres.<sup>146</sup> Oppfyller tidlig ultralyd disse? Før jeg behandler tidlig ultralyd i lys av kriteriene for screening, vil jeg presentere og sammenligne to ulike synspunkt på spørsmålet om helseeffekt.

##### **4.5.1 Hva slags helsegevinst? Kunnskapscenterets vurdering**

I kapittel to ble det klart at formålet med ultralydundersøkelse i uke 11-13 uke kan være likt formålet med undersøkelsen i uke 17-19. Fordi nakkeoppklaring vil bli observert i uke 11-13, vil

<sup>143</sup> TV2 26.04.12

<sup>144</sup> 24.02.11 ble det sendt et brev fra ni norske fostermedisinere til Helsedirektoratet, der de er kritiske til rapportene om ultralyd fra Kunnskapscenteret. De mener studiene som inngår i rapportene er for gamle. I brevet formidler de sine konklusjoner om ultralyd i uke 11-13. Det har ikke lyktes meg å få tak i brevet, men jeg har konklusjonene presentert i et notat fra Helsedirektoratet til møte i Nasjonalt råd, datert 31.03.2011, saksnummer 11/1473. Siden jeg ikke har fått tak i brevet vet jeg ikke hvem de ni som har underskrevet er, bortsett fra professor Sturla Eik-Nes og Kjell Å. Salvesen fra miljøet i Trondheim. I et intervju med Salvesen 01.03.11 kan det tyde på at de ni er representanter både fra de fostermedisinske fagmiljøene i Trondheim, Oslo, Bergen, Stavanger og Tromsø.

<sup>145</sup> Eik-Nes, S. Intervju. 06.12.11

<sup>146</sup> Kunnskapscenteret 2008:69, 116-117



også undersøkelsen avdekke risiko for kromosomavvik, noe som er vanskeligere senere i svangerskapet. Kunnskapscenterets rapport fra 2012 fant ikke direkte dokumentasjon for at tidlig ultralyd kan gi helsegevinst: «Et fravær dokumentert helsegevinst er et argument som taler i mot innføringen av et slikt tilbud».<sup>147</sup> Samtidig kan heller ikke Kunnskapscenteret utelukke at det finnes andre og viktige helsegevinster som enda ikke er dokumentert. En slik gevinst kan være for tvillingsvangerskap med felles morkake (TTS), og kanskje for hjertefeil. Studiene av diagnostisk nøyaktighet har vist at tidlig ultralyd kan oppdage tvillingsvangerskap med felles morkake tidligere, oftere og med større sikkerhet. Tettere oppfølging og behandling av tvillinger som deler morkake er et argument som kan tale for å anbefale et slikt tilbud, konkluderer Kunnskapscenteret.<sup>148</sup>

Kunnskapscenteret konkluderer med at uansett hvilken strategi helsemyndighetene velger for tidlig ultralydundersøkelse, vil legene og gynekologene som gjennomfører undersøkelsen ikke unngå å se fosterets nakkeoppklaring, altså oppdage risiko for kromosomfeil. Uavhengig av hva man bestemmer som er det overordnede formålet med undersøkelsen, vil et tilbud om tidlig ultralyd avdekke flere foster med Downs syndrom, enn med dagens tilbud.<sup>149</sup>

#### **4.5.2 Hva slags helsegevinst? Fostermedisinsk vurdering**

Hva svarer det fostermedisinske miljøet til Kunnskapscenterets vurdering? Det fostermedisinske miljøet er enige med Kunnskapscenteret i at tidlig ultralyd kan avdekke flere foster med kromosomfeil. I et notat om helseeffekt fra Nasjonalt senter for fostermedisin til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, skrevet av professor Kjell Å. Salvesen, bekrefter fostermedisineren at kromosomfeil kan påvises ved KUB-test og/eller fostervannsprøve med 90 % sikkerhet.<sup>150</sup> Salvesen understreker at det er en viktig etisk problemstilling med symbolsk betydning for mennesker som er engasjert i hvordan samfunnet behandler funksjonshemmede. Salvesen mener likevel det er galt når debatten i norske medier «bare dreier seg om tidlig ultralyd og screening for Downs syndrom.» Salvesen peker på at Downs syndrom utgjør en liten andel av fostre med medfødte sykdommer. Denne påstanden vil jeg komme tilbake til i kapittel 4.6.

Videre peler notatet fra Nasjonalt senter for fostermedisin på tre helseeffekter ved tidlig ultralyd. For det første vektlegger notatet, i større grad enn Kunnskapscenteret, betydningen av å oppdage tvillinger med TTS. Tidlig ultralyd vil sikre disse tett oppfølging og behandling i tide. Salvesen mener at studiene som inngår i Kunnskapscenterets rapport om tvillingdiagnostikk er

<sup>147</sup> Kunnskapscenteret 2012:123

<sup>148</sup> Kunnskapscenteret 2012:124

<sup>149</sup> Kunnskapscenteret 2012:123, Bioteknologinemnda 2012:5

<sup>150</sup> Følgende gjengivelse av Kjell Å. Salvesen er hentet fra notat fra Nasjonalt senter for Fostermedisin til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, 25.03.11 og er sendt i forbindelse med rådmøte om saken 11.04.11.

foreldet. Rapporten viser, i følge Salvesen, ikke til etablert laserbehandling i Hamburg. Fra 2005 sender Norge hvert år 10 tvillingpar dit for behandling. Eneggede tvillinger med felles morkake har en svært høy risiko for komplikasjoner og bør overvåkes tett. Ved ultralyd i uke 11-13 kan man på et tidlig tidspunkt skille mellom tvillinger med og uten felles morkake. Dette kan man, i følge Salvesen, ikke gjøre i uke 17-19. Tvillinger som utvikler TTS vil dø eller få alvorlige skader hvis de ikke blir behandlet. Uten tidlig ultralyd må alle tvillinger overvåkes som om de har felles morkake. Potensielt kan derfor ultralyd i uke 11-13 spare overvåkingsressurser og redde liv, fordi tvillinger med TTS oppdages tidlig nok til å gjennomføre behandling.

For det andre peker Fostermedisinsk senter på helsegevinsten ved å oppdage hjertefeil før fødsel. Dette kan gi bedre oppfølging av gravide, planlegging av fødsel og mulighet for at mor kan føde på Rikshospitalet ved senteret for hjertekirurgi for nyfødte. Salvesen skriver at det ikke er viktig om undersøkelsen skjer i uke 11-13 eller 17-19, men at det er mulig å oppdage flere hjertefeil totalt ved å tilby ultralyd både i første og andre trimester.<sup>151</sup>

For det tredje vektlegger Fostermedisinsk senter, i likhet med flertallsvedtaket i Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet, at det er bedre for gravide å få beskjed tidlig enn seint om at noe er galt.<sup>152</sup> Salvesen mener at det kan være en helseeffekt for mor å oppdage alvorlig medfødte avvik tidlig. Som eksempler på dødelige tilstander nevner han trisomi 13 og 18. Helseeffekten er knyttet til svangerskapsavbrudd. Fordi tilknytningen mellom mor og barn enda ikke er så sterk vil en tidlig abort være mindre belastende psykisk.<sup>153</sup> Også fysisk vil en medisinsk abort i uke 12-13 være enklere enn en abort i uke 18-22.<sup>154</sup> Et tidlig svangerskapsavbrudd kan være nyttig i den forstand at det frigjør mer tid til å forsøke å få et friskt barn.

### 4.5.3 Tidlig ultralyd og kriterier for screening

Hvordan skal vi vurdere det som nå er sagt opp mot Verdens helseorganisasjons kriterier for screening? Jeg vil gjengi de to kriteriene som er mest relevante i denne sammenhengen:

Sykdommen som det screenes for må være et alvorlig helseproblem og det bør foreligge en godkjent behandling for pasienter med sykdommen.<sup>155</sup> Oppfyller helsegevinsten ved tidlig ultralyd

<sup>151</sup> Salvesen tar i notatet også et oppgjør med Kunnskapscenteret som har gjort en beregning om nakkeoppklaring i uke 11-13, som en isolert screeningtest for hjertefeil. I brevet til Helsedirektoratet 24.02.11 påpeker at denne type beregninger ikke har noen klinisk verdi, fordi ultralyd i uke 11-13 ikke blir brukt på denne måten noen steder i verden.

<sup>152</sup> Stene-Larsen 16.01.12

<sup>153</sup> Salvesen begrunner påstanden med en norsk studie i fra 2010 som bekrefter psykisk stress etter påvist fosteravvik etter uke 22. Også Helsedirektoratet 2011:123 henviser til denne: Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Næs T, Skari H, Haugen G. *Acute maternal dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of fetal structural anomaly*. BJOG 2010;117(9):1127-1127

<sup>154</sup> Nasjonalt senter for fostermedisin 22.03.11

<sup>155</sup> Helsedirektoratet 2011:2

WHOs kriterier for screening?

Gjennomgangen av spørsmålet om helsegevinst har vist at det er relativ stor enighet blant fagfolkene om at tidlig ultralyd vil føre til helsegevinst for tvillinger med felles morkake. Tidlig ultralyd kan redde liv fordi det kan avdekke sykdom som det finnes behandling for under svangerskapet. Dette er nyttig for fosteret, foreldrene og samfunnet. Argumentet oppfylder altså det første kravet til WHO. Sykdommen er et alvorlig helseproblem for det enkelte fostret, men ikke et alvorlig helseproblem i den store gruppen av kvinner tilstanden skal screenes for.

Foster med hjertefeil er et større helseproblem enn tvillinger med felles morkake. Alle faginstanser er enige om at det er viktig å avdekke alvorlige hjertefeil før fødsel. Men ettersom det ikke er viktig om undersøkelsen skjer i uke 11-13 eller 17-19, og det ikke finnes behandling før etter fødsel, oppfylder ikke denne sykdommen WHOs kriterier for screening.

Videre er det bred enighet om at tidlig ultralyd vil føre til at man oppdager kromosomfeil oftere og med større sikkerhet, men det finnes ikke noe behandlingstilbud for disse under svangerskapet. Så lenge abort blir følge av utredningen, er det vanskelig å se at dette kan være noe annet enn en ulempe for fosteret. Den eneste måten å ikke se abort som en ulempe for fosteret, er å begrunne abort med barmhjertighet: Jeg ønsker på mitt fremtidige barns vegne at det skal få slippe å leve et liv med så lav livskvalitet som det har utsikter til.<sup>156</sup> Jeg vil komme tilbake til diskusjonen om livskvalitet og trisomier i delkapittel 4.6.2.

Til slutt er det blitt pekt på at tidlig ultralyd også kan være nyttig for kvinnen. Argumentet bygger på påstanden om at tidlig abort er mindre belastende enn senabort. Jeg har ingen forskning som kan bekrefte eller avkrefte denne påstanden. Synet på abort vil uansett avgjøre hvilken verdi man tillegger dette argumentet. Argumentet oppfylder ingen av Verdens helseorganisasjons kriterier for screening.

Oppsummerende kan vi si at det kun er tilstanden tvillingtransfusjonssyndrom som oppfylder WHOs kriterier for screening. Argumentet om helsegevinst for TTS kan begrunnes i menneskeverdet og retten til liv. Det enkelte foster bør har en ubetinget rett til hjelp og beskyttelse, uavhengig om sykdommen er sjelden eller utbredt. Det er likevel gode grunner fra et helseøkonomisk perspektiv å stille spørsmål ved om behandling for 15-30 tvillinger i året er en stor nok gevinst til å rettferdiggjøre en undersøkelse av alle gravide. Ut i fra WHOs kriterier for screening er det vanskelig å forsvare tidlig ultralyd. Selv om TTS er en alvorlig sykdom er det ikke et alvorlig helseproblem i befolkningen.

