



Norges Kristelige
Legeforening

Utredning om provosert abort

Norges kristelige legeforenings etikkutvalg 2012

Utredning om provosert abort

Norges kristelige legeforenings etikkutvalg

Innhold

Forord	3
1. Fosterets verdi	4
2. Hvem er vår neste?	9
3. Fakta om abort og abortmetoder	11
4. Psykiske ettervirkninger av abort	14
5. Selektiv abort	17
6. Abort etter incest, voldtekt og ved fare for morens liv	20
7. Angrepillen	24
8. Gratis prevensjon	26
9. Økonomiske betingelser ved fødsel	29
10. Finansiering av abort	30
11. Alternativ til dagens lov?	31
12. Globalt perspektiv	33

Forord

Denne betenkningen er skrevet av etikkutvalget i Norges Kristelige Legeforening. Hensikten har vært å utforske de ulike aspektene omkring temaet provosert abort. NKLF vedtok i 2007 nye lover der man fastslo at menneskeverdet gjelder alle og at rett til liv gjelder alle fra unnfangelse til naturlig død. Foreningens prinsipielle syn på abort ligger derfor som grunnlag for denne gjennomgangen.

Det er likevel slik at når idealene møter en reell men langt fra ideell verden, må man justere og inngå enkelte kompromisser. Vi har forsøkt å navigere i dette farvannet med fornuft og med respekt for både Gud og mennesker. Konklusjonene vi har kommet frem til har ikke vært av en slik art at det har gitt grunnlag for å fremme konkrete forslag til vedtak overfor sentralstyret og generalforsamlingen. De står derfor som etikkutvalgets syn, og er ikke et uttrykk for foreningens offisielle syn. I noen av spørsmålene har det ikke vært et mål å konkludere, men å drøfte argumenter for ulike syn.

25. januar 2012

Torbjørn Folstad (leder)
Lege i spesialisering, Kir. avd., Hamar

Morten Magelssen
Lege, ph.d.-kandidat, Lovisenberg diak. sykehus og
Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Carl Fredrik Knobloch
Lege i spesialisering, Kir. avd., Narvik

Angeline Einarsen
Lege i spesialisering, Gyn. avd., Drammen

Ingrid Hardang
Lege i spesialisering,
Medisinsk biokjemi, AHUS

Tommy Tollefsen
Lege i spesialisering, BUP Ski

Solveig Breien Johansen
Spesialist i allmennmedisin, Hamar

Ansv. redaktør av Inter Medicos, Torfinn Hynnekleiv fikk ikke anledning til å delta aktivt under arbeidsprosessen men takkes for tekstutkast og kommentarer.

1. Fosterets verdi

Hva er menneskefosterets verdi? Noen tidlige kristne tenkere overtok skillet som blant annet Aristoteles opererte med, mellom *uformede* og *formede* fostre. Aristoteles antok at fosteret fikk rasjonell sjel og følgelig ble et menneske til ulike tidspunkt utfra hvilket kjønn det hadde; etter 40 dager hvis det var gutt, 90 dager hvis det var jente. Martin Luther avviste skillet mellom uformede og formede fostre, og hevdet at fosteret allerede ved befruktningen har både kropp og sjel. Opp gjennom kristenhetens historie har også andre teorier vært lansert. Dagens kunnskap om embryologi (fosterutvikling) gir imidlertid grunn til å mene at fosteret er et menneske allerede fra det er et befruktet egg.

Ordforklaringer:

Befruktet egg (zygote): Cellen som er resultatet av sammensmeltingen av en eggcelle og sædcelle (befruktning).

Embryo: Foster i tidlig utviklingsstadium, andre til åttende fosteruke.

Foster: Ufødt menneskeliv fra åttende uke etter befruktning.

Vi bruker de følgende tre uthevede begrepene om hverandre, som synonymer: At fosteret har **menneskeverd** vil si at det har **samme rett til liv som et født individ**. Det er en **person i moralsk forstand**.

Hva er et befruktet egg? Svaret moderne naturvitenskap gir, er at det er et individ av menneskearten, i sitt livs og utviklings tidligste fase. Idet eggcelle og sædcelle smelter sammen, blir det nye individet til. Da er hele den genetiske koden som styrer utviklingen til fullt utviklet menneske på plass. Gitt de rette ytre betingelser vil det befruktete egget selv styre sin utvikling, framveksten av organene, og den videre kroppsveksten. Vi kan også se dette på en annen måte: Den voksne personen

som leser disse ordene var tidligere en tenåring, før dét et barn, enda tidligere et foster, et embryo, og lengst tilbake et befruktet egg. Det er altså en jevn, uavbrutt utvikling fra å være et befruktet egg til å bli et fullt utviklet individ.

Fosteret er skapt i Guds bilde

Det som gir mennesket dets store verdi i kristen tenkning, er at det er skapt i Guds bilde. Gjelder dette også fosteret? I denne sammenheng siteres gjerne et knippe bibelvers, blant annet:

Salme 139, vers 13 og 16:

For du har skapt mitt indre,
du har vevd meg i mors liv. (...)

Du så meg den gang jeg var et foster,
i din bok ble alt skrevet opp;
mine dager ble dannet
før en eneste av dem var kommet.

Guds ord til Jeremia (Jer 1,5):

Før jeg formet deg i mors liv, kjente jeg deg,
og før du ble født, helliget jeg deg;

Paulus sier om sitt kall (Gal 1,15-16):

Men Gud, som utvalgte meg allerede i mors liv og kalte meg ved sin nåde, besluttet i sin godhet å åpenbare sin Sønn for meg for at jeg skulle forkynne evangeliet om ham for folkeslagene.

Det gjennomgående er at fosteret beskrives som en person som Gud har en relasjon til. Den mest rimelige tolkningen av Bibelens tekster er at Guds omsorg for og kjærlighet til mennesket også er rettet mot menneskelivets aller tidligste stadier; fosteret og til og med det befruktete egget. Mennesket er skapt i Guds bilde, og har derfor samme store verdi fra befruktningen til naturlig død.

Når toneangivende stemmer i den kristne tradisjonen har holdt ulike oppfatninger om når fosteret får sjel, blir et menneske og får menneskeverd, mener vi det er disses manglende kunnskap om naturvitenskapelige fakta som leder til uenigheten. Det er altså feilaktige premisser om fakta, ikke en annen teologi eller tolkning av bibeltekstene, som har gjort at de har konkludert med at fosteret ikke har menneskeverd fra befruktningen.

Fosteret har menneskeverd

Vi har sett at det må regnes som et biologisk faktum at det befruktete egget, embryoet og fosteret er menneskeliv. Men har de derfor samme rett til liv og samme verdi som mer utviklede individer? Vi mener svaret er ja. Alle mennesker, uavhengig av egenskaper og utviklingstrinn, har del i menneskets verdighet. Når dette prinsippet formuleres slik, har det allmenn tilslutning i dagens Norge. For eksempel, i Helsedirektoratets veileder for begrenset behandling av livsforlengende behandling hos døende kan vi lese at: "Menneskeverdet er knyttet til eksistens, ikke til funksjon eller egenskaper." Av dette prinsippet følger at det befruktete egget også har fullt menneskeverd og dermed krav på beskyttelse.

En analyse av alternativene til vårt syn vil vise hvorfor de er uholdbare. Konkurrerende etiske resonneringer om menneskeverd har det til felles at de deler menneskeheten i to. Noen har fullt menneskeverd, de øvrige har det ikke. For å rettferdiggjøre dette knyttes menneskeverdet til forskjellige egenskaper. Hvis man har visse egenskaper, har man også menneskeverd. De vanligste egenskapene som foreslås som kriterier er bevissthet, evnen til å knytte relasjoner til andre mennesker, og evnen til rasjonell tenkning og handling. Noen teorier legger vekt på fysiske egenskaper. Her kreves det at individet har nådd et visst utviklingstrinn der alle organene er dannet, der det kan oppleve smerte, eller der det kan klare seg selvstendig. Problemet er at

tildeling av menneskeverd etter egenskaper ikke naturlig leder til en *todeling*. Blant mennesker er egenskaper høyst ulikt fordelt, og de forekommer i alle grader i et kontinuum. Enhver grense vil være helt vilkårlig. Det logiske er derfor *ikke* å velge ut en grense for hvor godt utviklet disse egenskapene må være før en har fullt menneskeverd. Å la menneskeverdet bestemmes av egenskaper leder snarere til en gradering av menneskeverdet, og en verdirangering av alle mennesker.

Det kan ikke være slik at vår verdi som mennesker varierer gjennom livet og mellom mennesker,

For flere argumenter og mer dyptpløyende diskusjon om fosterets moralske status, se for eksempel M Magelssen, **"To teorier om fosterets moralske status"**, Norsk filosofisk tidsskrift 3/2011; C Kaczor, **The Ethics of Abortion. Women's Rights, Human Life, and the Question of Justice**, (New York: Routledge, 2011).; eller FJ Beckwith, **Defending Life. A Moral and Legal Case against Abortion Choice** (Cambridge: Cambridge University Press, 2007).

"Brann i fertilitetsklinikken"-dilemmaet har blitt grundig tilbakevist som argument i den filosofiske debatten om fosterets moralske status; se SM Liao, **"The embryo rescue case"**. *Theoretical medicine and bioethics* 2006: 141-147.

og at behovene til de som befinner seg langt ned i hierarkiet må vike for behovene til de som er på toppen. Du er ikke mer verdifull nå enn da du var barn og tenåring. Om du i morgen kommer ut for en ulykke og pådrar deg en hjerneskade, synker ikke din verdi, og din rett til liv bør fortsatt ikke vike for andres behov. At egenskaper hos mennesker er ulikt utviklet skal ikke føre til gradering av individets verdi. Det eneste riktige må være at *alle* mennesker har menneskeverd; *fordi* de er mennesker.