---

<sup>156</sup> Ønsket om selektiv abort kan også begrunnes ut i fra belastning og normalitet: «Jeg makter ikke å få et slikt barn som vil gi meg og min familie så store ekstra belastninger i hverdagen» eller normalitet: «Jeg har ikke lyst på et barn som ikke er normalt.» Solberg 2003:42

## 4.6 Contra-argument: Faren for økt antall selektive aborter

Et argument mot tidlig ultralyd er at det vil føre til selektiv abort av foster med Downs syndrom. Motstanderne av tidlig ultralyd frykter at en rutineundersøkelse vil føre til at grensen for selvbestemt abort blir flyttet til uke 16, slik at selektiv abort i prinsippet blir selvbestemt.<sup>157</sup>

Kunnskapscenteret spør at antall selektive aborter kan øke med tidlig ultralyd: «Vi fant dokumentasjon for at et tilbud om tidlig ultralyd kan føre til færre fødte barn med trisomi 21.»<sup>158</sup> Kunnskapscenteret begrunner påstanden ved å henvise til Danmark – en gjenganger i debatten om tidlig ultralyd. I 2005 innførte Danmark et tilbud om KUB til alle gravide. Dette har ført til at antallet som blir født med Downs syndrom har sunket. En studie som har sammenlignet data før og etter innføringen av rutinemessig ultralyd i Danmark, konkluderer med at antallet prenatalt påviste tilfeller av Downs syndrom var signifikant høyere etter innføringen av det rutinemessige tilbudet. Tilsvarende var antallet fødte med Downs syndrom signifikant lavere. Kunnskapscenteret hevder at undersøkelsen er overførbar til norske forhold.<sup>159</sup>

Nasjonalt senter for fostermedisin bekrefter at nesten alle danske kvinner tar imot tilbudet om tidlig ultralyd (93 %). Senteret er også enige i at antallet levende fødte med Downs syndrom ble halvert fra ca 60 per år i perioden 2000-2004, til ca 30 per år i perioden 2005-2008.<sup>160</sup> Nasjonalt senter for fostermedisin vil derimot ikke være enige i påstander fremsatt i media om at «*nesten alle*» foster med Downs syndrom blir diagnostisert og abortert. Nasjonalt senter for fostermedisin problematiserer også at tidlig ultralyd vil føre til en dramatisk økning i antallet selektive aborter i Norge.<sup>161</sup> Dette begrunnes med at det ikke færre barn med Downs syndrom i Norge i dag enn det gjorde på 1970-tallet.<sup>162</sup>

### 4.6.1 Holdbarhet

Er argumentet om seleksjon et moralsk godt argument? La oss vurdere holdbarheten i argumentet: Er det sannsynlig at tidlig ultralyd vil føre til flere selektive aborter av foster med Downs syndrom slik som det har gjort i Danmark?<sup>163</sup>

<sup>157</sup> Lunde, E. kronikk 12.11.12

<sup>158</sup> Kunnskapscenteret 2012:124

<sup>159</sup> Kunnskapscenteret 2012:67-68. Tallene er hentet fra en dansk registerstudie: Eklund 2008.

<sup>160</sup> Tallene er hentet fra Dansk Cytogenetisk register: <http://tinyurl.com/3xtf36j>

<sup>161</sup> Nasjonalt senter/v Salvesen 25.03.11

<sup>162</sup> Nasjonalt senter/v Salvesen henviser til data fra Medisinsk fødselsregister (2008) om trender over tid for svangerskap med trisomi 21: Melve KK, Lie RT, Skjærven R, van der Hagen CB, Gradek GA, Jonsrud C, Braathen GJ, Irgens LM: *Registration of Downs syndrome in the Medical Birth Registry of Norway: validity and time terms*. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:824-830.

<sup>163</sup> Det har ikke lyktes meg å få tak i studier som kan vise hvilke konsekvenser tilbudet i Danmark har fått for foster med trisomi 13/18 og andre strukturelle avvik. Det synes likevel rimelig å anta at det også har vært en nedgang i antall fødte med disse diagnosene. Jeg mener likevel dette ikke er noe hindre for å vurdere en dette moralsk i

Fostermedisinsk senter avviser dette fordi antallet som blir født med Downs syndrom i Norge har holdt seg stabilt i mange år. Paradokset er at det samtidig har vært en *økning* i antall nemndbehandlede svangerskapsavbrudd ved Downs syndrom.<sup>164</sup> Forklaringen på dette er at antall gravide over 35 har økt de siste årene. Fordi disse kvinnene har økt risiko, har det også vært en jevn økning i antall svangerskap med Downs syndrom. Parallelt med at flere kvinner benytter seg av tidlig ultralyd, har antallet foster som blir abortert ved Downs syndrom steget. Det er altså aldri blitt foretatt flere aborter i Norge enn det er gjort de siste årene. Siden kvinner nesten alltid velger abort ved *påvist* abort,<sup>165</sup> må hovedforklaringen være økt diagnostikk, ikke endring i personlige valg.<sup>166</sup> Trenden synes å være at økt diagnostikk til et økt antall mennesker, fører til et økt antall selektive aborter. På bakgrunn av dette vurderer jeg det dit hen at det er holdbarhet i påstanden om at en godt organisert ultralydundersøkelse vil føre til flere aborter. Resonnementet forutsetter at abortnemndene fortsetter gjeldene praksis, nemlig å innvilge abort ved Downs syndrom, etter kriterium §2c i abortloven<sup>167</sup>. Jeg er enig med Salvesen at en halvering ikke betyr at «nesten alle» foster med Downs syndrom blir abortert i Danmark. Når Marte Wexelsen Goksøyr omtaler seg selv som utrydningstruet er det sterke ord. Det fødes fortsatt mange barn med Downs syndrom i Norge. Det betyr ikke at dette ikke kan forandre seg. Det er ingen lovmessighet i at norske kvinner vil velge abort på samme måten som danske kvinner gjør det, men det er heller ikke mulig å utelukke det.

#### 4.6.2 Relevans

Nå til spørsmålet om relevans. Er det viktig at antallet selektive aborter ikke øker, slik motstanderne av tidlig ultralyd hevder? For å kunne svare på dette spørsmålet er det nødvendig å avklare den moralske verdien av å oppdage utviklingsavvik hos foster.<sup>168</sup> Jeg vil først gi en kort kommentar til betydningen av å avdekke såkalte «dødelige avvik». Deretter vil jeg vurdere den moralske verdien av å oppdage foster med Downs syndrom. Til slutt vil jeg sammenfatte argumentets relevans i lys av teologisk etikk.

---

avsnittet 4.6.2 Om «Dødelige avvik og livskvalitet.»

<sup>164</sup> I 2001 ble det gjort 25 nemndbehandlede aborter ved Downs syndrom. I 2008 var det økt til 43. Melve KK, Lie RT, Skjærven R, van der Hagen CB, Gradek GA, Jonsrud C, Braathen GJ, Irgens LM: *Registration of Downs syndrome in the Medical Birth Registry of Norway: validity and time terms*. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:824-830.

<sup>165</sup> «Nesten alle» betyr 90 % av kvinner i perioden 2001-2010. Median uke for abort ved påvist Downs syndrom var uke 19. Tall fra MFR gjengitt av Kunnskapscenteret 2012:5

<sup>166</sup> Solberg 2009:1346

<sup>167</sup> Lov om svangerskapsavbrudd § 2c: svangerskapsavbrudd hvor det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelig påvirkning under svangerskapet.

<sup>168</sup> Kunnskapscenteret 2012:115

## «Dødelig avvik» og livskvalitet

I de aller fleste land verden over, synes det å være en vanlig oppfatning blant helsearbeidere og i befolkningen, at alvorlige defekter på foster i større grad legitimerer et tilbud om diagnostikk og selektiv abort, enn mildere avvik og sykdom. Uenigheten i de enkelte land står som regel ikke om selektiv abort ved alvorlig sykdom er riktig eller ikke, men heller om hvilke avvik og sykdommer som er *alvorlig nok* til å legitimere et screeningtilbud med påfølgende mulighet for svangerskapsavbrudd.<sup>169</sup> I Norge har diskusjonen om fosterdiagnostikk primært handlet om Downs syndrom.<sup>170</sup> Fosterdiagnostikk for å påvise alvorligere tilstander, såkalte dødelige avvik, har i liten grad vært problematisert. I fosterdiagnostisk sammenheng betyr «dødelig avvik» et sykdom som ikke er forenelig med liv etter fødsel. Trisomi 13 og 18 omtales som slike. Tanken er altså at det ikke er mulig å diskriminere disse fostrene, fordi det ikke vil finnes et levedyktig liv å diskriminere. Abort er derfor legitimt.

Jeg mener det er mulig å problematisere påstanden om abort ved alvorlig sykdom er uproblematisk. Det stemmer at mange av trisomibarna dør i svangerskapet eller kort tid etter fødsel. Samtidig forteller tallene at barn med trisomi 13 og 18 lever dager og måneder. Både trisomi 13 og 18 er i noen tilfeller forenelig med års liv.<sup>171</sup> Begrepet «dødelig avvik» speiler altså ikke en medisinsk realitet hvor diagnosen alltid fører til at barnet dør før eller i forbindelse med fødsel. «Dødelig avvik» kan istedet forstås som en kvalitetsvurdering; et liv som ikke er verdt å leve fordi det er fylt med så mye smerte og sykdom at det er vanskelig å se at barnet vil ha noen verdi av å leve det.<sup>172</sup> Det er grunn til å komme med innvendinger mot et slikt resonnement: Er et kort liv uforenelig med et godt liv? Bør forventet sorg og smerte være et kriterium for å ikke sette et liv til verden? Som jeg gjorde rede for i kapittel tre, er det umulig for en teologisk antropologi å vurdere om et menneskeliv er verdt å leve ut i fra kriteriene om livslengde, lidelse og livsutfoldelse. En teologisk etikk skal ikke underkjenne sorgen og belastningen foreldre kan oppleve ved å få et alvorlig sykt barn. En teologisk etikk bør heller ikke frata foreldre muligheten til å velge svangerskapsavbrudd ved alvorlige tilstander som trisomi 13 og 18. Likevel har en teologisk etikk et ansvar for å formidle

<sup>169</sup> Solberg 2003:75

<sup>170</sup> Forklaringen på dette at det kommer i konflikt med Bioteknologilovens formålsparagraf der det heter at mennesker ikke skal diskrimineres på grunn av arveanlegg. Se: Lov om medisinsk bruk av bioteknologi, § 1.1.

<sup>171</sup> Median levealder er 6-14 dager. 10 % av foster med trisomi 18 lever lengre enn et år, enkelte blir flere år gamle og har vist at de kan gå med gåstol. 9/10 med trisomi 13 dør før ettårsdagen (50 % de to første levemånedene), men det finnes barn som overlever lenger. Studier fra Japan viser at ved hjertebehandling har median levealder for barn med trisomi 18 økt fra 7 til 243. Behandling er altså en avgjørende faktor, slik vi har sett med Downs syndrom. Berg, Fuglem.: [www.trisomi18.com](http://www.trisomi18.com), FRAMBU

<sup>172</sup> Denne vurderingen kommer til uttrykk i en den passive behandlingspolitikken det norske helsevesenet har til disse barna. Barna skal ikke overvåkes under fødsel, det skal ikke gjøre keisersnitt med mindre det er fare for mor, man er tilbakeholden med bagging (manuell pustestøtte) dersom barnet ikke puster etter fødsel og det utføres ikke hjerteoperasjoner. Berg, Fuglem: [www.trisomi18.com](http://www.trisomi18.com)

erfaringene til dem som har fått barn med disse diagnosene, nemlig at et kort liv kan være et dyrebart liv, både for barn og foreldre. Anestesilege Siri Fuglem Berg peker på at med de mulighetene som i dag finnes for smertelindring, er den altruistiske begrunnelsen om at abort er det beste for barnet med tanke på smerte og lidelse, ikke et gyldig argument.<sup>173</sup> Teologisk antropologi må utfordre tanken om at kun bestemte måter å utfolde livet på, innebærer livskvalitet. Sorg og smerte er en del av menneskets livsbetingelse, men det er sjelden ensbetydende med menneskers livserfaring. Det kan også være øyeblikk av glede, omsorg, sanseintrykk og fellesskap. Sykdom og funksjonshemming bør ikke være kriterium for å la være å leve livet. Et slikt samfunn er både utopisk og lite humant. Dette standpunktet stiller et stort ansvar til samfunnet om behandling, oppfølging og tilrettelegging, slik at barna kan få de beste mulighetene for et godt liv.

### **Downs syndrom og livskvalitet**

Downs syndrom oppfyller ikke kriteriene for dødelig avvik, men hvor alvorlig er egentlig diagnosen Downs syndrom? Det er mulig å gi forskjellige svar på dette spørsmålet. Jeg vil nå illustrere denne forskjellen ved å presentere to perspektiver på Downs syndrom som har vært fremme i debatten om tidlig ultralyd.