En vanlig måte å argumentere mot fosterets menneskeverd på, er en appell til utbredte intuisjoner. Man ser for seg at det er brann på sykehuset. Fertilitetsklinikken med hundrevis av embryoer nedfrosset ligger rett ved siden av

barneavdelingen. Du tar mot til deg og løper inn for å redde i hvert fall noen før bygget kolliderer. Løper du til fertilitetsklinikken og redder hundrevis, eller løper du til barneavdelingen hvor vettskremte barn ligger i sengene sine? Man får med seg langt færre barn, selvfølgelig, men de aller fleste av oss ville nok likevel valgt barneavdelingen fremfor fertilitetsklinikken. Det må jo bety at barn og alle andre fødte har mer menneskeverd enn embryoer? Ikke nødvendigvis. Dette er en klassisk dilemmasituasjon: det blir galt uansett hva man velger. Man kan sette opp utallige valgsituasjoner som fortoner seg håpløse, men hvor man blir tvunget til å velge allikevel. Å måtte velge et av barna sine og se det andre dø må være en av de aller vanskeligste. Uansett hvordan man resonnerer, vil ingen stille en til ansvar for valget man gjorde, og ingen vil påstå at grunnlaget for valget bør ha noen konsekvens for menneskeverdstenkning generelt. Det brenner jo som regel ikke på fertilitetsklinikken. Utbredte intuisjoner om denne situasjonen kan derfor ikke brukes som argument i spørsmålet om fosteret har rett til liv. Lars Johan Materstvedt svarte som følger da filosofen Jens Saugstad trakk inn "brann i fertilitetsklinikken"-scenarioet som argument mot befruktete egg menneskeverd (Dagbladet 11.06.2006):

Vi utfordres av Saugstad til å velge «mellom enten å redde et befruktet egg eller et spedbarn ut av en brennende bygning». Hva om problemstillingen var «enten redde et spedbarn eller Saugstad»? En rendyrket nyttefilosof (utilitarist) ville kunne resonnerer som følger: «Spedbarnet har hele livet foran seg, og for alt vi vet kan det vokse opp og bli en fremragende kreft- eller stamcelleforsker som vil redde millioner av liv og spare hundretusener for sykdom og store lidelser. Så det er ingen tvil om hvem vi bør redde». Dette betyr ikke at Saugstad mangler menneskeverd. Men beklageligvis for ham gis spedbarnet her «forkjørsrett». Beklageligvis for det befruktete egget vil vi velge å redde spedbarnet.

Abort og fosterets moralske status

Hvis fosteret har menneskeverd, er provosert abort da moralsk akseptabelt? Hvorvidt abort er akseptabelt i helt spesielle situasjoner er tema for andre kapitler i denne utredningen. Her skal vi se på om en ”typisk” provosert abort kan forsvares moralsk.

Gitt at fosteret er et menneske med menneskeverd og provosert abort er en handling med det formål å ta fosterets liv, er abort en form for drap. Vi kommer ikke utenom at det etisk er å anse som en handling på linje med å drepe allerede fødte mennesker. I allmenetikken og jussen regner man det som utillatelig å drepe et menneske, med noen svært få unntak som selvforsvar, nødrett og krig. Ved en typisk selvbestemt abort er ingen tilsvarende unntaksbetingelser til stede. En slik abort er derfor uetisk.

Hvilken kraft har argumentet om at den gravide selv må ha råderett over egen kropp? Dette er i seg selv et argument av betydning – frihet og selvbestemmelse er viktige verdier. Men hvis fosteret virkelig har menneskeverd, må hensynet til dets interesser veie like tungt eller nesten like tungt som hensynet til den gravides egne interesser. Svært mye skal derfor stå på spill for den gravide kvinnen før hun legitimt kan sette fosterets interesser til side ved å ta abort – og en henvisning til selvbestemmelse alene kan ikke være tilstrekkelig tungtveiende. Diskusjon om mulige unntakstilfeller kommer vi tilbake til. Men en foreløpig konklusjon er at kvinnens råderett over egen kropp er et forhold som blekner i betydning stilt opp mot fosterets rett til liv.

Er abort mer akseptabelt tidlig i svangerskapet?

Mange vil si seg enig i at abort er mer moralsk problematisk jo senere i svangerskapet det finner sted. Men med det synet på fosteret som vi har argumentert for, der det har den samme moralske verdien gjennom hele svangerskapet, er det ikke grunnlag for dette synspunktet. Derimot er det andre forskjeller på tidlig og sen abort som ikke har samme moralske betydning. Det er mindre risiko for komplikasjoner hvis en abort utføres før uke 12. Etter dette må det for eksempel gjøres ultralydundersøkelse som kontroll etter aborten. Den gravides emosjonelle tilknytning til fosteret øker gjerne utover i svangerskapet.

Vår konklusjon er: Vel kan provosert abort tidlig i svangerskapet være enklere medisinsk sett og en mindre fysisk og emosjonell belastning for kvinnen. Men etisk sett er abort like problematisk uavhengig av hvilket stadium i svangerskapet det utføres på.

2. Hvem er vår neste?

Nestekjærligheten står sentralt i kristen tro. I spørsmålet om abort vil nok både de som kjemper for fri abort og de som er imot hevde at de har nestekjærlighet som motivasjon. Det er derfor verdt å studere dette begrepet med et åpent blikk.

«Mester, hvilket bud er det største i loven?» Han svarte: «*Du skal elske Herren din Gud av hele ditt hjerte og av hele din sjel og av all din forstand.*» Dette er det største og første budet. Men det andre er like stort: «*Du skal elske din neste som deg selv.*» På disse to budene hviler hele loven og profetene.» *Matteus 22, 36-40*

Med nestekjærlighet forstår vi altså en handlende omsorg for ethvert medmenneskes ve og vel uten andre hensyn.

Noen mennesker står oss nær, andre står oss lengre fra. Vi har sirkler av mennesker rundt oss med ulik grad av nærhet og relasjon. Vi bryr oss naturlig nok mest om de nærmeste og behandler disse på en annen måte enn de som er mer distansert. Dette er i grunnen viktig for at vi skal ha mulighet til å ta oss av de vi har ansvar for, slik at alle får den omsorgen de har behov for. Jeg behandler mine egne barn helt annerledes enn alle andre barn, og det kunne heller ikke vært på noen annen måte.

Likeledes har vi et større ansvar for de mennesker vi møter på vår vei, enn for alle de vi ikke møter. Vår innskytelse om å gi når vi går forbi en tigger er uttrykk for denne nestekjærligheten, og det krever en viss grad av kald rasjonalisme for å tenke at man heller gir til en organisasjon som i sin tur kan fordele midlene videre til de som har størst behov. Det er ikke noe galt i sistnevnte måte å tenke på, men det strider på en måte med den naturlige innskytelsen vi har i møte med dette mennesket foran oss. "De andre" er et abstrakt begrep for oss. Selv om det dreier seg om helt reelle mennesker, er de ikke en realitet for oss på samme måte som den vi kan se, høre og snakke med.

I klinisk arbeid er det vanlig for leger å kjempe for rettighetene til "sin" pasientgruppe. Det kan dreie seg om å tilby kostbar behandling som nødvendigvis vil redusere mulighetene til å behandle andre pasientgrupper like bra. Slik er det med leger, og slik bør det kanskje også være, for hvordan skulle du kunne avvise pasienten foran deg til fordel for tre ansiktsløse mennesker et annet sted? Dostojevski omtaler problematikken i romanen "Brødrene Karamasov": "I love mankind", he said, "but I find to my amazement that the more I love mankind as a whole, the less I love man in particular." Tilsvarende tanker med en mer humoristisk vinkling fra tegneserien Knøttene. Sofie mener at Espen ikke kan bli lege siden han ikke bryr seg om mennesker, og han forklarer henne: "Jeg elsker menneskeheten - det er folk jeg ikke kan tåle."

Hva med møtet med en abortsøkende kvinne? Kvinnen er der som en vi relaterer til og føler sympati med. Vår innskytelse er å hjelpe henne på den måten vi kan. Fosteret er der også, men det er for oss en abstrakt størrelse, en del av den store menneskeheten. Vi kan ikke se det, høre det eller snakke med det. Det tilhører gruppen "de andre" som vi ikke føler like stor forpliktelse til å hjelpe. Den som hjelper kvinnen med å få utført abort har ofte et genuint ønske om å hjelpe

henne, og dette ønsket springer ut av naturlige og gode intuisjoner som i seg selv ikke bryter med kristen etikk. Hvorfor er det da likevel galt?

For det første er den hjelpen man vil tilby kvinnen av en slik art at den ikke bare overser behovene til fosteret, men slik at den også tar livet av det. Det er altså ikke bare snakk om hvordan vi fordeler vår nestekjærlighet mellom ulike mennesker, vi bidrar til å skade et menneske med den hjelpen vi yter kvinnen. For det andre er jo noe av grunnen til at vi helst hjelper de som står oss nær, at resten av menneskeheten får hjelp av andre enn oss. Hvis alle tar seg av de som er rundt en, går regnestykket opp. Problemet med fosteret er at det ikke har noen andre. Det er prisgitt moren og hennes valg. Det vil ikke møte noen på sin vei som kan ta over der moren svikter. I møtet med den abortsøkende kvinnen er derfor også dette lille mennesket i hennes mage gitt oss å ta ansvar for.

For kvinnen selv er ikke fosteret like abstrakt. Hun har kjent forandringer i egen kropp og vil i mange tilfeller ha noen form for relasjon til denne menneskespiren. Dette kan godt være en av forklaringene på at noen kvinner opplever problemer i etterkant av en provosert abort.