Den første fremstillingen er hentet fra professor i filosofi ved UiO, Jens Saugstad. Han problematiserer det han mener er idylliserte fremstillinger av Downs syndrom: «Motstanderne av selektiv abort forsøker å skape inntrykk av at Downs syndrom ikke er en tilstrekkelig alvorlig diagnose, blant annet ved å vise til mennesker med syndromet som har tatt førerkort, fullført videregående skole, skriver dikt eller er skuespillere. Det er imidlertid villedende å fremstille disse velfungerende som om de var representative. Downs syndrom gir i de fleste tilfeller utviklingshemning fra mild grad (mental alder 9-12 år) til moderat grad (mental alder 6-9 år), og bare unntaksvis et funksjonsnivå opp imot den lavere delen av normalspekteret. Mange blir født med fysiske misdannelser, som hjertefeil eller innsnevring av tolvfingertarmen.»<sup>174</sup>

Det andre perspektivet er hentet fra spesialpedagog Anne Grethe Einang, i Norsk Nettverk for Downs syndrom. Hun forsøker å tegne et mangfoldig bilde av mennesker med diagnosen: «Det er viktig å understreke at det er lite som er typisk Downs syndrom. De er enkeltindivider som har samme grunnleggende behov som andre barn. De siste 20 årene har man sett at barn med Downs syndrom har utviklingsmuligheter langt utover det man tidligere trodde var mulig. Dette setter store krav til samfunnet, både sentralt og lokalt, slik at alle får mulighet til å utvikle seg ut i fra sine egne forutsetninger.»<sup>175</sup> Einang mener barna med Downs syndrom er en berikelse for sine miljø og at alle

<sup>173</sup> Berg, Fuglem. 16.01.12

<sup>174</sup> Saugstad, J. kronikk 15.01.12

<sup>175</sup> Norsk Nettverk for Downs Syndrom i artikkelen «Downs syndrom»

kan lære noe viktig av å være sammen med dem.<sup>176</sup>

Saugstad vektlegger altså i større grad en Einang vekt på at Downs syndrom er en alvorlig diagnose. Saugstad fastholder at mennesker med Downs syndrom ikke er mindreverdige, men ønsker å vise at et samfunn som tillater kvinner å velge abort ved denne diagnosen ikke kan beskyldes for å ha fordommer.<sup>177</sup> Einang har en mer positiv vurdering av Downs syndrom, og ønsker å oppmuntre foreldre til å bære frem barnet.

### **Sammenfatning av argumentets relevans**

Denne gjennomgangen har vist at synet på livskvalitet har sammenheng med hvordan vi vurderer selektiv abort.<sup>178</sup> Desto alvorlig vi regner diagnosen, desto lettere er det å argumentere for at diagnosen er en god nok grunn for abort. Spesielt Downs syndrom er omdiskutert, fordi man kan leve et godt liv med Downs syndrom, samtidig som diagnosen innebærer en «radikal annerledeshet» i vårt gjennomrasjonaliserte samfunn. Dette utfordrer ideen om å reproducere seg selv, nettopp fordi rasjonalitet og fornuft er så sentrale aspekter av et moderne selv.<sup>179</sup>

Ut i fra premissene om menneskeverd, synet på abort og utviklingshemning (3.3-3.8) er det vanskelig for en teologisk etikk å trekke noen annen konklusjon, enn at graden av intellektuell funksjonsnedsettelse er likegyldig når det kommer til spørsmålet om barnets rett til liv. At Downs syndrom kan innebære en nedsatt mental alder, tilleggsvansker og begrensninger er ikke et godt nok argument for å støtte selektiv abort av disse fostrene. Selektiv abort er en trussel mot det teologiske prinsippet om at alle mennesker har rett til liv, uavhengig av egenskaper. Dette gjelder også diagnoser som trisomi 13 og 18, selv om det er viktig å anerkjenne at dette kan være et vanskelig for foreldre å bære frem barnet, hvis de er i tvil om hvilke holdninger og støtteordninger samfunnet vil møte dem med. En teologisk etikk må holde fast på at foreldre som får et utviklingshemmet barn, tross utfordringer og sorg over tapte muligheter, kan oppleve fornyet mening gjennom å oppdage verdien av «annerledesheten.» Fornuft, rasjonalitet, livslengde og fysisk livsutfoldelse kan ikke være avgjørende kriterier for å vurdere om et liv er meningsfullt. Samhørigheten og fellesskapet mellom mennesker er det avgjørende kriterium for livskvalitet. Med dette perspektivet kan også et liv med alvorlig funksjonshemming ha stor verdi og kvalitet. En teologisk etikk må svare ja på spørsmålet om argumentets relevans: Det er viktig at antall selektiv abort ikke øker. Praksisen med selektiv abort ivaretar ikke menneskeverdet på en god nok måte.

---

<sup>176</sup> Sitatet er hentet fra boka *Gratulerer du har fått et barn med Downs syndrom i klassen* av Caroline Tidemand-Andersen og Nina Skauge. Norsk Nettverk for Downs Syndrom.

<sup>177</sup> Saugstad, J. kronikk 15.01.12

<sup>178</sup> Jeg vil utdype sammenhengen mellom vurderinger av livskvalitet og abort i delkapittel 4.7.

<sup>179</sup> Helsedirektoratet 2011:147



## 4.7 Contra-argument: Trusselen om sorteringssamfunnet

Advarsel mot sorteringssamfunnet er flittig brukt i den politiske retorikken mot tidlig ultralyd. Både Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet har programfestet kampen mot sorteringssamfunnet.<sup>180</sup> «Sorteringssamfunnet» er et særnorsk begrep som ofte blir brukt når man skal vurdere etiske sider ved fosterdiagnostikk og ultralyd i svangerskapet. Anklagen er at samfunnet oppfatter noen mennesker som uønsket ved å sortere dem bort på fosterstadiet.<sup>181</sup> Selektiv abort representerer «sortering», og et samfunn som tilbyr fosterdiagnostikk og gentester før fødsel, representerer et «sorteringssamfunn.»<sup>182</sup>

Påstanden er altså at tidlig ultralyd vil bidra til å skape et sorteringssamfunn. Hvordan skal vi måle holdbarheten i denne påstanden? Det er ikke så lett. Begrepet «sorteringssamfunnet» har stor retorisk kraft, men innholdet i begrepet er sjelden presisert: Hva er sortering? Er det alltid galt å sortere? Hvem rammes av sorteringssamfunnet? Svarene er omdiskutert. Det finnes seriøse posisjoner som hevder at vi befinner oss i et sorteringssamfunn, men det finnes også seriøse posisjoner som betviler det.<sup>183</sup> For å kunne ta stilling til om trusselen om «sorteringssamfunnet» er et godt argument, trenger vi å forstå litt mer av hva sorteringsanklagen handler om. Hva er det sorteringsmotstanderne sier nei til?

### 4.7.1 Hva er sortering?

Innledningsvis kan vi si at sortering synes å handle om forskjellsbehandling av mennesker ut fra egenskaper. Sortering representerer dermed intoleranse ovenfor menneskelig variasjon, og forakt for svakhet og sykelighet. Begrepet henter sin historiske tyngde fra andre verdenskrig og nazistiske overgrep og henrettelser av jøder, sigøynere, homofile og funksjonshemmede.<sup>184</sup> Referansen er også blitt brukt i debatten om fosterdiagnostikk, senest i innlegget «Vi er utrydningstruet!» av Marte Wexelsen Goksøyr.<sup>185</sup> Den moralske fordømmelsen som ligger innbakt i anklagen om «sorteringssamfunnet» tilsier at det finnes et offer for sorteringen. I nazi-Tyskland var det fødte

<sup>180</sup> Høyres stortingsprogram 2009-2013:44, KrFs politisk program 2009-2013:9, Sp landstyrevedtak 19.03.11. Venstre er også i mot et offentlig finansiert tilbud om tidlig ultralyd, men er kritiske til å bruke sorteringsargumentet som et sentralt argument i debatten mot tidlig ultralyd. Venstre mener at hvis sorteringsargumentet skal brukes konsekvent må man forby ultralydundersøkelse i uke 12 (13.01.12). Dette ønsker de ikke, fordi det vil gripe inn i den enkelte gravides frihet. FrP er for tidlig ultralyd, men er kritiske til å bruke sorteringsargumentet. De mener argumentet viser liten tillit til at foreldre tar kloke å gode valg (14.03.12).

<sup>181</sup> Helsedirektoratet 2011:142

<sup>182</sup> Solberg 2003:2

<sup>183</sup> Solberg 2003:16

Solberg omtaler disse posisjonene for den medisinske og den kritiske. Han henviser til ulike representanter. For en nærmere fremstilling av de ulike posisjonenes syn på sorteringssamfunnet, se Solberg 2003:1-16.

<sup>184</sup> Solberg 2003:16-17

<sup>185</sup> Goksøyr, W. Kronikk 28.12.11

jøder, sigøynere, homofile og funksjonshemmede. Hvem er ofrene for fosterdiagnostikk i følge sorteringsmotstanderne? Det er tre mulig svar på dette. De som rammes av sorteringssamfunnet er primært fostre, fødte mennesker med alvorlige sykdommer eller funksjonshemninger eller oss alle ved at vi er en del av et samfunn som sortererer.<sup>186</sup>

Jeg vil nå diskutere de to første påstandene i samtale med Helsedirektoratets evaluering av Bioteknologiloven fra 2011.<sup>187</sup> Helsedirektoratet er en av stemmene som har problematisert anklagen om sorteringssamfunnet. Direktoratet er uenig med sorteringsmotstanderne i at et tilbud om tidlig ultralyd vil føre til at samfunnet sender et tydeligere signal om at foster og mennesker med Downs syndrom er uønsket i samfunnet.<sup>188</sup> Ettersom Helsedirektoratet ikke drøfter påstanden om at sorteringssamfunnet rammer oss alle, har jeg valgt å avgrense meg fra dette spørsmålet.<sup>189</sup>

#### 4.7.2 Hvem rammes av sorteringssamfunnet?

La oss begynne med den første påstanden. Rammer sorteringssamfunnet foster med avvik? Svaret er i en viss forstand innlysende, fordi vi snakker om diagnostikk og abort av foster med uønskede egenskaper. Fosteret med avvik rammes altså av sortering. Men er det riktig å si at foster med avvik *forskjellsbehandles* fra andre foster som aborteres? Helsedirektoratet argumenterer for at det ikke er grunnlag for å snakke om forskjellsbehandling. Direktoratet begrunner dette med at senaborter gjøres på både sosiale og genetiske indikasjoner, slik at det syke eller funksjonshemmede fosteret i og for seg ikke forskjellsbehandles fra funksjonsfriske foster.<sup>190</sup> Foster har ikke absolutt rettsvern før det er levedyktig, uavhengig om det har et avvik eller ikke. I følge norsk lov er det legitimt å abortere et foster så lenge det finnes en god nok grunn. Det er selvfølgelig mulig å diskutere hva som er gode og dårlige grunner for abort, men det er vanskelig å si at foster med avvik diskrimineres til forskjell fra andre foster.<sup>191</sup> Videre er det selvfølgelig mulig at anklagen om sorteringssamfunnet er ment som en kritikk av alle aborter. Skille mellom generell og selektiv abort er kunstig, fordi alle aborter i prinsippet både er selektive og umoralske, uavhengig av begrunnelsen som ligger til grunn for aborten. I den forstand er ikke sorteringssamfunnet bare en fremtidig

---

<sup>186</sup> For en mer detaljert drøfting av de tre fortolkningene, se Solberg 2003:16-43

<sup>187</sup> Helsedirektoratet (2011) Rapport 15-1897.

<sup>188</sup> Helsedirektoratet 2011:141-142

<sup>189</sup> For en drøfting av spørsmålet «Rammes vi alle av sorteringssamfunnet», henviser jeg til Solberg 2003:28-30 og Saugstad, O.D. kronikk 10.01.12 «Livet i sorteringssamfunnet.»

<sup>190</sup> Helsedirektoratet 2011:142-143

Senaborter er i utgangspunktet kun en mulighet ved fare for liv og helse, eller påviste avvik som følge av diagnostikk. Normale foster skal ikke aborteres etter uke 12, med mindre det finnes tungtveiende grunner for det. På den måten er det forskjell mellom selektiv abort og generell abort. Statistikken viser er likevel utføres flere senaborter på normale foster, enn ved fosterskader. Dette er grunnen til at direktoratet mener det ikke foreligger forskjellsbehandling. For statistikk, se Solberg 2003:20

<sup>191</sup> Solberg 2003:2

trussel, det er en realitet i dag.