3. Fakta om abort og abortmetoder

I Norge er det selvbestemt abort frem til svangerskapsuke 12. Det er ikke alltid helt enkelt å bestemme svangerskapslengden, og det er derfor viktig å undersøke fosteret før en eventuell abort. Man tar ulike lengdemål av fosteret, og dersom målene er innenfor en fastsatt grense, antar man at svangerskapet er innenfor grensen for selvbestemt abort. Abort kan da utføres uten nemndbehandling.

De ulike målene er:

CRL (Crown-Rump-Length) 66 mm, tilsvarende uke 12+6

BPD (Biparietal diameter) 26 mm, tilsvarende uke 13+3

FL (Femur-lengde) 12 mm.

Ved svangerskapsavbrudd blir pasientene enten henvist fra fastlegen eller privat gynekolog, eller de kan ta kontakt direkte med sykehuset. Pasienten skriver under begjæring for svangerskapsavbrudd, og dokumentet ”journal for svangerskapsavbrudd” fylles ut av legen på gynekologisk poliklinikk. Det tas stilling til amenorré-lengde (evt. første positive graviditetstest). Svangerskapslengden vurderes ut fra klinisk undersøkelse og vaginal ultralyd med måling av CRL og evt. BPD og FL. Vanlig praksis er at kvinnen ikke selv får se ultralydundersøkelsen av fosteret. Man antar at det kan være belastende for kvinnen å se fosteranlegget med dets hjerteaksjon, og hun skånes dermed for det. Det kan problematiseres hvorvidt kvinnen gir et informert samtykke til abort når hun ikke får se hva som skal tas bort. Sykehuslegen har videre ansvar for at pasienten informeres om inngrepet og for at kvinnen tilbys rådgivning før beslutningen tas. Det skal også gis prevensjonsveiledning.

Dersom kvinnen kommer til sykehuset etter svangerskapsuke 12, men har underskrevet begjæring hos fastlege før uke 12, er det vanlig å innvilge svangerskapsavbrudd allikevel siden forsinkelsen muligens skyldes ”doctor's delay”. Denne praksisen er ikke dokumentert verken i de nasjonale retningslinjene eller i prosedyrer på sykehuset, men vårt inntrykk er at det stort sett er slik det blir praktisert.

Medikamentell abort

Ifølge de nasjonale retningslinjene for svangerskapsavbrudd før utgangen av uke 12, er foretrukket behandlingsmetode medikamentell abort.

Kontraindikasjoner for medikamentell abort er alvorlig astma, binyrebarksvikt og situasjoner der man ikke tror pasienten klarer å forstå omfanget og betydningen av behandlingen. Det er også en relativ kontraindikasjon hos pasienter der man forventer at inngrepet vil påføre stor psykisk belastning eller hos de med tidligere traumatiske opplevelser (for eksempel overgrep).

Gjennomføring før 9. svangerskapsuke: pasienten inntar mifepristone 200-600 mg på sykehuset i påsyn av personale. Etter 42-48 timer kan hun enten bli innlagt som dagpasient, eller fullføre behandlingen hjemme. Det gis da 800 µg misoprostol vaginalt.

Hjemmebehandling krever rutiner for hvordan pasienten kan komme i kontakt med avdelingen ved behov. Det skal være en voksen person til stede som kan kjøre pasienten til sykehus dersom nødvendig. Kvinnen skal bo mindre enn en times kjøring fra sykehuset.

Gjennomførelse 9.-12. svangerskapsuke: pasienten inntar mifepristone 200 mg på sykehuset i påsyn av personale. 42-48 timer senere innlegges pasienten i avdelingen og får videre behandling med misoprostol vaginalt. Forløsningen må da skje på sykehus.

Kirurgisk abort

Man starter med medikamentell modning av cervix før abortinngrep som stort sett utføres som vakuumaspirasjon (det vil si å suge ut fosteret) i narkose. Det er liten risiko forbundet med inngrepet, men narkose i seg selv vil jo alltid innebære en liten risiko selv om den er svært lav hos ellers friske, unge mennesker.

Vurdering av metode

I Norge er det tatt en avgjørelse om at medisinsk metode for svangerskapsavbrudd skal være standard behandling. Grunnen til dette er først og fremst at det er flere komplikasjoner forbundet med kirurgisk abort enn med medisinsk abort. Det kan dreie seg om skade på livmormunnen (cervix), perforasjon av livmoren og bekkeninfeksjon. Dette er komplikasjoner som man i stor grad unngår ved medisinsk abort. For kvinnen er det selvfølgelig en fordel med den sikreste metoden medisinsk sett. Noen innvender at medisinsk metode er en "for lettvin" løsning i og med at kvinnen bare kan ta "en pille for å løse problemet". Men forskning viser at kvinnen opplever den medisinske aborten som belastende fordi hun er våken, har smerter og fordi hun ser graviditetsproduktene. Det er også belastende fordi aborten tar lengre tid, og det kan være vanskelig å forutsi akkurat hvordan forløpet blir. Kvinnen blir mer deltagende og får en mer realistisk opplevelse av hva som faktisk skjer ved en abort. Ved kirurgisk abort er kvinnen i narkose, og inngrepet er over på kort tid. Det er da lettere å distansere seg fra det man har gjennomgått. Medisinsk hjemmeabort foregår på samme måte som medisinsk abort på sykehus. Å utføre inngrepet hjemme kan være en fordel både for pasient og sykehus. Kvinnen kan være hjemme i sitt eget miljø med en pårørende tilstede. Sykehuset bruker mindre ressurser siden pasienten kun har ett poliklinisk besøk og man ikke trenger å legge beslag på operasjonsstuer og personalressurser. Hjemmeabort kan bli sett på som en enkel løsning i og med at kvinnen bare får med seg tabletter hjem for å kunne gjennomføre svangerskapsavbruddet. Likevel vil selve aborten bli den samme enten den skjer på sykehus eller hjemme, så for kvinnen er det i grunnen ikke en enkel løsning.

Medisinsk abort kan imidlertid sies å være mer skånsomt for utførende gynekolog ettersom man føler seg mindre deltagende i svangerskapsavbruddet. Man kan si at pasienten i større grad må ta

ansvar for behandlingen med å velge å ta tablettene selv. Svangerskapet avbrytes ved at tablettene inntas av kvinnen og ikke ved hånden til utførende gynekolog. Medisinsk abort blir i større grad en privatsak og statens aksept litt mindre synlig. Dette kan gjøre det enklere å være i gynekologifaget for noen leger til tross for etiske motforestillinger overfor abort. Derimot oppleves nok svangerskapsavbruddet ved medisinsk abort tyngre for sykepleiere/jordmødre som har pleieansvar for pasienten når svangerskapsavbruddet pågår. De må ta hånd om "graviditetsproduktene", og fosteranlegget ved medisinsk abort er mer gjenkjennelig for pleiepersonalet ved medisinsk abort enn det er for gynekologen ved kirurgisk abort.

Økonomisk sett er det en fordel for sykehuset med medisinsk abort. Sykehuset får samme refusjon uavhengig metoden som brukes. Hvordan de økonomiske forholdene slår ut i et samfunnsøkonomisk perspektiv er vanskeligere å vurdere.

Konklusjon

Det åpenbare resultatet av en abort blir det samme om man velger å utføre den medisinsk eller kirurgisk: svangerskapet avbrytes. Det er imidlertid mange faktorer som gjør at medisinsk abort kanskje er å foretrekke. For kvinnen er medisinsk abort en mer skånsom metode for kroppen med mindre komplikasjoner. Kvinnen får til gjengjeld muligens en større emosjonell påkjønning. Det er imidlertid vanskelig å regne dette som et argument mot medisinsk metode, for påkjønningen handler om større kjennskap til hva som faktisk skjer. Å forskåne pasienter fra fakta om seg selv eller realiteten i behandlingen de skal gjennom, er høyst tvilsom legetikk. På den annen side kan man se relativt store fordeler for legen, som blir langt mindre delaktig, og dermed ansvarlig, ved en medisinsk abort enn ved en kirurgisk. Hensynet til annet helsepersonell bør etter vårt syn være mindre tungtveiende. Selv om det kan være ubehagelig for disse å bevitne aborterte fostre, er de mindre ansvarlige for at aborten har funnet sted enn legen som eventuelt måtte utføre den kirurgiske aborten. Når abort nå er tillatt og utbredt, ser vi altså en fordel i at flest mulig aborter utføres med medisinsk metode og som hjemmeabort. Som for andre nye metoder, er det imidlertid behov for empirisk belysning gjennom gode follow-up-studier for å kunne vurdere virkningen på kvinnen.

4. Psykiske ettervirkninger av abort

Det foregår internasjonalt en kontinuerlig diskusjon om heldige og uheldige virkninger av provosert abort. Tilhengere av fri abort har avvist at det forekommer vesentlige problemer ved legale aborter bortsett fra stigmatisering, noe abortmotstanderne får ansvaret for. Det er særlig blant dem som mener fosteret har menneskeverd det framholdes at et provosert fosterdødsfall kan gi helserisiko for kvinnen som har båret fosteret. Hvorfor er så spørsmålet om eventuelle psykiske ettervirkninger av abort interessant? Det enkle svaret er at det får konsekvenser for hvordan man bør håndtere abort rent praktisk. Hvis det er fare for psykiske problemer i etterkant burde det jo være en oppfølging etter inngrepet, og det burde være en helt annen sensitivitet blant allmennpraktikere og psykologer på at abort kan være en bidragende årsak til pasientens problemer. Det vanskelige svaret handler om hva kvinner innerst inne tenker om abort. Hvis det er så enkelt som at fosteret bare er en celleklump, en del av kvinnens kropp, hvorfor gnager da dette lille inngrepet på kvinnen i ettertid slik at hun får psykiske problemer? På mange måter er spørsmålet om psykiske ettervirkninger av abort et spørsmål om hva abort virkelig er, og som vi skal se, står mye på spill. Spørsmålet må besvares i et mylder av ikke bare medisinske utfordringer, men også politiske.

Språket har stor innflytelse på hvordan vi tenker om abort. I den moderne diskusjonen om abort har den vinnende siden unngått å snakke om fosterets verdi. Fosteret selv er borte fra abortomtalen i lovoverskriften om svangerskapsavbrudd. I den grad fosteret ble nevnt i den opprivende og avgjørende debatten på 70-tallet, ble det framstilt av de progressive som en celleklump som var en del av kvinnens kropp. Andre begreper kunne være livmorinnhold eller svangerskapsprodukt. Å kalle abort for fosterforløsning eller fosterfordrivelse – nokså presise termer – anses av mange i dag som usaklig eller ekstremistisk.

Utover på 1960-tallet formidlet en mindre gruppering som fikk stadig mer makt, at kampen for fri abort var et krav ”fra kvinnen” – en kvinnesak. Dokumenterte fordeler og ulemper fantes i beskjeden grad. Det ble særlig fra sosialistiske kvinner lagt vekt på at abort var nødvendig for å hjelpe fattige kvinner fra lidelser med uønsket moderskap og farlige abortforsøk med strikkepinne, jfr. Katti Anker Møllers kampanjer om moderskapets vel. Saken ble vunnet, ikke gjennom argumentasjon om fosterets verdi, men ved stadige referanser til historier og fortellinger, og gjennom allianser i politikken og med media. I dag sier hovedstrøms-ideologien at et fritt medisinsk aborttilbud er et selvfølgelig framskritt for kvinnen og dessuten nødvendig for kvinnens rett til å realisere seg selv og for å oppnå likestilling med mannen.

Da fri abort-loven kom på slutten av 70-tallet, var det altså liten interesse for motargumenter som at selvbestemt abort også kunne skape problemer for kvinnen, for eksempel ved at menn kunne presse kvinner til abort for dermed å være fritatt farskapets kostnader selv. Betegnelsen ”selv” i uttrykket selvbestemt abort ble tolket utelukkende til å være kvinnens selv – og hverken mannens eller fosteret sitt selv. Dette innebar at kvinnen alene skulle stå med det fulle ansvar – noe som lett kan tenkes å medføre psykologiske utfordringer.

Hvordan kan så spørsmålet om eventuelle psykologiske helseproblemer etter en provosert abort avklares? Her står man overfor en rekke utfordringer av teoretisk og empirisk art. For det første har klinisk forskning som ønsker å avdekke årsaker (etiologi) en rekke metodeutfordringer. Den

best egnede metoden for å avklare slike årsakssammenhenger er de randomiserte dobbeltblindede studiene vi kjenner fra legemiddelutprøving. Slike studier kan naturlig nok ikke gjennomføres i spørsmålet om effekter av abort. Man blir tvunget til å bruke mindre presise verktøy. Abort-problematikken har også i seg mange sider som gjerne er tabubelagte, uansett ideologisk ståsted, og som derfor er vanskelige å få blottlagt. I tillegg er det mange som mener at de progressive grupperinger fra 70-tallet, som i dag styrer mye av akademia, også innehar kontrollen over de fleste større tidsskrifter og faglige foreninger. Dette kan innebære en viss motvilje mot å avsløre problematiske sider ved det som var en kjernesak for dem, nemlig fri abort.

I vurderingen av artikler og uttalelser er det derfor nyttig med litt bakgrunnskunnskap om dem som uttaler seg. Det finnes flere eksempler på politisk aktivisme under dekke av faglighet. Den amerikanske psykologi-foreningen (American Psychological Association, APA) utpeker seg i så måte. APA arrangerer de største kongresser, utgir tidsskrifter som leses internasjonalt, ikke minst i Norge, og gir ut mye annet faglig materiell. I 1969 vedtok imidlertid APA en resolusjon om at fri abort skulle være organisasjonens offisielle standpunkt og erklærte abort som en borgerrett de ville kjempe for. APA knyttet seg til en rekke politiske organisasjoner med “pro-choice”-agendaer slik som “American Civil Liberties Union's Reproductive Freedom Project”, “National Abortion Federation”, “National Abortion Rights Action League” og “Planned Parenthood”.

Fra Norge kan Broen-saken fra 2006 illustrere situasjonen i et akademisk lege- og mediemiljø. Psykiater Anne Nordal Broen hadde først publisert flere vitenskapelige artikler i respekterte referee-baserte tidsskrifter sammen med anerkjente norske professorer fra Universitetet i Oslo om mentale problemer etter abort – artikler som siden gav henne en doktorgrad fra det medisinske fakultet. Hun skrev så en oversikts-oppsummering basert på egen og andres forskning om psykologiske ettervirkninger av spontan og provosert abort som ble sendt til Tidsskriftet. Hun fikk som svar fra redaksjonen at dette ikke var aktuelt for publisering i Tidsskriftet. Artikkelen ble aldri sendt til en faglig gjennomgang, refusjonen var en redaksjonell beslutning. En diskusjon omkring kvaliteten til Broens arbeid ville selvfølgelig være velkommen, også av Broen selv, men årsakene til refusjonen ble aldri konkretisert.

Hva sier så dagens konsensus-kunnskap om forholdet mellom mentale problemer og abort? Den etablerte oppfatningen er at det ikke er noen kausal sammenheng mellom abort og mentale helseproblemer. Riktignok sies det at det kan forekomme et spektrum av følelser, slik som lettelse og også problematiske følelser etter en abort. Men dette rapporteres å være et resultat av andre forhold, slik som manglende støtte, problemer som likevel vil oppstå som et resultat av svangerskap eller kjente psykiatriske problemer hos kvinnen. En av hovedkildene til denne konklusjonen er den tidligere nevnte American Psychological Association.

I september 2011 publiserte så professor Priscilla K. Coleman en meta-analyse i et av verdens fremste psykiatriske tidsskrifter, *British Journal of Psychiatry* (“Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009”, *BJP* 2011 199:180-186). Professor Colemans studie var basert på 22 prosjekter med erfaringer fra tilsammen 877 000 kvinner, hvorav 163831 hadde gjennomgått en abort. Resultatene av disse kombinerte studiene viser at kvinner som har fått utført en abort hadde 81% høyere forekomst av angst, depresjon, rusmisbruk, og suicid. Når det gjelder årsakssammenheng, mener artikkelforfatteren at omkring 10% av alle disse kvinners mentale helseproblemer direkte kunne tilskrives aborten. Ved sammenlikning mellom kvinner som hadde abortert med kvinner som hadde født på tross av at

svangerskapet ikke var planlagt eller ønsket, var risikoen for psykiske helseproblemer økt med 55%. Dette er det største materialet og største estimat av mental helserisiko assosiert med abort i verdenslitteraturen. Forfatteren selv konkluderte med at det foreligger en moderat til høy risikoøkning for psykologiske problemer etter abort.

Hva med metodebruken til den oppsiktsvekkende artikkelen til Coleman? Studien bruker avansert epidemiologi i henhold til det definitive metode-referanseverk for denne typen forskning, Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis. Det er kommet innvendinger om at studien har metodologiske problemer hvorav den viktigste er manglende åpenhet om hvordan litteratursøket ble gjennomført siden kriteriene for inklusjon og eksklusjon av studier i meta-analysen ikke er helt tydelige. Redaktøren av tidsskriftet ble avkrevd å trekke artikkelen tilbake, men fant ingen forskningsargumenter for dette. I sitt tilsvaret til de kritiske leserbrevene kommer imidlertid ikke Coleman med noe vitenskapelig tilfredsstillende svar på innvendingene knyttet til litteratursøket og kriteriene for inklusjon/eksklusjon.

Andre oversiktsartikler over emnet har kommet til motsatt konklusjon av Coleman. Imidlertid synes de oversiktsartiklene å være beheftet med tilsvarende store metodologiske svakheter. Innenfor forskningsfeltet synes det heller ikke å være konsensus for når og hvordan psykiske ettervirkninger skal måles på en mest mulig valid og relevant måte.

Svangerskap er ikke et medisinsk problem. Kanskje er det et eksistensielt problem for kvinnen, som hun i sin tur søker medisinsk behandling for. Den vanlige oppfatningen av abort er at man løser et eksistensielt problem med en medisinsk intervensjon som ikke innebærer helsemessig risiko. Når det gjelder den kirurgiske og anesthesiologiske delen av prosedyren, er dette for så vidt riktig. Det er imidlertid mulig at inngrepet ikke er så uskyldig allikevel, og at det kan innebære dårligere mental helse for den som får det utført. Hvis vi skal følge vanlig medisinsk praksis, påhviler det først og fremst dem som i dag sier at abort er problemfritt, å demonstrere dette. I praksis er det i dag motsatt.

Selv i vårt liberale samfunn framstår abort som et sensitivt spørsmål knyttet opp mot både skyld og skam. Spørsmålene vi har er vanskelige å besvare vitenskapelig på grunn av metodeproblemer, men også fordi det verdimeslige utgangspunktet for forskningen vil være forskjellig fra forsker til forsker. Erfaringene fra leger som stiller pasientene spørsmål om reaksjoner etter abort tilsier at inngrepet slett ikke er uten risiko, men det er altså vanskelig å se for seg helt sikker kunnskap på dette feltet.

Direktør Hildegunn Bonnes i Amatea slo fast, i et intervju i avisen Dagen rett etter publiseringen av Coleman-studien, at abort ikke fører til psykiske lidelser. Likevel la hun til at omkring 20 prosent av de 16 000 kvinnene som gjennomfører svangerskapsavbrudd hvert år i Norge, trenger hjelp til bearbeiding etter aborten.