Jeg kommer ikke til å gå videre inn i denne debatten. Jeg forutsetter i stedet, i likhet med Helsedirektoratet, at foster med avvik *ikke* forskjellsbehandles fra andre foster. Jeg er enig med dem som sier at abort prinsipielt er sortering av uønsket liv, men når det kommer til spørsmålet om hvem som er *ofrene for sorteringssamfunnet*, er min påstand at de primært er å finne et annet sted enn på fosterstadiet.

Så til påstanden om at sorteringssamfunnet rammer fødte mennesker med alvorlige sykdommer eller funksjonshemninger. Er det holdbarhet i denne påstanden? Fosterdiagnostikk tar ikke livet av fødte mennesker. Men det er en utbredt påstand at tilbudet om fosterdiagnostikk og selektiv abort kan leses som en offentlig vurdering av livet til mennesker med funksjonshemninger. Kritikken er at fosterdiagnostikken *i overført betydning* tar livet av fødte funksjonshemmede og det de står for.<sup>192</sup> Dette hevdes blant annet av Norges Kristelige Legeforenings etikkutvalg (NKLE). Etikkutvalget peker på at synet på barn med utviklingsavvik bør få konsekvenser for synet på foster med samme type avvik: Om myndighetene virkelig mener at barn med utviklingsavvik har samme verdi som andre barn, bør tidlig ultralyd ikke innføres.<sup>193</sup>

Helsedirektoratet er uenige i Legeforeningens resonnerement. Helsedirektoratet problematiserer at et tilbud om tidlig ultralyd er en offentlig vurdering av mennesker med funksjonshemninger. Direktoratet innrømmer at det fortsatt kan være situasjoner der funksjonshemmede mennesker diskrimineres i samfunnet, men at det er lite sannsynlig at eventuelle diskriminering har noen sammenheng med fosterdiagnostiske praksiser. Helsedirektoratet er ikke enig med sorteringsmotstanderne i at et tilbud om tidlig ultralyd vil føre til at myndighetene sender et tydeligere signal om at mennesker med Downs syndrom er uønsket i samfunnet.<sup>194</sup> Hvordan begrunner Helsedirektoratet denne påstanden?

I Norge har det vært tilbud om fosterdiagnostikk i 30 år. Direktoratet peker på det er allmenn moralsk aksept for fosterdiagnostikk til risikogrupper, og at det aldri i løpet av de 30 årene er kommet politiske forslag om endre dette tilbudet.<sup>195</sup> De siste årene har det stadig oftere kommet forslag om at tilbudet om fosterdiagnostikk ikke bør forbeholdes risikogrupper. Risikoen for avvik stiger med mors alder, men stigningen er ikke så dramatisk at den er tilstrekkelig til å begrunne alderskriteriet.<sup>196</sup> Når myndighetene i tillegg innførte angst og uro som kriterium for tidlig ultralyd,

---

<sup>192</sup> Solberg 2003:23-24

<sup>193</sup> NKLF 2012:18

<sup>194</sup> Helsedirektoratet 2011:141-142

<sup>195</sup> Helsedirektoratet 2011:140

<sup>196</sup> Alderskriteriet ble vedtatt i 1983. I et rundskriv om genetisk fosterdiagnostikk ble det slått fast at tilbudet om fosterdiagnostikk ble gitt til par med økt risiko for kromosomsykdom pga. kvinnens alder. I følge NOU 1991:6,

og dermed en bakdør inn i fosterdiagnostikken, peker Direktoratet på at samfunnet allerede har godtatt at Downs syndrom er god nok grunn til å søke om abort. Spørsmålet er nå om samfunnet er klar for å oppheve alderskriteriet og gi alle gravide mulighet for fosterdiagnostikk ut i fra prinsippet om rettferdighet.<sup>197</sup> Direktoratet mener at det er urimelig å hevde at liberalisering av vilkårene for fosterdiagnostikk må tolkes som samfunnets ønske om å sortere bort en gruppe mennesker på fosterstadiet.<sup>198</sup> Sett fra myndighetenes side kan færre fødte barn med kromosomavvik, samt og flere provoserte aborter, være en sannsynlig og forventet konsekvens av tidlig ultralyd. Det kan likefullt være en *utilsiktet* konsekvens. Statens ønske og intensjon med rutinemessig tidlig ultralyd er å gi etablere et likt tilbud til alle. Hvis det fødes færre barn med Downs syndrom er dette ikke et resultat av en ønsket og intendert politikk, men resultatet av en politikk som ønsker en rettferdig fordeling av tilbudet om fosterdiagnostikk. At dette kan oppleves sårende for mennesker med funksjonshemninger, betyr ikke at undersøkelsen er uetisk. Hensynet til gravidens råderett over egen kropp og fremtidige liv er verdier som kan veie opp for at undersøkelsen kan oppleves sårende for noen grupper.<sup>199</sup>

### 4.7.3 Holdbarhet og relevans

Jeg vil nå vurdere Helsedirektoratet påstand om at fosterdiagnostikk og selektiv abort ikke sier noe om verdien av funksjonshemmede menneskers liv. Tidlig ultralyd er ikke et sterkere signal fra myndighetene om at funksjonshemmede er uønsket i samfunnet. Er det holdbarhet i denne påstanden? Jeg vil knytte tre kommentarer til Helsedirektoratets resonnement.

Jeg vil først kommentere Helsedirektoratets begrunnelse for at tidlig ultralyd ikke vil sende et sterkere signal til mennesker med Downs syndrom om at de er uønsket i samfunnet.

Helsedirektoratet begrunner dette med at samfunnet har tilbudt fosterdiagnostikk i 30 år. Samfunnet har i en årrekke godtatt at Downs syndrom er god nok grunn til å søke abort. Det er ingen ting ved tidlig ultralydundersøkelse som tilsier at mennesker med Downs syndrom skal oppleve seg mer uønsket i samfunnet enn de eventuelt gjør i dag. Jeg vil reiser to innvendinger til denne påstanden. For det første innebærer resonnementet en forenklet historiefremstilling. Abort ved påvist Downs

---

«Mennesker og bioteknologi», ble grensen på 38 år ved termin satt relativt vilkårlig, og «vesentlig valgt på bakgrunn av politiske og ressursmessige hensyn uten å bygge på noen etiske vurderinger.» Dette ble gjentatt i St.meld. nr. 25 1992-93. Ut i fra risiko er det vanskelig å forsvare hvorfor en 38-åring får tilbud om diagnostikk, men ikke en 36-åring. Helsedirektoratet 2011:140 (note 215).

<sup>197</sup> Helsedirektoratet 2011:141

<sup>198</sup> Myndighetene ønsker å gi individet valgmuligheter, samtidig som de ønsker å bevare det inkluderende samfunnet. Situasjonen blir beskrevet som det statsliberale dilemma: Hvordan unngå at resultatet av befolkningens individuelle valg strider mot grunnleggende verdier i samfunnet? Helsedirektoratet 2011:143

<sup>199</sup> Helsedirektoratet 2011:143

syndrom har vært omdiskutert like lenge som tilbudet har eksistert. At samfunnet har tilbudt fosterdiagnostikk i 30 år fritar ikke samfunnet fra å fortsette å diskutere om dette er et moralsk tilbud. For det andre er det en prinsipiell forskjell på en fosterdiagnostisk screeningundersøkelse til alle gravide og et avgrenset tilbud til en gruppe med forhøyet risiko for avvik. Når myndighetene velger å inkludere alle gravide i fosterdiagnostikken er det vanskelig å ikke tolke dette dit hen at kromosomfeil vurderes mer alvorlig enn tidligere. Hvorfor skulle ellers myndighetene forsvare at de ønsker å bruke store ressurser på et tilbud som man tidligere mente bare var nødvendig for et begrenset antall gravide?

Videre vil jeg kommentere Helsedirektoratets distinksjon mellom utilsiktede og tilsiktede konsekvenser. Jeg opplever dette som et kunstig skille og mener det kan tolkes i retning av en ansvarsfraskrivelse. Det er forskjell på en uventet og uforutsett konsekvens og en utilsiktet, men forventet konsekvens. Direktoratet vedkjenner at en sannsynlig og forventet konsekvens av tidlig ultralyd er et økt antall svangerskapsavbrudd av foster med kromosomfeil. At dette ikke er noe Direktoratet ønsker å oppnå, fraskriver dem ikke fra ansvaret når de har kunnskap om at dette er et forventet utfall.

Til slutt tenker jeg at det også hadde vært nyttig for Direktoratet å skille mellom diskriminering og krenkelser. Direktoratet hevder at det er lite sannsynlig at eventuell diskriminering har sammenheng med fosterdiagnostiske praksiser.<sup>200</sup> Diskriminering handler om at mennesker ikke behandles som likeverdige – at man utsettes for et rettighetsbrudd. Det er godt mulig at Direktoratet har rett i denne påstanden. Knut E. Tranøy har i boken *Medisinsk etikk i vår tid*,<sup>201</sup> pekt på økt diagnostikk ikke nødvendigvis betyr mindre tilrettelegging. Muligheten er der for at det motsatte skjer, det vil si en økt tilrettelegging og større vilje til å inkludere funksjonshemmede mennesker i samfunnet. For å kunne gi et sikkert svar på om økt diagnostikk gir økt diskriminering, er det nødvendig å gjøre en empirisk undersøkelse.

Hva er da krenkelser? Krenkelser kan man forstå som støtende handling, holdninger og fornærmelser. At et menneske blir krenket, er ikke ensbetydende med at vedkommende blir diskriminert. Diskriminering kan man forby ved lov. Det kan man ikke gjøre like lett med krenkede holdninger. Det betyr likevel ikke at krenkede holdninger er moralsk forsvarlig. Skulle det vises seg at funksjonshemmede mennesker ikke blir nedprioritert i samfunnet, det vil si diskriminert, er det likevel mulig at funksjonshemmede mennesker *kan* og *bør* oppleve seg krenket av en bestemt fosterdiagnostisk praksis som tidlig ultralyd.<sup>202</sup> En fosterdiagnostisk undersøkelse etterfulgt av abort

---

<sup>200</sup> Helsedirektoratet 2011:142

<sup>201</sup> Tranøy, K.E. 1994:143

<sup>202</sup> Solberg 2003:26-27

må nødvendigvis innebære en vurdering at visse liv ikke er verd å realisere. Kan ikke denne vurderingen oppleves som støtende? Gitt at døves levekår ble radikalt forbedret, og at samfunnet ble optimalt tilpasset døve mennesker, er det ikke likevel mulig å påstå at en masseundersøkelse av alle gravide med hensikt å finne alle døve foster, har innbakt i seg en krenkelse av mennesker som er født døve? Kanskje nettopp fordi utviklingen er kommet dit hen at funksjonshemmede kan leve som fullverdig borgere med meningsfylte liv, oppleves det ekstra sårende og fornærmende at samfunnet aksepterer vurderinger av at slike liv ikke er verdt å realisere.<sup>203</sup>

Helsedirektoratets poeng er at selv om en fosterdiagnostisk undersøkelse kan oppleves sårende, betyr ikke dette nødvendigvis av undersøkelsen er uetisk. Jeg enig med Direktoratet at følelser ikke kan styre hva som samfunnet vurderer som rett og galt. At noe oppleves sårende betyr ikke nødvendigvis at handlingen er moralsk uforvarsilig. Jeg mener likevel at Direktoratet *ikke* er tydelig nok på sammenhengen mellom fosterdiagnostikk og verdien av menneskers liv. At samfunnet og helsevesenet har en oppfatning av hvordan et liv med en bestemt funksjonshemning oppleves, er verken uvanlig eller urimelig – en slik vurdering kan man være enig eller uenig i. Problemet oppstår når vurderingen fører til en beslutning om at man ikke ønsker å realisere et liv.<sup>204</sup> Retten til liv er da ikke lenger ubetinget – den forutsetter en bestemt forståelse av livskvalitet og livsutfoldelse.