Hva slags psykologisk eller etisk bearbeiding bør gis? Avhengig av etisk ståsted vil dette for noen innebære å fjerne symptomer av falsk skyldfølelse. For andre vil behandlingen dreie mer i retning av å søke tilgivelse for reell skyld ut fra en forsåelse som for eksempel Mor Theresa hadde: "There are two victims in every abortion: a dead baby and a dead conscience."

5. Selektiv abort

Svangerskapsomsorg har som formål å ivareta den gravides helse samt avdekke eventuelle utviklingsavvik hos fosteret. Per i dag gjøres prenatal undersøkelse av fosteret ved ultralydundersøkelse i uke 17-18, og tilbud om tidlig ultralyd og duotest (KUB) gis til gravide over 38 år samt i tilfeller hvor det er spesiell medisinsk indikasjon.

Duotest:

Dette er en test for å bedømme sannsynligheten for at fosteret har kromosomavvik – Downs syndrom, trisomi 13 eller trisomi 18. Det er en blodprøve av mor hvor man måler konsentrasjonen av to ulike hormoner. Duotest kombineres gjerne med tidlig UL og kombinasjonen av disse testene (KUB, kombinert ultralyd og blodprøve) sammen med mors alder vil oppdage 60-80 % av kromosomavvik (med en falsk positiv-rate på 5 %). KUB medfører i seg selv ingen risiko for skade på fosteret.

Innføring av universelt og offentlig finansiert tilbud om ultralyd i uke 12 diskuteres for tiden. Dette er allerede et tilbud i mange vestlige land, blant annet Danmark, der man samtidig tilbys duotest (blodprøver av mor). Den uttalte hensikten er der å finne utviklingsavvik, slik som kromosomavvik, inkludert Downs syndrom. Ultralyd rundt uke 12 vil kunne

avdekke enkelte utviklingsavvik der det finnes terapeutiske muligheter. Man vil også kunne planlegge en tettere oppfølging av barnet intrauterint og etter fødsel dersom det er grunnlag for det. Med kunnskapen og behandlingsmulighetene vi har i dag, vil imidlertid ultralyd i uke 12 i hovedsak avdekke tilstander uten terapeutiske muligheter, som for eksempel Downs syndrom. I disse tilfellene vil kunnskapen ikke medføre noe positivt for fosteret.

De diagnostiske mulighetene som fosterdiagnostikk gir, øker også mulighetene for seleksjon; selektiv abort. Det innebærer at man velger å ta abort på grunn av egenskaper eller faktorer/lyter ved barnet og ikke på grunn av omstendigheter omkring kvinnen. Så lenge vi har fri abort, vil økt kunnskap om fosteret føre til selektiv abort. All erfaring fra land hvor tidlige screeningundersøkelser er innført, tilsier det. Spørsmålet er om det fra offentlig side skal legges til rette for mest mulig kunnskap om fosteret.

For fosteret som aborteres spiller det liten rolle hva som var årsaken, det blir uansett fratatt livet. Om det var egenskaper ved fosteret selv eller en mor som ikke var klar for å bære frem et barn, blir resultatet det samme.

Det er likevel en etisk relevant forskjell på det vi kan kalle vanlig abort og på selektiv abort. Tilhengere av selektiv abort vil hevde at ingen fostre har rett til liv. Det er derfor ikke relevant hva som skulle være grunnlaget for aborten. Det vil være opp til foreldrene å avgjøre hva slags typer sykdommer og tilstander hos barnet de kan leve med. Dette er for så vidt rimelig dersom utgangspunktet er at fosteret ikke er et menneske med rett til liv. Det er imidlertid slik at når

aborten finner sted *fordi* fosteret har en sykdom eller genfeil, vil dette uunngåelig ha betydning for hvordan vi betrakter fødte mennesker med de samme sykdommer og genfeil. De tilhører da en gruppe som mange ikke ville ha latt leve opp hvis de var foreldrene deres.

Den som tar selektiv abort har ganske riktig ikke noe *ønske* om å fornekte menneskers likeverd, men det blir konsekvensen enten personen vil eller ikke. Ved å handle aksepterer vi prinsippet som ligger til grunn for handlingen. De som ikke lar seg overbevise av dette argumentet, bør se til debatten i kjølvannet om at visse etniske grupper i Norge har foretatt selektiv abort av jentefostre. Opinionen var, naturlig nok, unison i sin fordømmelse. Helseminister Strøm-Erichsen uttalte at slik praksis var uforenlig med kjønnes likeverd. Resonnementet må være at når fosteret aborteres *fordi* det har kvinnekjønn, innebærer dette en nedvurdering av verdien til mennesker av kvinnekjønn. Og analogt, abort *fordi* fosteret har en sykdom, innebærer en nedvurdering av verdien til mennesker med denne sykdommen. Og selektiv abort vil altså i begge situasjoner innebære å fornekte alle menneskers likeverd. Dette blir ytterligere forsterket hvis staten legger til rette for at syke fostre kan bli abortert gjennom et offentlig screeningprogram. Ikke nok med at enkelte par velger bort fostre med samme sykdom som en selv: Staten legger også opp til at man skal gjøre det.

Et unntak er selektiv abort som utføres presumptivt *av hensyn til fosteret selv*. Noen tilstander er så alvorlige at foreldrene oppriktig tror at det er best for fosteret ikke å bli født. Denne holdningen er problematisk og kan utfordres, men poenget her er at en selektiv abort av hensyn til fosteret ikke trenger å innebære fornektelse av fosterets rett til liv: her tror man (feilaktig eller ei) at det er i fosterets egen interesse å oppgi retten til liv.

Etter som Downs syndrom spiller en hovedrolle i debatten, vil vi si noe spesifikt om dette: Downs syndrom gir, sammenlignet med mange andre medfødte sykdommer, vanligvis moderat nedsettelse av funksjon, og vanligvis forholdsvis lite subjektivt besvær. Downs-rammede rapporterer oftest om god livskvalitet. Vi mener derfor det er galt å si at selektiv abort av Downs-rammede foster gjøres av hensyn til fosteret selv, slik noen debattanter har hevdet.

Vi ser for oss flere uheldige konsekvenser dersom man utvider tilbudet om screening av fostere, bl.a;

- en forventning om å takke ja til screening av fostre. Foreldre vil kunne bli sett på som uansvarlige dersom man ikke ønsker screening av fosteret.
- en utvikling mot en forventning i samfunnet om at barn med utviklingsavvik skal aborteres. Det er rimelig å anta at ved å øke mulighetene for selektert abort, vil samfunnet miste litt av insentivet for å bygge opp gode støtteordninger for familier med barn med spesielle behov. Mer av ansvaret for barnets utvikling og velferd vil kunne bli lagt på foreldrene siden de, kanskje mot samfunnets norm, har valgt å bære barnet frem.
- ”umenneskelige valg” for foreldre - skal de bære frem fosteret som har fått en prenatal diagnose, eller ikke? En undersøkelse viste at selv om 45% sier at de ville beholde et sykt foster når de blir spurt i en hypotetisk situasjon, så er det hele 90% som faktisk velger abort.

- mer usikkerhet rundt fosterets tilstand. Metodene som er i bruk har høy sensitivitet for tilstander som Downs syndrom, tvilling-transfusjonssyndrom, men har dårligere sensitivitet for andre tilstander. Flere medisinske tilstander vil altså ikke kunne verken bekreftes eller avkreftes. Spørsmålet er også om utvidet informasjon om fosterets helse eller risiko er ønskelig? Man kan for eksempel se på fosterets genetiske disposisjon; er det ønskelig å vite om at barnet for eksempel har 30% risiko for å bli autistisk?
- en endring i synet på fødte mennesker med funksjonshemming

Konklusjon

Selektiv abort er en uetisk handling fordi det fornekker alle menneskers likeverd. Mulighetene for selektiv abort avgjøres av hvilke screeningtilbud som til en hver tid er gjeldende. Utfordringen blir å finne gode screeningundersøkelser som avdekker tilstander hos fosteret som kan behandles, og som ikke skaper umenneskelige valg eller unødvendig bekymring hos foreldrene.

6. Abort etter voldtekt, incest eller ved fare for mors liv

Diskusjoner om abortetikk dreies iblant inn på to situasjoner som spesielt utfordrer abortmotstanderen: svangerskapsavbrudd etter voldtekt og incest, og ved fare for mors liv. At disse situasjonene utgjør en svært liten del av det totale antall aborter er et argument med begrenset verdi: vi vil uansett avkreves et standpunkt med adekvat begrunnelse. En slik diskusjon kan lede til at abortmotstanderen enten motsier seg selv, eller føler seg tvunget til å innta svært lite attraktive standpunkt.

Er provosert abort etter voldtekt og incest moralsk akseptabelt? Mange abortmotstandere vil svare ja. Voldtekt og incest er uhyrlige forbrytelser. Graviditeten er påtvunget kvinnen på nedrigste vis. Et første skritt i å søke rettferdighet etter denne forbrytelsen er å annullere denne konsekvensen av overgrepet, ved abort. Problemet er at det er vanskelig å gi en prinsipiell begrunnelse for dette som ikke strider mot prinsippene abortmotstanderen har brukt for å begrunne sin motstand mot ”vanlige” selvbestemte aborter. Hvis fosteret virkelig er et menneske med samme rett til liv som vi som er født, tilfaller vel denne retten også fostre unnfanget etter voldtekt. Og det er vanskelig å se at voldtekten, en forbrytelse fosteret er uskyldig i, skal kunne oppveie eller annullere fosterets rett til liv, den mest grunnleggende av alle menneskerettigheter.

Et prinsipielt etisk syn kan være å si at et frivillig seksuelt samliv også må innebære å ta ansvar for seksualitetens frukter gjennom et beskyttende svangerskap. Men når en kvinne utsettes for et seksuelt overgrep, kan det ikke sies at hun som gravid har samme plikten til å ta tilsvarende hensyn, for den særskilte moralske forpliktelse følger ikke av slike tvangspåførte hendelser. Dette er altså et formelt argument for ikke å ha plikt til å ta på seg omkostningen av å bære fram et påført foster.

Noen abortmotstandere vil hevde at provosert abort heller ikke er akseptabelt etter voldtekt og incest. Dette fremstår ufølsomt overfor den som er utsatt for overgrepet. Noen vil foreslå et juridisk kompromiss, og si at selv om aborten ikke kan forsvares moralsk, så kan man godt leve med at samfunnet tillater abort i disse sjeldne tilfellene. En annen respons som kan supplere denne, er at ved graviditet etter overgrep, er kvinnen i en valgsituasjon som er uvanlig på den måten at det ikke finnes noe moralsk nøytralt handlingsalternativ: Hun har enten valget om provosert abort, som er moralsk problematisk; eller å bære fram barnet, som er moralsk høyverdig og heltemodig. Det kan vise seg, slik noen har opplevd, at å velge heltemotets og livets vei er et skritt på vei mot forsoning og helhet. Å velge å respondere på grove overgrep og grov urettferdighet med å uselvvisk gi av seg selv ved å bære fram barnet, synes i et kristent etisk verdensbilde å være en spesielt edel handling.

Når mors liv er i reell fare på grunn av svangerskapet, vil nesten alle mene at abort er moralsk akseptabelt. Da har man ryggen mot veggen, og tar ett liv for å redde et annet – i motsatt fall vil begge dø. Det moralfilosofiske problemet er at denne aborten fremstår som en intendert/villet avlivning av et uskyldig menneske med full rett til liv, en handling som i prinsippet aldri er akseptabel. Noen kristne hevder at situasjonen kaller på ”kvalifisert nødrett”; fordi situasjonen er så ekstrem og tragisk, og krever handling, har vi grunner til å utføre abort som oppveier prinsippet om aldri å drepe.

Andre igjen aksepterer ikke denne begrunnelsen, og søker heller en løsning i en nærmere analyse av abort-handlingen. For hva er formålet/intensjonen i aborten som gjøres for å redde mors liv? Det kommer an på den kliniske situasjonen. Et klassisk eksempel fra moralfilosofisk litteratur er den gravide som har lokalavansert kreft i livmorveggen. Her kan man gjøre en indirekte abort ved å fjerne hele livmoren med fosteret på plass. Intensjonen ved operasjonen var å fjerne kreftsvulsten. Fosteret dør som en uønsket bivirkning. Ut fra prinsippet om dobbeeffekten er aborten akseptabel, for vi har et helt spesielt ansvar for våre intenderte handlinger, men et mindre ansvar for ikke-intenderte bivirkninger av handlingene. Utfordringen er så å undersøke om alle situasjoner der abort er påkrevd for å redde mors liv lar seg analysere på denne måten.

Erfaringer fra en kollega

Jeg har jobbet som fastlege i 12 år, og har i denne tiden vært tilsynslege på et asylmottak. Jeg jobbet på et transittmottak hvor vi hele tiden fikk inn nye beboere. Vi hadde mange gravide kvinner, og en ganske stor andel av disse var gravide etter voldtekt. Jeg har ikke noe eksakt tall på hvor mange det var snakk om, men i løpet av disse årene anslår jeg at vi hadde minst 100 kvinner som var blitt gravide etter voldtekt. De kom for det meste fra afrikanske land, og hadde blitt voldtatt før de flyktet fra hjemlandet eller underveis på flukten. De ankom Norge i forskjellige faser av svangerskapet. De som var under 12 uker gravide, fikk informasjon på helsekontoret om at de hadde mulighet for å velge abort hvis de ønsket det. Dette ble presentert av jordmor eller meg, og ble ikke fremstilt som det eneste forventede og fornuftige for dem å velge, men som en mulighet hvis de ønsket det.

Vår erfaring var at svært få av disse kvinnene anså abort som en aktuell valgmulighet, til tross for at de opplagt ikke hadde ønsket å bli gravide, spesielt ikke under slike omstendigheter. Som asylsøkere har de en svært usikker og vanskelig situasjon. De er ofte alene, har opplevd betydelige overgrep, ofte med tap av sine kjære. I tillegg opplevde disse kvinnene fare for stigmatisering fra familie og landsmenn, fordi voldtekt ofte ses på som "kvinnens skyld" i mange kulturer. Det var derfor alltid viktig for dem at ingen andre skulle vite at de var blitt gravide etter voldtekt. Dette fulgte vi selvfølgelig opp, samtidig som vi var veldig klare på at vi ikke anså dette som deres skyld, men snarere som et uakseptabelt overgrep.

Likevel opplevde vi at disse kvinnene ikke tenkte på abort som en særlig aktuell "løsning" på situasjonen, og jeg anslår at 2-3 av dem tok abort. Mange av dem var kristne, enten kulturelt eller personlig.

Vi fulgte opp alle ganske tett, og snakket med dem om det vanskelige i situasjonen. De hadde naturlig nok mye motvilje og ambivalens overfor å være gravide og skulle få et barn, og traumatiseringen etter overgrepet var også ganske langt fremme.

Vi støttet dem i at dette var en naturlig reaksjon, men at det var lang tid til fødselen og at disse følelsene etter vår erfaring kunne forandres noe innen den tid. Vi hjalp dem også med traumbearbeiding og prøvde å styrke deres egen identitet. I starten av svangerskapene så vi at de negative følelsene og motviljen var mest fremtredende, men vi observerte at de for det meste avtok underveis i svangerskapet. Etter hvert kom fokuset mer på at de skulle få et barn, og når barnet var født, så vi i nesten alle tilfeller at de opplevde barnet som "sitt barn" og ikke som et "resultat av et overgrep". De aller fleste fikk en god tilknytning til barnet sitt, og opplevde at barnet ble en kilde til glede i en ellers trist og usikker situasjon, snarere enn en belastning.

Jeg kan huske to tilfeller hvor hele forløpet av svangerskap og fødsel ble noe mer krevende. Det ene var et tilfelle hvor kvinnen ikke visste om det var hennes mann eller overgriperen som var far til barnet, og mannen hennes visste ikke om voldtekten. Han var ikke sammen med henne, men hun var redd for hva som kunne skje hvis han kom til Norge og fikk vite om overgrepet. Hun valgte likevel ikke abort. Jeg husker heller ikke hvor langt hun var kommet i svangerskapet da hun kom til Norge. I hennes tilfelle varte motviljen og ambivalensen overfor barnet i hele svangerskapet og det var litt vanskelig med tilknytningen til barnet. Hun var redd for at hun ville oppleve å "se" overgriperens ansikt i barnets ansikt. Dette opplevde hun i en viss grad den første tiden etter fødselen.

I disse to tilfellene henviste vi mor og barn til oppfølging hos spesialisthelsetjeneste for mor og spedbarn, og jeg mener å huske at det gikk bedre etterhvert.

Totalt sett så vi ikke flere problemer med tilknytning mellom mor og barn hos kvinnene som var blitt gravide etter voldtekt enn i hele gruppen av kvinner som fødte mens de var hos oss. Vi hadde enkelte mødre som strevde med tilknytning pga. egne psykiske plager, og trengte henvisning for å få hjelp med dette. Disse erfaringene var ganske tankevekkende, og viktige i denne debatten. Spesielt er det bemerkelsesverdig at det gikk så bra med disse kvinnene som vi observerte mens de var hos oss, og at barnet de fikk oftest ble en kilde til stor glede til tross for så negative omstendigheter rundt unnfangelsen.

Elisabeth Aukrust

7. Angrepillen

Nødprevensjon er prevensjon som brukes etter samleie når man ønsker å forhindre graviditet. Det finnes i hovedsak tre metoder: innsetting av kobberspiral, inntak av justert dose østrogen- og progesteron/gestagenmedikament, eller inntak av et rent gestagenpreparat – den såkalte ”angrepillen”.

Virkningsmekanismen har vært omdiskutert, men de fleste studiene tyder på at man får en hemming av LH-nivået slik at ovulasjon blir hemmet eller utsatt. En slik hemming av LH-nivået vil kun finne sted dersom inntak av angrepillen (Levonorgestrel) skjer før ovulasjon.

Dersom ovulasjonen har funnet sted blir ikke LH-nivået påvirket. Spermiefunksjon og endometriets egenskaper synes ikke å bli påvirket, til tross for at Felleskatalogen oppgir dette som mulig virkningsmekanisme. (1)

Angrepillen var tidligere reseptbelagt, men ble gjort reseptfri i 2000(2). Den ble gjort tilgjengelig i dagligvareforretninger og lignende fra 2009. Økningen i salg av angrepillen har ikke gått opp etter dette, men hadde da økt raskt i de forutgående årene. I 2009 ble det solgt 166000 pakninger med angrepille. Det har ikke vært noe reelt fall i abortratene verken etter at pillen ble gjort reseptfri eller gjort tilgjengelig utenfor apotek(3), men det har vært et fall i antall aborter blant tenåringer.(4)

Det har vært usikkerhet rundt hvordan tilbudet av postkoital antikonsepsjon har påvirket spesielt unges seksualatferd. En svensk studie fra 2006 viste samtidig økning i bruken av nødprevensjon og forekomst av usikker sex over den siste femårsperioden (5). En fransk studie viser ingen slik sammenheng (7).