På bakgrunn av det som nå er sagt mener jeg det er gode grunner for å påstå at tidlig ultralyd vil sende et negativt signal til mennesker med Downs syndrom. Jeg mener å ha påvist at det er en sammenheng mellom forståelse av livskvalitet og synet på abort. Det er ikke urimelig å hevde at fosterdiagnostikk og selektiv abort er en negativ vurdering av funksjonshemmede menneskers liv.<sup>205</sup> Å hevde at noen typer liv ikke er verdt å leve, er selvsagt et etiske standpunkt, ikke en faktisk beskrivelse.<sup>206</sup> Teologisk etikk vektlegger at alt liv er en ubetinget gave fra Gud. Derfor kan ikke teologisk etikk konkludere at noen liv er verdt å leve, mens andre ikke er det. En undersøkelse som uttrykker en slik holdning, er fra et teologisk standpunkt ikke bare sårende, men også uetisk. På bakgrunn av denne gjennomgangen forstår jeg derfor sorteringssamfunnet som et samfunn som tillater praksiser som sender krenkede signaler til mennesker med utvikling- og funksjonsnedsettelse.<sup>207</sup> En slik utvikling kan ikke anerkjennes fra et teologisk standpunkt. En teologisk etikk bør stille seg kritisk til en undersøkelse som bidrar til å skape aksept for at ikke alle

---

<sup>203</sup> Solberg 2003: 27

<sup>204</sup> Solberg 2003:24

<sup>205</sup> Solberg 2003:27, 30

<sup>206</sup> Solberg 2003:78

<sup>207</sup> Solberg 2003:30

liv er verdt å realisere.<sup>208</sup>

#### **4.8 Konklusjon**

Jeg har nå gjennomført en analyse av argumentene for og mot tidlig ultralyd, og gitt en fortløpende vurdering av argumentene ut i fra kriteriene om holdbarhet og relevans. Det er på tide å samle trådene i et svar på spørsmålet som har vært utgangspunktet for denne oppgaven: *Hvordan bør en teologisk etikk og antropologi forholde seg til tidlig ultralyd?* Jeg vil besvare spørsmålet ved å konsentrere meg om tre avgjørende perspektiv.<sup>209</sup> Disse er hensynet til fosterets menneskeverd, mennesker med funksjonshemninger og spørsmål om ressurser og prioritering.

På bakgrunn av det arbeidet jeg har gjort, er min konklusjon at en teologisk etikk og antropologi bør forholde seg kritisk til tidlig ultralyd som en offentlig rutineundersøkelse til alle gravide.

Tidlig ultralyd med blodprøve må primært forstås som en diagnostisk undersøkelse. Et blikk til våre naboland bekrefter dette. I Belgia, Danmark, Finland, Frankrike og Storbritannia mfl. blir ultralyd i uke 11-13 angitt som screening for trisomi 18 og 13 og/eller Downs syndrom.<sup>210</sup> Ettersom abort foreløpig er den eneste behandlingen som er tilgjengelig når kromosomfeil blir påvist, kan ikke undersøkelsen forsvares teologisk. Det er prinsipielt problematisk å sette seg til herre over andres liv uavhengig av utviklingsnivå, sykdom eller funksjonshemning. Teologisk etikk er forankret i en antropologi som har som utgangspunkt at alle mennesker er likeverdige og skapt i Guds bilde. Menneskeverdet er en grunnleggende verdi fra unnfangelse til død. Dette innebærer at menneskelivet må vernes. Teologisk etikk må avvise tidlig ultralyd fordi undersøkelsen med stor sannsynlighet vil føre til flere selektive aborter av foster med utviklingshemninger. Så lenge det ikke finnes tungtveiende helsegevinster ved undersøkelsen, må foreldres individuelle ønsker og valgfrihet vike for fosterets rett til liv og beskyttelse.

Videre har jeg påvist at abort av foster med sykdom og funksjonshemninger vil ha betydning for hvordan samfunnet betrakter fødte mennesker med tilsvarende sykdommer og funksjonshemninger. Et samfunn som ikke gir livs- og utviklingsmuligheter for fysisk og psykisk utviklingshemmede mennesker, er et menneskeligefientlig samfunn.<sup>211</sup> Ved å handle aksepterer vi premisset som ligger til grunn for handlingen. Et eksempel på dette er Bioteknologiloven som

---

<sup>208</sup> Dette utelukker ikke dette at det finnes ulike motiver og begrunnelser for ønsket om selektiv abort. Foreldrenes motivene vil avgjøre om ønsket om diagnostikk og abort virkelig sender ønsket om at et bestemt liv ikke er verdt å leve eller ei. Mitt poeng i dette kapitlet er å peke på hvilket signal *myndighetene* sender.

<sup>209</sup> For en gjennomgang av alle argumentene henviser jeg til sammenfatningen i kapittel 5. Formålet med 4.8 er å sammenfatte hvordan tidlig ultralyd bør forholde seg til tidlig ultralyd.

<sup>210</sup> Kunnskapsenteret 2011:55-56

<sup>211</sup> Christoffersen 2012:176

forbyr helsearbeidere å informere foreldre hvilket kjønn fosteret har før etter uke 12 av svangerskapet. Hensikten er å forhindre at fosteret blir abortert på grunn av kjønn.<sup>212</sup>

Resonnementet er at hvis et foster aborteres *fordi* det er jente, innebærer dette en nedvurdering av jenter. Likeverdet mellom kjønnene er en så viktig verdi i samfunnet, at myndighetene ønsker å beskytte dette ved lov. Analogt mener jeg vi kan si at hvis et foster aborteres *fordi* det har Downs syndrom innebærer en nedvurdering av mennesker med Downs syndrom.<sup>213</sup> Teologisk etikk mener at forslaget om tidlig ultralyd til alle gravide er en trussel mot menneskers likeverd. Teologisk etikk kan ikke godta en undersøkelse som sender ut et signal om at funksjonshemmedes liv ikke er verdt å realisere. Det er et tankekors at samtidig som mennesker med funksjons- og utviklingshemninger i økende grad anerkjennes som fullverdige borgere med et meningsfullt liv, ønsker et økende antall mennesker en undersøkelse som signaliserer at et slikt liv ikke er verdt å realisere.

Til slutt må tidlig ultralyd avvises på grunn av overordnede prioritering- og ressurs hensyn. Et kjernesporsmål i debatten om tidlig ultralyd er om det foreligger helsegevinst ved undersøkelsen. Denne oppgaven har vist at tidlig ultralyd kan ha betydning for tvillinger med felles morkake – det er viktig å ikke glemme i en debatt hvor spørsmålet om Downs syndrom har fått mye oppmerksomhet. Foster med felles morkake har menneskeverd og rett til liv på lik linje med alle andre foster. utfordringen er at slik forslaget om tidlig ultralyd er presentert, vil det være vanskelig å både sikre behandling av tvillingene med TTS og beskytte foster med kromosomfeil og hjertefeil mot abort. Ethiske vurderinger som er forankret i et teologisk menneskesyn ønsker å verne om menneske og det menneskelige. Men heller ikke med et slikt utgangspunkt er man fritatt for å gå inn i vanskelige avveininger der den ideelle løsningen ikke er mulig å realisere.<sup>214</sup> Selv om retten til liv er ubetinget, er ikke tilgangen til ressurser ubegrenset. Skal en teologisk etikk ikke bare være en prinsipiell etikk, men også være et konstruktivt bidrag i den moralske dilemma, må teologisk etikk også reflektere rundt spørsmålet om prioritering. Tidlig ultralyd er langt på vei et spørsmål om liv mot liv. Det er ikke mulig å ivareta både hensynet til tvillinger med tvillingtransfusjonssyndrom og et nei til selektive aborter av foster med trisomier. Spørsmålet blir da hvilke verdier som er *viktigst* å ivareta. I denne oppgaven har jeg forsøkt å avveie verdier som autonomi og valgfrihet mot menneskeverd, respekten for liv, kunnskap, helse, livskvalitet, rettferdighet og ansvarlighet.

Fra et teologisk perspektiv er ikke nytteverdien ved tidlig ultralyd stor nok til å rettferdiggjøre en screeningundersøkelse av en hel gruppe i befolkningen. I Norge fødes det ca 60.000 barn hvert år. Om lag 1000 av disse er svangerskap med tvillinger, og 150-300 av disse har

---

<sup>212</sup> Lov 2003-12-05 nr 100 § 4-5

<sup>213</sup> NKLF 2012:18

<sup>214</sup> Heiene, Thorbjørnsen 2011:11



felles morkake. Behandling av TTS er aktuelt for 15-30 av disse barna.<sup>215</sup> Undersøkelsen vil ha stor betydning for tryggheten i tvillingsvangerskap. Foreldre til tvillinger som har fått påvist felles morkake bekrefter dette.<sup>216</sup> Det er likevel vanskelig å forsvare omfanget av en rutineundersøkelse i lys av behandling som primært er aktuell for et veldig begrenset antall svangerskap. I virkelighetens verden finnes det ikke ressurser til alle undersøkelser som kunne vært ønskelige og tjenlige å tilby. Helseeffekten ved tvillingsvangerskap er altså ikke tilstrekkelig for å forsvare en undersøkelse av alle gravide. Gjennomgangen av argumentene om trygghet og likhet avdekket at en rutinekontroll kan oppfylle viktige verdier i norsk helsevesen, men inntil det foreligger forskning som kan påvise *større* fostermedisinsk gevinst ved tidlig ultralyd, er det vanskelig å forsvare sosial utjevning og følt behov som tilstrekkelig tungtveiende grunner til å innføre tidlig ultralyd.<sup>217</sup> Når tidlig ultralyd i tillegg ikke ivaretar menneskeverdet til foster og funksjonshemmede på en god nok måte, er konklusjonen at teologisk etikk må si nei til en tidlig ultralydundersøkelse for alle gravide.

---

<sup>215</sup> Kunnskapsenteret 2012:48, 51,76

<sup>216</sup> TV 2 23.02.11

<sup>217</sup> Jeg har ikke vektlagt økonomiske vurderinger i denne oppgaven. Spørsmålet er omdiskutert. Kunnskapsenteret har kun beregnet kostnader ved selve undersøkelsen, og ikke kostnader som vil komme med investeringer i utstyr, utgifter til opplæring, personell og veiledning av gravide. I følge Kunnskapsenterets økonomiske analyser vil et rutinemessig tilbud om tidlig ultralyd i form av KUB og ultralyd i uke 17-19, fordoble driftskostnadene av ultralyd og fosterdiagnostikk i forhold til rutinemessig undersøkelse i uke 17-19 alene (fra 43 mill. Kr til 86 mill.Kr). Men basert på reelle driftskostnader til ultralyd og fosterdiagnostikk i dag (104 mill Kr), er det ikke nødvendigvis sikkert at et utvidet offentlig tilbud vil øke driftskostnadene i norsk svangerskapsomsorg. Det er dette resonnetet Nasjonalt råd for prioritering legger til grunn i sitt flertallsvedtak (se 4.4). I følge Kunnskapsenteret er kapasiteten i dagens fosterdiagnostikk «sprengt». Kunnskapsenteret 2011:8-9.

## 5 Kapittel: Avslutning

### 5.1 Sammenfatning

I dette kapitlet vil jeg sammenfatte arbeidet jeg har lagt bak meg. Jeg vil oppsummere de tre hovedkapitlene ved å besvare forskningsspørsmålene jeg formulerte i punkt 1.3. Som en avslutning på oppgaven vil jeg gi et kort utblikk.

#### 5.1.1 Tidlig ultralyd

I kapittel to stilte jeg spørsmålet: *Hva slags undersøkelse er tidlig ultralyd? Hva er formålet med en slik undersøkelse?* Hensikten med kapitlet var å avklare det medisinfaglige grunnlaget og forholdet mellom en rutineundersøkelse og andre ultralydundersøkelser. Det ble raskt klart at tidlig ultralyd med blodprøve ikke kan forstås som en utvidelse av den alminnelige svangerskapsomsorgen, men som en fosterdiagnostisk screeningundersøkelse. En diagnostisk undersøkelse er en undersøkelse ved mistanke om sykdom. Screening er en kartlegging av risiko for utviklingsavvik.<sup>218</sup> Tidlig ultralyd med blodprøve (KUB) er den mest presise fosterdiagnostiske undersøkelsen.

Undersøkelsen er ikke forbundet med risiko for spontanabort. Tidlig ultralyd med blodprøve (KUB) inkluderer måling av nakkeoppklaring. Undersøkelsen kan avdekke kromosomfeil, hjertefeil og tvillinger med delt morkake. Kromosomfeilene er kjent som Downs syndrom (trisomi 21), Edwards syndrom (trisomi 18) og Patau syndrom (trisomi 13). Trisomi 13 og 18 er svært alvorlige diagnoser med lav forekomst i befolkningen. Downs syndrom er den mest kjente av diagnosene. I 2010 ble det født 72 barn med Downs syndrom i Norge.<sup>219</sup> Downs syndrom er forbundet med reduserte kognitive evner, men med oppfølging og tilrettelegging vil de fleste mennesker med Downs syndrom kunne leve et tilnærmet normalt liv.

At tidlig ultralyd primært må forstås fosterdiagnostisk betyr ikke at undersøkelsen ikke også er svangerskapsomsorg og fostermedisin. Tidlig ultralyd kan oppfattes som en anatomisk undersøkelse på linje med rutinekontrollen i uke 17-19 (antall foster, morkakens plassering osv.). Videre kan undersøkelsen sikre mors sosiale og mentale velvære, samt forhindre at tvillinger med felles morkake fødes med sykdom som kunne vært behandlet. Dette oppfyller viktige kriterier i svangerskapsomsorgen.<sup>220</sup>

<sup>218</sup> Kunnskapsenteret 2008:69

<sup>219</sup> Folkehelseinstituttet 15.03.12

<sup>220</sup> NOU 1984: «Perinatal omsorg i Norge» Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Sosial og helsedirektoratet 2005.

### 5.1.2 Teologisk antropologi

Hensikten med kapittel tre var å etablere et vurderingsgrunnlag for kapittel 4. Jeg spurte: *Hva innebærer en teologisk forståelse av mennesket?* Antropologi er grunnleggende i alle etiske posisjoner, også teologisk etikk. Jeg forsøkte å gi en grunnleggende presentasjon av et teologisk forankret menneskesyn. Kapittel tre er likevel ikke en fullstendig fremstilling av teologisk antropologi, men en presentasjon av de perspektivene jeg mente var mest relevant for det videre arbeidet; skapelsesteologi, synet på livets tidlige fase og funksjonshemninger.

Det skapelsesteologiske perspektivet innebærer at mennesket er skapt som et endelig vesen, innfelt i naturen sammen med andre skapninger. Videre er mennesket skapt i Guds bilde og står derfor i et særegent forhold til Gud. Hva det innebærer at mennesket er skapt i Guds bilde er omdiskutert. Jeg mener det er gode grunner til å forstå gudbilledligheten relasjonelt. Mennesket er skapt *i* Guds bilde, *til* fellesskap med Gud. Av dette fellesskapet springer forholdet til medmennesker, naturen og seg selv. Mennesket blir forstått i lys av noe utenfor en selv, uavhengig av hva mennesket gjør eller er i stand til å gjøre. Det er denne grunnleggende relasjonen som i siste instans avgjør hva mennesket er, ikke egenskaper mennesket har. Dette er viktig å fastholde i møte med posisjoner som hevder at menneskets humanitet er forankret i egenskaper som fornuft, rasjonalitet, språk eller fysisk utfoldelse. Et teosentrisk forankret menneskesyn får store implikasjoner for menneskets verd. Livet er hellig fordi det er skapt av Gud. Derfor har ingen rett til å ta en annens liv. Et annet viktig prinsipp i teologisk antropologi er at alle mennesker har like stor verdi. Verdigheten er forankret i menneskets eksistens, ikke i dets utrustning. En teologisk etikk har en forpliktelse til å forsvare menneskets integritet og frihet.

Et viktig spørsmål i debatten om tidlig ultralyd er abort. Dette førte til spørsmålet: *Hva er fosterets moralske status? Hva er forholdet mellom fosterets liv og kvinnen avgjørelsesmyndighet over egen kropp og eget liv?* Synet på fosterets moralske status, er vesentlig fordi tidlig ultralyd kan si noe om fosterets helse mens det enda er i mors liv. Denne informasjonen kan enten føre til at foreldre velger å bære frem barnet, eller avbryte svangerskapet. Dette aktualiserer spørsmålet om abort. Har foreldrene en moralsk forpliktelse ovenfor barnet som kan sette grenser for kvinnens selvbestemmelse?

Jeg gjorde rede for min posisjon i samtale med representanter for filosofisk etikk og katolsk og luthersk teologi. Fosteret kan forstås som en person eller som et potensielt menneske. Jeg konkluderte med at en teologisk etikk best forstår fosteret ut i fra begrepene om potensial og kontinuitet. Fosterets liv begynner ved befruktning. Ved befruktning starter en kontinuerlig, biologisk utvikling av et liv som har de genetiske forutsetningene som skal til for at fosteret kan bli

et individ. Dette innebærer en forpliktelse til å beskytte fosterets liv. Et snevert personbegrep eller en graduell forståelse av fosterets moralske status, kan medføre en aksept for handlinger mot ikke-personer eller potensielle mennesker, som ikke er akseptert ovenfor personer eller fullverdige mennesker.

Konsekvensen av å tillegge fosteret rett til liv er et restriktivt syn på abort. Dette gjelder både aborter på generelt grunnlag og selektiv abort. Det er forståelig at det kan være vanskelig for foreldre å få kunnskap om at de venter et barn med en alvorlig sykdom eller funksjonshemming. En teologisk etikk må ha respekt for foreldres frihet og råderett over eget liv. Dette innebærer også valget om å avslutte et svangerskap. Likevel medfører et teologisk forankret menneskesyn et ansvar for å peke på at barn med alvorlig sykdom eller funksjonshemninger har et unikt menneskeverd og rett til liv.

Til slutt stilte jeg spørsmålet: *I hvilken grad har kognitive egenskaper og fysisk helse betydning for livskvalitet? Hva kjennetegner et meningsfullt liv?* Fornuft, rasjonalitet og fysisk utfoldelse kan gi stor glede og mening. Det betyr ikke at mennesker med bevegelseshemninger eller utviklingshemninger ikke kan oppleve det samme. Fra et teologisk perspektiv er det viktig å understreke at alle mennesker er preget av en grunnleggende avhengighet – ingen kan leve for seg selv, heller ikke funksjonsfriske. Ingen er skånet for sykdom eller funksjonshemming. Det blir derfor meningsløst å knytte menneskeverd og livskvalitet til kriterier som funksjonsevne og utviklingsnivå. Et meningsfylt liv er å leve i fellesskap med andre. En teologisk etikk må avvise holdninger og praksiser som måler et meningsfullt liv i lykke, velvære og fravær av lidelse.

### **5.1.3 Drøfting og konklusjon**

I kapittel fire var målet å presentere og vurdere argumentene for og imot tidlig ultralyd. Som pro-argument vurderte jeg retten til selvbestemmelse, ønske om økt trygghet, likhet og sosial utjevning. Som contra-argument vurderte jeg spørsmålet om helseeffekt, faren for økt antall selektive aborter og trusselen om sorteringssamfunnet. Jeg vurderte argumentene ut i fra kriteriet om holdbarhet og relevans. Målestokken var teologisk etikk og antropologi.

I kapittel fire har vi sett at et standpunkt for tidlig ultralyd forutsetter en sterk vektlegging av foreldres autonomi. Tidlig ultralyd kan sikre formeringsfriheten: Friheten til å velge bort et barn med kromosomfeil eller andre avvik, og dermed frigjøre tid til å få et friskt barn. Tidlig ultralyd kan sikre at foreldre som får påvist at fosteret har risiko for avvik, men likevel ønsker å ta i mot barnet, får god tid til å forberede seg på den nye livssituasjonen som venter. Synet på fosterets moralske

status får konsekvenser for rekkevidden av argumentet om selvbestemmelse. En antropologi som ikke tillegger fosteret rett til liv vil nødvendigvis understreke betydningen av kroppslig selvbestemmelse. En antropologi som i større grad vektlegger at selvråderett og frihet også innebærer et ansvar ovenfor fosteret, vil tillegge argumentet mindre relevans.

Videre har vi sett at gravide uttrykker et behov for trygghet. Beregninger antyder at 50-60 % av gravide oppsøker tidlig ultralydundersøkelse. Helsearbeideres erfaring tilsier at gravide ønsker tidlig ultralyd for å skape tilknytning til barnet og forsikre seg om at alt står bra til. En del ønsker også diagnostikk: Er det risiko for at barnet mitt vil bli født med sykdom eller utviklingshemning? Tidlig ultralyd kan virke beroligende på kvinnen så lenge undersøkelsen ikke avdekker falske positiver, falske negativer eller sanne positiver. Skal argumentet om trygghet vurderes som holdbart og relevant, må det forankres i påvist helseeffekt og ikke bare et følt behov.

Argumentet om trygghet er nært forbundet med argumentet om likhet og sosial utjevning. I dag er det store forskjeller på hvilke tilgang gravide har til fosterdiagnostikk. Fosterdiagnostikken er regulert av Bioteknologiloven, og bare gravide som oppfyller visse kriterium har rett på tidlig ultralyd. Dette oppfattes som urettferdig. Alderskriteriet kan ikke lenger forsvares ut i fra manglende ressurser. Dessuten finnes det to bakdører inn i fosterdiagnostikken; angst og uro, og privatpraktiserende leger som måler nakkeoppklaring, uavhengig av at Bioteknologiloven forbyr dette.<sup>221</sup> Disse bakdørene er urettferdige fordi ikke alle gravide har kunnskap eller ressurser til å oppsøke slike tilbud. I tillegg inngår det ikke veiledning ved ultralydundersøkelser som ikke oppfyller kravene om fosterdiagnostikk. Prinsippet om informert samtykke er en forutsetning for reell selvbestemmelse. Skal en rutinekontroll bli godkjent i det offentlige helsevesenet vil informasjon og oppfølging være et nødvendig premiss. Tidlig ultralyd som rutinekontroll vil med stor sannsynlighet øke kvaliteten, kontrollen og tilgjengeligheten på undersøkelsen. Dette er et viktig argument for tidlig ultralyd, men argumentets relevans er avhengig av påvist helseeffekt. Det gir bare mening å snakke om rettferdighet hvis tidlig ultralyd blir vurdert som et medisinsk gode.

Denne oppgaven har vist at spørsmålet om helseeffekt er avgjørende. Kan man påvise helseeffekt ved tidlig ultralyd har dette stor betydning for hvilken verdi som kan tillegges de andre argumentene. Etter en nærmere gjennomgang av diskusjonen om helseeffekt, synes det å være enighet om at tidlig ultralyd ikke gir helsegevinst for foster med kromosomavvik eller hjertefeil. Om tidlig abort kan regnes som en helsegevinst for mor er omdiskutert. Videre synes det å være enighet om at tidlig ultralyd kan ha helsegevinst for tvillinger med felles morkake. Dette er den eneste diagnosen som det finnes behandling for under svangerskapet. Det er ikke enighet om

---

<sup>221</sup> Legene på sin side argumenterer med at det er umulig å ikke observere nakkeoppklaring på en ultralydundersøkelse. Så lenge tidlig ultralyd på private klinikker er lovlig, har legene en plikt å informere pasientene om hva de observerer og kan ikke unnlate å henvisse dem videre ved påvist risiko.

helsegevinsten ved tvillingsvangerskap er tilstrekkelig for å legitimere en rutineundersøkelse av alle gravide. Tidlig ultralyd oppfyller ikke Verdens helseorganisasjons kriterier for screening.

Argumentet om selektiv abort henter sin styrke fra Danmark. Etter at Danmark innførte KUB-test i 2005 har antallet barn som blir født med Downs syndrom blitt halvert. Striden står om hvor alvorlig man skal forstå denne nedgangen og om saken er overførbar til norske forhold. I Norge fødes det et stabilt antall barn med Downs syndrom. Samtidig viser tallene at det har vært en økning i antall nemndbehandlede aborter de siste årene – også i Norge synes det å være en sammenheng mellom økt diagnostikk og økt antall aborter. Hva som er den moralske verdien av å oppdage utviklingsavvik henger sammen med hvilken livskvalitet de ulike diagnosene tillegges. Desto dårligere livskvaliteten blir vurdert, desto lettere er det å forsvare selektiv abort.

Trusselen om sorteringssamfunnet begrunner et nei til selektiv abort og fosterdiagnostikk på fosterstadiet. Innholdet i begrepet er uklart, og det blir sjelden gjort forsøk på å definere det. Slik har trusselen om sorteringssamfunnet stor retorisk verdi, men liten argumentativ tyngde. Min tilnærming til sorteringsdebatten har vært via spørsmålet: Hvem er offeret for sorteringssamfunnet? Hvem er det sorteringsmotstanderne ønsker å beskytte? Jeg har antydnet tre forslag; fosteret, mennesker med alvorlige sykdommer eller funksjonshemninger og oss alle som en del av et samfunn som sorterer. Etter å ha drøftet de to første forslagene, fant jeg at det gir mest mening å snakke om sorteringsamfunnet som et samfunn som tillater praksiser som sender krenkende signaler til mennesker med funksjonsnedsettelse. Dette signalet kan teologisk etikk ikke anerkjenne som godt.