En norsk studie fra 2007 har sammenliknet unge kvinner som tar abort med de som bruker nødprevensjon. Man fant da at kvinnene som tar abort og kvinnene som benytter nødprevensjon har ulike kjennetegn. Mange av abortsøkerne har tradisjonelle risikofaktorer knyttet til sosial bakgrunn og livsstil. De som kommer til å benytte seg av nødprevensjon har ikke slike kjennetegn, snarere er det enkelte tegn på at de kommer fra et ressurssterkt sosialt sentrum (6)

Konklusjon

Bruk av angrepille kan ha påvirket antallet tenåringsaborter i positiv retning. Det er stor diskusjon om økt tilgjengelighet også leder til økt risikoatferd blant unge, men det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner ut fra publiserte studier. Vi mener derfor at spørsmålet om hvorvidt angrepillen er etisk akseptabel, i stor grad avhenger av virkningsmekanismen. Det man har av dokumentasjon per i dag peker mot ovulasjonshemming som viktigste eller eneste virkningsmekanisme. Inntil det foreligger dokumentasjon på at angrepillen eventuelt har andre effekter, mener etikkutvalget at bruk av angrepille kan være etisk forsvarlig i nødtilfeller. Det bør imidlertid fokuseres mer på å begrense risikoatferd samt legge til rette for økt bruk av tradisjonelle prevensjonsmetoder.

[1] (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782410003215>)

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21072474>)

[2] (<http://tidsskriftet.no/article/1626811>).

[3] (<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks./article3504417.ece>).

[4](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4579:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70825:15,4579:1:6043:1:::0:0).

[5] (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16862476>)

[6] (<http://tidsskriftet.no/article/1626811#fotnote6>).

[7] Contraception. 2006 Jun;73(6):602-8

8. Gratis prevensjon

Fakta:

Prevensjon dekkes i utgangspunktet av den enkelte kvinne i Norge. Vanlig pris for p-piller ligger mellom 85-300 kroner for tre måneders bruk. P-sprøyte koster 82 kroner per tre måneder. Implantater koster 1145 kroner for tre års virkning og hormonspiral koster 1138 for fem års virkning. Kvinner mellom 16 og 20 år får dekket 100 kr av staten hver tredje måned ved kjøp av hormonell prevensjon.

I en norsk studie (1) gjennomført av SINTEF på bestilling fra Helsedirektoratet i 2008/2009, gjorde man forsøk med gratis hormonell prevensjon til kvinner mellom 20 og 24 år. Forsøket ble utført ved å innføre gratis prevensjon i to kommuner (Hamar og Tromsø) og sammenlikne effekten med to liknende kommuner demografisk sett. Data ble innsamlet med spørreskjema. Rapporten konkluderer med at økonomi var den viktigste faktor som ville gjøre det enklere å bruke hormonell prevensjon. Bruken av langtidsvirkende, men dyre prevensjonsmidler som p-stav og hormonspiral økte kraftig og blant de som fra før brukte hormonell prevensjon, ble bruken mer regelmessig, men det ble ikke flere brukere av hormonell prevensjon. Abortfrekvensen sank signifikant fra 2,7 til 1,4 prosent. Studien har blitt kritisert for metodeproblemer, og dette trekker betydningen av resultatene i tvil.

Betraktninger:

Det er vanskelig å behandle temaet abort helt adskilt fra seksualitet. Sammenhengen mellom seksualitet og barn gjør at alle bør forvalte, og har en egeninteresse i å forvalte, sin seksualitet på en ansvarlig måte uavhengig av trosmessig ståsted. I kristen tro er det satt klare rammer omkring seksualiteten: seksuell utfoldelse hører hjemme i ekteskapet. Dermed har barn også vært sikret trygge rammer for sin oppvekst. Når det gjelder bruk av prevensjon, er det imidlertid uenighet blant kristne tenkere. Katolsk lære hevder at all form for prevensjon er galt siden dette skiller seksualakten fra forplantning. Det er den forplantningsmessige delen av samleiet som er den naturlige funksjonen og dermed hensikten med seksualitet. Sex blott til lyst der man aktivt har innrettet seg slik at det ikke er risiko for at barn blir til, bryter med Guds vilje for menneskene. Med dette som utgangspunkt, får man et nokså konsistent og logisk syn på all form for seksualitet, men slett ikke alle er enige i at dette er riktig tolkning. På den protestantiske siden, støtter de fleste kirker bruk av prevensjon så sant det er en etisk akseptabel form for prevensjon. Her understrekes ekteparets frie valg ut fra sin egen samvittighet, og plikten til å forvalte rett. Med dette menes et ansvar om ikke å få flere barn enn man kan forsørge omsorgsmessig og økonomisk, og et ansvar om å ivareta særlig kvinnens helse.

Dersom man går ut fra at prevensjon generelt er akseptabelt, hvilke typer prevensjon kan man bruke? Man skiller gjerne mellom prevensjonsmetoder som hindrer befruktning og de som hindrer implantasjon. Sistnevnte forhindrer altså at et embryo kan feste seg i livmorveggen, og dermed støtes det ut. Enkelte vil betrakte dette som en ekstremt tidlig abort siden embryoet

allerede er dannet. Kobberspiral er det klassiske eksempelet på prevensjon som forhindrer implantasjon, selv om det også sannsynligvis virker sæddrepende. Kondom, pessar, sæddrepende krem og de aller fleste former for hormonell prevensjon (inkludert hormonspiral) virker ved å hindre befruktning. Dette kan skje ved fysisk å hindre møtet mellom eggcellen og sædcellen, eller det kan skje ved å hemme ovulasjonen slik at ingen egg blir tilgjengelige for befruktning. De fleste hormonelle prevensjonsmidler virker slik, men hormonspiral og minipille har en litt uklart virkningsmekanisme og meningene er delt i spørsmålet om i hvilken grad de forhindrer ovulasjon.

Uønskede svangerskap kan oppstå til tross for ansvarlig bruk av prevensjon. Alle prevensjonsmetoder har en viss feilprosent. Uønskede svangerskap kan også oppstå både innenfor og utenfor ekteskapets rammer. Og for noen vil dette medføre et ønske om abort. Dersom det uønskede svangerskapet oppstår innenfor ekteskapelige rammer, kan det kanskje være lettere å forholde seg til at det kommer et barn man ikke hadde planlagt, men aborter foregår også her. Det er altså ikke slik at man hadde eliminert etterspørselen etter abort dersom alle praktiserte sex kun innenfor ekteskapet.

Noen vil imidlertid betrakte et seksualliv med mange partnere som et større og mer grunnleggende problem enn abort. Effektiv prevensjon er på mange måter en forutsetning for denne typen livsførsel blant heterofile, og bedret tilgjengelighet gjennom statlig støtte vil øke mulighetene enda mer for å ha sex utenfor de tradisjonelle rammene. Sikrere prevensjon vil løsrive seksualitet fra forplantning i enda større grad. Kan man så trekke den etiske konklusjon at man har rett til seksualitet uten risiko for barn? Ett argument for fri abort som har vært framført har vært at "kvinner har rett til prevensjon, og siden prevensjon iblant slår feil, må de også ha rett til abort". Vi mener at dette er en feilslutning. Bruk av prevensjon betyr ikke det samme som en rett til seksualitet uten risiko for barn, men er en mulighet for å ta ansvar for noen av konsekvensene av sin seksualitet. Det at staten støtter prevensjonsbruk økonomisk betyr bare at man vil legge til rette for at folk tar dette ansvaret.

Dersom man legger fullt menneskeverd for fosteret til grunn, er det imidlertid vanskelig ikke å støtte et tiltak som kan redusere antall aborter selv om tiltaket kunne tenkes å medføre et større press om å ha sex for noen kvinner. I de aller fleste tilfeller må man anta at kvinnen har mulighet til selv å bestemme både hvorvidt hun ønsker å bruke prevensjon om hun ønsker et samleie eller ikke. Fosteret, derimot, har ingen stemme.

Man må vel også legge til grunn som et faktum at mennesker har sex utenfor ekteskapet. Dette forekom også før det fantes prevensjonsmidler, noe som resulterte i mange uønskede barn og farlige aborter. Dette må man kunne si medførte stor lidelse for mange uskyldige. Sikker og effektiv prevensjon er derfor nyttig i et samfunnsmessig perspektiv. Den mest effektive prevensjonen som krever minst kontinuerlig oppfølging, medfører også de største utgiftene ved oppstart. Erfaringene fra prøveprosjektet var at nettopp denne type prevensjon ble benyttet oftere. Man kan vel dermed si at undersøkelsen viste at gratis prevensjon medførte mer rasjonell prevensjonsbruk blant de som allerede bruker hormonell prevensjon. Det var her snakk om en etisk akseptabel form for prevensjon og når dette medfører lavere abortfrekvens, vil vi konkludere med at dette er et tiltak vi kan støtte.

[1] <http://www.sintef.no/upload/Samfunn/A14751-Gratis%20p-pille.pdf>

8. Økonomiske betingelser ved fødsel

Fakta

I Norge mottar man foreldrepenger i forbindelse med fødsel og adopsjon. For å kvalifisere til dette, må man ha vært i arbeid minimum seks av de siste ti måneder før stønadsperioden tar til. Ulike trygdeytelser vil også telle som arbeid. Foreldrepenger dekker 100% av lønnen (inntil et visst maksimumsbeløp) i 47 uker. Dersom man imidlertid har vært hjemmeværende eller student, har man ingen rett på foreldrepenger. Da mottar man i stedet engangsstønad som beløper seg til 35.263 kroner pr. 2011. Som navnet tilsier, er dette altså en engangssum som utbetales i forbindelse med fødsel for å dekke utgifter til det nødvendige utstyr.