Av hensynet til menneskeverdet og overordnede spørsmål om ressurser og prioriteringer konkluderte jeg dit hen at en teologisk etikk må stille seg kritisk til forslaget om tidlig ultralyd som en offentlig rutineundersøkelse. Argumentene om trygghet og likhet må tillegges begrenset verdi, ikke fordi argumentene ikke peker på viktige anliggender, men fordi argumentene blir svekket av at det er påvist lav helseeffekt ved tidlig ultralyd. Argumentet om foreldres selvbestemmelse er også viktig, men argumentet svekkes fordi selvbestemmelse i spørsmålet om fosterdiagnostikk betyr en mulighet for svangerskapsavbrudd av barn med uønskede egenskaper. Teologisk etikk mener at selektiv abort ikke er moralsk forsvarlig. Foreldres autonomi bør innebære et ansvar for fosterets rett til liv og beskyttelse. Inntil det er påvist større helseeffekt for flere gravide, kan ikke teologisk etikk se at tidlig ultralyd er den beste måten å prioritere ressursene i helsevesenet på.

## 5.2 Utblikk

Debatten om tidlig ultralyd vil fortsette å gå sin gang. Regjeringens stortingsmelding om medisinsk etikk er enda ikke lagt frem, men er ventet rundt årsskiftet. Ultralydsaken og andre bioteknologiske stridsspørsmål vil tidligst kunne bli behandlet i Stortinget våren 2013, og det kan drøye til etter stortingsvalget høsten 2013 før et endelig vedtak foreligger i ultralydsaken.

I den følgende debatten etterlyser jeg mer diskusjon om myndighetenes ansvar i spørsmålet om tidlig ultralyd. Hvordan skal myndighetene unngå at resultatet av befolkningens individuelle valg strider mot grunnleggende verdier i samfunnet? Debatten om tidlig ultralyd har i stor grad handlet om individuell valgfrihet. Det er opp til foreldrene selv å avgjøre om de ønsker å bære frem barn med utviklingshemninger, og i hvilke situasjoner abort er moralsk forsvarlig. Selvbestemmelse fremstilles som et ubetinget gode. I sitt svar til Marte Wexelsen Goksøy erklærte statsminister Jens Stoltenberg at samfunnet er for alle, også mennesker med Downs syndrom (se 1.1). Når flertallet i regjeringen ønsker å tilby alle gravide en fosterdiagnostisk undersøkelse som kan avdekke Downs syndrom, svekkes troverdigheten i statsministerens utsagn. Statsministeren uttrykker et ønske om å være både inkluderende og rettferdig. Spørsmålet er om det er mulig å ivareta begge hensynene med tidlig ultralyd? Kan det tenkes at myndighetene gjør foreldrene en bjørnetjeneste ved å tilby dem prenatal diagnostikk? Denne oppgaven har vist at mange foreldrene ikke er forberedt på de vanskelige valgene de kan komme til å måtte ta etter resultatet av undersøkelsen foreligger. De fleste foreldrene ønsker å se at alt står bra til med barnet. Istedet må en del av dem på kort tid ta avgjørelsen om de vil bære frem et barn med risiko for avvik eller ikke. Mitt poeng er at *familien ikke en isolert størrelse i samfunnet*. Hvilke ressurser en familie har til å ta seg av et funksjonshemmet barn, er i stor grad et spørsmål om hvilke behandling og oppfølging samfunnet tilbyr familien. Ved å overlate valget om diagnostikk til foreldrene, samtidig som det ikke foreligger behandling for de fleste diagnoser som tidlig ultralyd kan avdekke, er det en fare for at mange foreldre vil oppleve at samfunnet legger til rett for abort. Hvis undersøkelsen ikke skal tolkes dit hen, stiller det store krav til hvilke holdninger helsearbeidere signaliserer i møte med foreldre som har fått påvist risiko for avvik hos fosteret. Det er også viktig at myndighetene makter å overbevise foreldrene at det å bære frem et funksjonshemmet barn ikke er uønsket fra myndighetens side. Spørsmålet er om dette lar seg gjøre? Er det mulig å formidle at utviklingshemmede er ønsket i samfunnet, samtidig som det offentlige legger til rette for en undersøkelse som kan føre et økt antall selektive aborter? Hvis myndighetene velger å innføre tidlig ultralyd som rutineundersøkelse, og det med tiden viser seg at begge hensyn ikke lar seg forene, så må myndighetene ta en stor del av dette ansvaret, ikke bare foreldrene.

### 5.3 Litteraturliste

Andersen, R.K. Kronikk Vårt Land 14.11.12 "SV fremmer ikke sortering". Sett 14.11.12.

Ariail, K., Press, N. "Genetic testing and screening." i Post S.G. (edit.) (2004). *Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> Edition, Volume 2 (D-H)*. USA: Macmillian Reference.: 996-1003.

Asheim, I. (1991) *Øye og horisonten: Grunnproblemer i aktuell etikkdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Asheim, I. (1994). *Mer enn normer: Grunnlagsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Baune Ø., Borge O.J, Funderud S., Føllesdal D., Heiene, G. Østnor L. «The Moral Status of Human Embryos with Special Regard to Stem Cell Research and Therapy.» i Østnor L. (2008) *Stem Cells, Human Embryos and Ethics: Interdisciplinary and Ethics*. Springer.

Berg, S.F. (2012). «Er tidlig ultralydundersøkelse for alle et gode?» i Tidsskrift for Den norske legeforening nr.14/2012; 123: 1588-1589. [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) Sett 18.08.12.

Bexell, G. Grenholm, C-H. (1997). *Teologisk etik: En introduktion*. Stockholm: Verbum Förlag.

Bioteknologinemda (2012). *Tidlig ultralyd: Sier nei til rutinekontroll*. Publ. 19.04.12.

<http://www.bion.no/2012/04/tidlig-ultralyd-sier-nei-til-rutinekontroll/> Sett 20.08.12.

Bioteknologinemda (2011). *Offentlig tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet* Sendt til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten 07.04.11. Sett 30.08.12.

[www.bion.no](http://www.bion.no)

Bioteknologinemda (2011): *Innspill til evaluering av bioteknologiloven. Desember 2011*. Sett 20.08.12. [www.bion.no](http://www.bion.no)

Bispemøtet (1982). *Etiske synspunkter på genetisk veiledning og prenatal diagnostikk*. En utredning avgitt av et utvalg oppnevnt av Bispemøtet høsten 1981.

Breen, T. (Ap) Intervju 05.12.11. "Tidlig ultralyd gir trygghet i svangerskapet."



<http://arbeiderpartiet.no/layout/set/print/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Helse/Tidlig-ultralyd-gir-trygghet-i-svangerskapet> Sett 20.08.12

Brinchmann, B.S. "Ethical reflections concerning ultrasound screening during the first trimester of pregnancy." i Wurtzel, Aidan E. (edit) (2006). *Trends in Contemporary Ethical Issues*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Bø, E.N. (2011). *Livmors til låns? En systematisk-teologisk drøfting av gestasjonell surrogati*. Spesialavhandling Det teologiske meningsfakultetet.

Cahill, L.Sowle (2005). *Theological Bioethics: Participation, Justice and Change*. Washington, D.C: Georgetown University Press.

Childress J.F. «Christian ethics, medicine and genetics.» i Gill, R (2012). *The Cambridge Companion to Christian Ethics*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.

Christoffersen, Svein Aage (2012). *Handling og dømmekraft: etikk og menneskesyn i lys av en kristen kulturarv*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Cole-Turner, R. "Embryo and Fetus" i Post S.G. (edit.) (2004). *Encyklopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> Edition, Volume 2 (D-H)*. USA: Macmillian Reference: 732-340.

Cortez, M. (2010). *Theological Antropology*. London/New York: T&T Clark.

Congregation for The Doctrine of the Faith (1987). *Donum vitae: Instruction on respect for human life in its origin and on the dignity of procreation. Replies to certain questions of the day*.

[Http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/dokuments](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/dokuments) Sett 17.09.12

Congregation for The Doctrine of the Faith (2008) *Instruction Dignitas personae on certain bioethical questions*.

[Http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/dokuments](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/dokuments) Sett 17.09.12

Dahle, S. (2010) "Et historisk riss" i Dahle, S. Torgauten, T.I. *Utviklingshemning og tros- og livssynsutdøvelse: Rettigheter og tilrettelegging*. Oslo: Universitetsforlaget.

Den norske kirke (2012). Sak BM 013/12 Bispemøtets uttalelse om tidlig ultralyd. [www.kirken.no](http://www.kirken.no)  
Sett 20.08.12

Dåvøy L., Hjemdal L.H., Ropstad K.J., Syversen H.O., Eriksen, D. *Dokument 8:148 S (2011-2012): Representantforsalg om reduksjon av tidsrammen og omfanget av senaborter*. Publisert 15.06.2012.  
Sett 17.10.12. [www.stortinget.no/nn/Sakerogpublikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag](http://www.stortinget.no/nn/Sakerogpublikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag)

Edøy, T. (2000). *En kirke for alle: Funksjonshemmede i kirken*. Kirkeforum: Verbum forlag.

Eggebø, T. Moe, Røe, K., Salvesen, K.J. (2012). «Blir retningslinjene for fosterdiagnostisk ultralyd fulgt?» i *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr.14/2012;132: 1606-1606. [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)  
Sett 18.08.12.

Eikrem,A. (2012). *Philosophy of Science and Methodology*. Ressursmateriale til forelesninger i MET5920 våren 2012.

Eik-Nes, S. Intervju 06.12.12 "Klar helsegevinst ved tidlig ultralyd."  
<http://www.forskning.no/kortnytt/306526> Sett 22.10.12

Eik-Nes, S. Intervju 05.12.11. "Flertall for å tilby tidlig ultralyd."  
<http://abcnyheter.no/penger/oekonomi/2011/12/05/flertall-tilby-tidlig-ultralyd> Sett 22.10.12

Eik-Nes, S. Intervju 28.10.12. "Kampen om fosteret."  
<http://www.adressa.no/meninger/article1765047.ece> Sett 22.10.12

Folkehelseinstituttet 15.03.12 «Fødselstall for 2010 – ny statistikk».  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspxpid=233&trg=MainLeft\\_5588&MainArea\\_5661=5588:0:15,2659:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5588=5544:96425::1:5569:4:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspxpid=233&trg=MainLeft_5588&MainArea_5661=5588:0:15,2659:1:0:0:::0:0&MainLeft_5588=5544:96425::1:5569:4:::0:0) Sett 07.12.12

FRAMBU Senter for sjeldne funksjonshemninger *Diagnose: Trisomi 13*  
[www.frambu.no/modules/diagnoser](http://www.frambu.no/modules/diagnoser) Sett 30.10.12

FRAMBU Senter for sjeldne funksjonshemninger *Diagnose: Trisomi 18*  
[www.frambu.no/modules/diagnoser](http://www.frambu.no/modules/diagnoser) Sett 30.10.12

Fuglem, S. Berg (2012) «Villedende om tidlig ultralyd.» Kronikk i Vårt Land 19.10.12

Fuglem, S. Berg (2010) <http://www.trisomi18.com> Sett 30.10.12

Gjul, G.K. (Ap) Intervju 21.02.11. "Det handler om kvinners trygghet."

<http://arbeiderpartiet.no/layout/set/print/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Barn-familie-og-likestilling> Sett 20.08.12

Goksøyr, M. W., Goksøyr K. W. «Vi er utrydningstruet!» Meninger Aftenposten 28.12.11

<http://aftenposten.no/meninger/Vi-er-utrydningstruet-6729711.html> Sett 22.10.12

Goksøyr, M.W. Kronikk i VG 15.02.11 «Utrydningstruet?».

<http://vgdebatt.vgb.no/2011/02/15/utrydningstruet/> Sett 29.11.12

Goksøyr, M.W, Intervju 16.01.12 "Har jeg ikke rett til å leve?"

[www.vl.no/no/samfunn/marte-med-downs-har-jeg-ikke-rett-til-a-leve/](http://www.vl.no/no/samfunn/marte-med-downs-har-jeg-ikke-rett-til-a-leve/) Sett 29.11.12

Gravem, P. (2004). *KRL - et fag for alle? : KRL-faget som svar på utfordringer i en flerkulturell enhetsskole* Vallset: Oplandske bokforlag.

Hagebakken, T. (Ap) Intervju 16.02.11. "Tidlig ultralyd redder liv."

<http://arbeiderpartiet.no/layout/set/print/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Helse/Tidlig-ultralyd-redder-liv> Sett 20.08.12

Heiene, G. H., Thorbjørnsen, S.O (2011). *Kristen etikk – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2011). *Evaluering av bioteknologiloven: Status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven. Rapport 15-1897.* [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00324/Evaluering\\_av\\_biote\\_324329a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00324/Evaluering_av_biote_324329a.pdf) Sett 20.08.12

Helsedirektoratet (2011). Notat til møte i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten 11.04.11: Ultralydundersøkelser i første trimester av svangerskapet. Ansvarlig Cevilie Daae. Sendt 31.03.11. <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Eablering+av+et+offentlig+tilbud+om+tidlig+ultralyd+i+svangerskapet.13841.cms> Sett 22.10.12

Helsedirektoratet (2005) *Informasjon til gravide om fosterdiagnostikk. IS-1313.*

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/informasjon-til-gravide-om-fosterdiagnostikk/Sider/default.aspx> Sett 03.12.12

Henriksen, Jan-Olav (2003). *Imago Dei. Den teologiske konstruksjonen av menneskets identitet.* Oslo: Gyldedal Akademiske.

Holder-Franz M. «Life as Being in Relationship: Moving beyond a Deficiency-orientated View of Human Life.» i Swinton, John and Brock Brian (2007): *Theology, disability and the New Genetics. Why science needs the church.* London: T&T Clark.

Holmes, H. B. «Reproductive technologies» i Becker L.C, Becker C.B (edit) (2001). *Encyclopedia of Ethics 2<sup>nd</sup> Edition, Volume 3 (P-W, Indexes).* New York and London: Routledge.:1475-1482.

Høyre (H). Stortingsvalgprogram 2009-2013. "Gen- og bioteknologi". Punkt 8.10. [www.hoyre.no](http://www.hoyre.no)  
Sett 20.08.12

Jensen, S. 14.03.12. Tale Akershus Frp årsmøte. "Siv Jensen om tidlig ultralyd".  
<http://frp.no/module=Articles;action=Article.publicShow;ID=64009> Sett 20.08.12

Kirkerådet (1989). *Mer enn gener: Utredning om bioteknologi og menneskeverd. Av en arbeidsgruppe oppnevnt av Kirkerådet.* KM-dokument nr.12.2/89

Kjos, K.K. (FrP) Intervju 13.01.12. "Ja til trygg fødselsomsorg." <http://frp.no/Ja+til+trygg+f%C3%B8dselsomsorg.d25-TMBrMZ8.ips> Sett 20.08.12

Kristelig Folkeparti (KrF). KrFs partipolitiske program for 2009-2013: "Retten til liv" (kap 4).  
[www.krf.no](http://www.krf.no) Sett 20.08.12

Kaasen, A., Staff, A. (2012). *Rapporten om tidlig ultralyd fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.* Foredrag og Powerpoint-presentasjon på åpent møte om tidlig ultralyd 16 januar 2012 arrangert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.  
[www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx) Sett 13.08.12

Lov 2003-12-05-100: Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. Sist endret 2011-06-23-30. Sett 12.19.12 <http://www.lovdatab.no/all/nl-20031205-100.html>

Lov 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> Sett 15.10.12

Lov 1975-06-13 nr 50: Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]. Sist endret 2010-02-15. Sett 12.10.2012. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19750613-050.html>

Lunde, E. Kronikk Vårt Land 12.11.12 "Dobbeltspor til sorteringssamfunnet". Sett 12.11.12.

Mahowald, M.B. «Aren't We All Eugenicists Anyway?» i Swinton, John and Brock Brian (2007): *Theology, disability and the New Genetics. Why science needs the church.*..London: T&T Clark.

Markstad, T. (2012). *Etiske aspekter ved tidlig ultralyd*. Foredrag og Powerpoint-presentasjon på vegne av Rådet for legeetikk, under åpent møte om tidlig ultralyd 16 januar 2012 arrangert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. [www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultralyd.aspx) Sett 13.08.12

Medisinsk fødselsregister: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,3278:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3278:1:0:0:::0:0) Sett 04.12.12

Meilaender, Gilbert (2005). *Bioethics: A Primer for Christians*. Grand Rapids, Michigan: Wm.B.Publishing Co.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemninger: [www.naku.no](http://www.naku.no) Sett 30.10.12

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012). *Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen*. Oppdragsgiver Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgssektoren. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Tidlig+ultralyd+i+svangerskapsomsorgen.14395.cms> Sett 0.08.12

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Rutinemessig ultalydundersøkelse i svangerskapet. Rapport nr11-2008*.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/2759.cms?threepagenor=1> Sett 10.08.12

Nasjonalt senter for Fostermedisin, St. Olavs Hospital. *Notat til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering om tidlig ultralyd: Helseeffekt ved tidlig ultralyd.* Skrevet av Kjell Å. Salvesen.

Publisert 25.03.11. Sett 22.10.12

<http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Eablering+av+et+offentlig+tilbud+om+tidlig+ultralyd+i+svangerskapet.13841.cms>

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten. Møtereferat fra 5.12.11: Sak 59/11 «Eablering av et offentlig tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet.» Referat av diskusjonen og vedtaket. <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Eablering+av+et+offentlig+tilbud+om+tidlig+ultralyd+i+svangerskapet.13841.cms> Sett 22.10.12

Norderhaug, I.N. ved Kunnskapssenteret. Intervju 02.03.11 "Avviser kritikken om ultralyd."

<http://www.an.no/Innenriks/Politikk/article5511776.ece> Sett 22.10.12

Norges kristelig legeförenings (NKLF) etikuttvalg (2012). *Utredning om provosert abort.*

[www.nklf.no](http://www.nklf.no) Sett 12.10.12.

Norsk Nettverk for Down Syndrom: <http://www.downsyndrom.no/> Sett 30.10.12

NRK Nyhet 21.06.12 "Ultralyd-debatten utsatt." <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.8213124> Sett 11.12.12

Olsen, I.A (2012). "Et foster som ikke passer". Kommentar i Aftenposten 14.01.12.

<http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Et-foster-som-ikke-passer-6741352.html> Sett 22.10.12

Parens, E. Asch A. «The disability rights critique of prenatal genetic testing: Reflections and Recommendations» i Holland, S. (edit) (2012). *Arguing About Bioethics.* London/New York: Routledge.

Rokstad, K. (2005). *Kommunikasjonslogikk: Med eksempler fra psykologi. Elementære logiske forutsetninger for saklig meningsutveksling.* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Rosenfield, A. Iden, S. Harrison, B.W. Cahill L.S. "Abortion." i Post S.G. (edit.) (2004). *Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> Edition, Volume 1*. USA: Macmillian Reference.: 1-39.

Salvesen, K.Å. Intervju 22.03.11. «Trenger kunnskap, men forskning stoppes."  
<http://www.etikkom.no/no/Aktuelt/Aktuelt/Fagbladet-Forskningsetikk/Arkiv/2011> Sett 22.10.12

Salvesen, K.Å. «Mer rettferdig tilbud». Meninger Aftenposten 16.01.12.  
<http://www.aftenposten.no/meninger/Mer-rettferdig-tilbud-6742412.html> Sett 22.10.12

Saugstad, J. (2007). «Respekten for kvinner». Kronikk i Aftenposten 15.01.12.  
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Respekten-for-kvinner-6741789.html>  
Sett 22.10.12

Saugstad, J. (2007). «Myten om sortering». Kronikk i Aftenposten 10.02.07.  
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Myten-om-sortering-6446916.html>  
Sett 22.10.12

Saugstad, O.D (2012). «Livet i sorteringssamfunnet.» Kronikk i Aftenposten 10.01.12  
[www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Livet-i-sorteringssamfunnet-6737919.html](http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Livet-i-sorteringssamfunnet-6737919.html) Sett 22.10.12

Savulescu J. «Procreative beneficence: Why we should select the best children.» i Holland, S. (edit) (2012). *Arguing About Bioethics*. London/New York: Routledge.

Schmidt, U. «Bioetikk i kristendommen.» i Jacobsen, K.A (red.) (2010). *Bioetikk i verdensreligionene: Religion, medisin og teknologiske endringer*. Oslo: Abstrakt forlag.

Senterpartiet landsmøtevedtak. (Sp) 19.03.11. "Avvis tidlig ultralyd."  
<http://www.senterpartiet.no/akershus/avvis-tidlig-ultralyd-article69243-4901.html> Sett 20.08.12

Shakespeare, T. «Arguing about Genetics and Disability» i Swinton, John and Brock Brian (2007): *Theology, disability and the New Genetics. Why science needs the church*. London: T&T Clark.

Solberg, B. (2012). «Tidlig ultralyd» - etikkdebatt som berører. Foredrag og Powerpoint-presentasjon på vegne av NTNU og Bioteknologinemda, under åpent møte om tidlig ultralyd

16.01.12 arrangert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

[www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultral lyd.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultral lyd.aspx) Sett 13.08.12

Solberg, B. (2009). «Informerte valg – viktig også for norske kvinner.» i Tidsskrift for Den norske legeforening nr.13-14/2009; 129: 1346-1348. [www.tidsskrift.no](http://www.tidsskrift.no) Sett 18.08.12.

Solberg, B. (2003). *Sortering av liv? Etiske hensyn ved å lage barn med og uten genetisk risikoinformasjon. Dr.art.-avhandling*. Trondheim: Det historiske-filosofiske fakultet NTNU. <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:125502> Sett 18.08.12.

Sosialistisk Venstreparti (SV). 21.04.12. «Et likt tilbud til alle». <http://sv.no/Forside/Partiet/Partiets-organer/Landstyret/Uttalelser/Et-lik-tilbud-til-alle> Sett 20.08.12

Stene-Larsen, G. (2012). *Ultralydsaken i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i Helse- og omsorgstjenesten*. Foredrag og Powerpoint-presentasjon på åpent møte om tidlig ultralyd 16 januar 2012 arrangert av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. [www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultral lyd.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/om/nyheter/sider/apent-mote-om-tidlig-ultral lyd.aspx) Sett 13.08.12

Store norske leksikon: [www.snø.no/Downs\\_syndrom](http://www.snø.no/Downs_syndrom) Sett 30.10.12

Søvik, A. Ottesen 30.04.12 Kronikk Vårt Land. «Etisk rett å drepe uskyldige?» Sett 30.04.12

Thorbjørnsen, S.O. 11.09.12, *Life and death*. Forelesningsnotat TEOL5420

Tranøy, K.E. (1994) *Medisinsk etikk i vår tid*. Sigma forlag.

TV2, 16.02.12 «Ultralyddiskusjon skapte oppstyr i Stortinget.»

[www.tv2.no/nyheter/innenriks/ultralyddiskusjon-skapte-oppstyr-i-Stortinget/](http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/ultralyddiskusjon-skapte-oppstyr-i-Stortinget/) Sett 29.11.12

TV2, 24.12.12 "Politisk flertall i regjeringen for tidlig ultralyd."

<http://www.tv2.no/nyheter/politisk/flertall-i-regjeringen-for-tidlig-ultral lyd-3761472.html> Sett 06.12.12

TV 2, 23.02.11 «Tvillingene mine ble reddet av tidlig ultralyd.»



<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/-tvillingene-mine-ble-reddet-av-tidlig-ultral lyd-3425488.html> Sett 07.12.12

Venstre (V). 19.01.12. "Hva mener Venster om tidlig ultralyd?" <http://www.venstre.no/print.php?article=41475> Sett 20.08.12

Venstre (V). 13.01.12. "Ønsker ikke offentlig finansiering av tidlig ultralyd." <http://www.venstre.no/print.php?article=41351> Sett 20.08.12

Yong, A. (2007). *Theology and Downs Syndrome: Reimagining disability in late modernity*. Waco, Texas: Baylor University Press.

Østnor L. (1996). *Bioetikk og teologi. Rapport fra Nordisk teologiske nettverk for bioetikks workshop i Stockholm 27.-29 september 1996*. Oslo: Nordisk teologiske nettverk for bioetikk