Forskjellene i ytelser fra det offentlige kan altså beløpe seg til relativt store summer mellom de som kvalifiserer til foreldrepenger og de som bare får engangsstønad. Foreldrepengene går til de som i utgangspunktet har en god økonomi. Dersom man summerer ytelsene gjennom flere barselperioder, blir forskjellene enda tydeligere og kan komme opp i millionbeløp.

Abortstatistikken forteller oss at det er aldersgruppen 20-24 år hvor abortandelen er høyest. Forskning gjort på etnisk norske kvinner tyder på at de økonomiske støtteordningene omkring fødsel har stor betydning for om man ønsker å beholde barnet. Blant kvinner i undersøkelsen med universitets-/høyskoleutdanning er det 15 prosent som føder barn og 2,9 prosent som tar abort. Tilsvarende andeler blant kvinner med mindre enn videregående skole, er henholdsvis 5,3 prosent og 4,3 prosent. (Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 86, Issue 11, p. 1284–1285, November 2007)

Alderen på førstegangsfødende i Norge er svært høy selv om det har vært en synkende tendens i det siste. Det at kvinner venter lenge med å få sitt første barn kan være ugunstig både med tanke på muligheten til å bli gravid på naturlig måte, risiko for Downs syndrom hos barnet, og risiko for sykdom hos kvinnen.

Betraktninger

Det er nærliggende å tro at økonomiske forhold omkring fødsel og barselstid har mye å si for når kvinner ønsker å få sine barn. Dette vil igjen påvirke avgjørelsen om abort for de som ikke føler de har råd til å få barn. Men hvor høy bør engangsstønaden være for å utlikne disse effektene? Det er vanskelig å si noe konkret om dette, og kanskje kan man øke engangsstøtten gradvis og måle effekten underveis. Dette er selvfølgelig en oppgave for politikere, men vi mener det er riktig å støtte en løsning som innebærer en reell økonomisk mulighet for alle til å ta omsorg for et barn.

”Abortforebyggende arbeid dreier seg ikke bare om å forebygge svangerskap. Abortforebyggende arbeid dreier seg også om å gjøre det mulig å føde barn.” Anne Eskild

10. Finansiering av abort

Fakta:

Helsetjenester i Norge finansieres i all hovedsak av det offentlige. Den enkelte må som regel være med på å betale litt av kostnaden avhengig av type behandling og behovet for behandling. For enkelte typer behandling må man selv bære hele kostnaden, for eksempel ved kosmetisk kirurgi. Noen behandlinger har en svært høy egenandel, som for eksempel sterilisering. Sykehusinnleggelser er som regel gratis, men når det gjelder poliklinisk utredning og oppfølging, er det vanlig at man betaler en egenandel og at det offentlige dekker resten. Graden av egenbetaling er altså knyttet opp mot behovet for behandlingen, men ikke alltid. Ved de fleste typer medisinsk og kirurgisk behandling, inkludert livstruende sykdommer, er det egenbetaling. Noen grupper tilbys imidlertid helt gratis behandling uten egenandel. Dette gjelder barn, og det gjelder bekjempelse av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Svangerskapsomsorg, og herunder tilbud om abort, er også plassert i denne kategorien.

Betraktninger

Staten har interesse av at innbyggerne i Norge er ved god helse. Dette er jo også noe folk flest prioriterer høyt og som man synes det er riktig at politikerne bruker penger på. Staten betaler kun for helsetjenester som bidrar til bedre helse og med dokumentert effekt. Dermed må man selv betale for kosmetisk kirurgi og alternativ medisin. Ved situasjoner der samfunnet har en særlig interesse av at behandling blir gitt, tilbyr man full finansiering. Tanken er at det ikke skal være noen terskel for å oppsøke denne typen behandling. Graden av egenbetaling sier derfor mye om i hvilken grad behandlingen som gis er ønsket av staten eller ikke.

Svangerskapsomsorgen har til hensikt å oppdage sykdom hos mor eller foster slik at effektiv behandling kan settes i verk. Dette er viktig for både morens og fosterets helse. Det er mye diskusjon om hvordan kontrollopplegget bør være, men hensikten forblir den samme. Det er fornuftig at tilbudet er gratis slik at symptomløse, men potensielt farlige tilstander ikke forblir uoppdaget hos de med dårlig privat økonomi.

Staten har et mer eller mindre uttalt ønske om å redusere antall ufrivillige graviditeter og aborter. Det kan derfor virke motsetningsfullt at abort er fullt subsidiert av staten og dermed plassert blant de høyest prioriterte helsetilbud. En trygg abort på offentlig sykehus er naturligvis mindre skadelig enn en abort utført illegalt, men isolert sett bidrar ikke abort til økt helse for noen. Det kan derfor virke urimelig at det er fritatt for egenbetaling. Man kunne argumentere for full egenbetaling eller en ordinær egenandel. Begge deler ville være et signal om at staten ikke ser abort som utvetydig moralsk akseptabelt.

11. Alternativ til dagens lov?

Fri abort inntil 12. uke ble vedtatt i 1978. Det er mulig å få innvilget abort også inntil uke 18, men da etter en nemndbehandling. Det har tidligere kommet forslag om å utvide grensen for fri abort siden så og si alle får innvilget søknad om abort også etter 12. uke, men dette har blitt avvist. Nemndsystemet som eksisterte før 1978 var sterkt mislikt av kvinnebevegelsen. Det fungerte heller ikke bra siden ulike nemnder praktiserte lovverket forskjellig. Dette var en av hovedgrunnene til at dagens lov ble vedtatt: ingen andre skulle bestemme over kvinnens liv når det gjaldt abort.

Historisk sett har abort alltid vært ansett som etisk problematisk, jevnfør den hippokratiske ed. Samtidig har det alltid vært etterspørsel etter å få utført abort. Ved stor helsemessig eller strafferettslig risiko har etterspørselen selvfølgelig gått ned, men for enkelte vil det å bære frem et barn være så utenkelig at man vil gå gjennom hva som helst for å unngå det. Det var en slik erkjennelse som gjorde at man tok abort inn i sykehusene. Da kunne de som ønsket abort, få det gjort under trygge forhold og uten økonomisk ruin. Man kan anse dette som et kompromiss mellom prinsipp og realiteter. Ulempen med en slik løsning er at lovgivende organ dermed også gir en etisk legitimering av abort. Som en følge av dette kan staten nødvendigvis ikke tilkjenne fosteret fullt menneskeverd. Det manglende menneskeverdet i abortloven skaper presedens ved ny lovgivning om for eksempel bioteknologi. En svært liberal lovgivning blir dermed uunngåelig også på andre områder: loven må jo være rimelig konsistent. Dersom et foster i én situasjon ikke har rett til liv, er det svært vanskelig å argumentere for at det i en annen situasjon skal ha det.

Kan man tenke annerledes om dette? Hvis dagens lov krenker grunnleggende menneskeretter og skaper en farlig presedens, må det være mulig å skissere et alternativ. Vi ser to mulige strategier for å endre abortloven i restriktiv retning: Enten kan man arbeide for en skrittvis innskrenking av antallet situasjoner der loven aksepterer abort, ved å fremme politiske allianser. For eksempel er det en del politikere som kunne være tilbøyelige til å revurdere abortlovens §2c, det vil si adgangen til abort etter 12. uke ved arvelig sykdom. Eller – dette er den andre strategien – å tenke nytt og ambisiøst om hele abortloven:

Noen land har totalforbud mot abort knyttet til strenge straffer. Dette mener vi er en ugjerning av to grunner. For det første er det vanskelig ikke å sympatisere med en kvinne som har valgt abort etter incest eller voldtekt, og det synes ikke som noen god kristen handling å straffe kvinnen for dette. For det andre kan man spørre seg om straff etter abort er hensiktsmessig juridisk da man rammer svært mange unge kvinner som enten er eller kommer til å bli mødre. Å gå tilbake til nemndsystemet er selvfølgelig en mulighet, men dersom man skal legge dagens aborttall til grunn, ville det igjen være svært mange kvinner som måtte gå gjennom en nokså nedverdiggende og uberegnelig prosess. Historien, slik den har blitt oss fortalt, har lært oss at dette på mange måter var et uakseptabelt alternativ selv om det ser ut til å fungere når det gjelder senaborter.

Et alternativ til nemndsystemet, ville kunne være et ikke-sanksjonert forbud mot abort. I praksis vil det bety at abort er forbudt ved lov, men at lovovertrедelse ikke er knyttet til noen straffeutmåling, verken for det involverte helsepersonell eller kvinnen. Forbudet ville være et klart etisk signal fra staten om at abort anses galt, og at fosteret tilkjennes rett til liv. Samtidig ville muligheten til å få abort finnes for alle uten noen form for nemndbehandling. Abortene ville

måtte foregå på det private marked. Man ville her kunne operere uten risiko for straffeutmåling, og dermed ville kostnadene for å få gjennomført en abort sannsynligvis ikke bli veldig høye.

Men dersom fosteret har rett til liv, har ikke staten da en plikt til å beskytte dette livet på alle mulige måter? En av statens mest grunnleggende oppgaver er å beskytte innbyggernes rettigheter, og spesielt retten til liv. Det er imidlertid alltid en avveining hvilke tiltak man bør sette i verk for å oppnå dette. I enkelte tilfeller skjer det også i dag at man ikke tildeler straff selv om man tilkjenner skyld. Dersom en straffeutmåling ikke anses hensiktsmessig, kan dette altså utelates av praktiske årsaker selv om staten tilkjenner en moralsk dom.

Er ikke dette semantikk og flisespikkeri? Nei, vi mener ikke det. En slik lov ville endre mye i samfunnet vårt. Ved å slå fast retten til liv fra unnfangelse for alle mennesker, ville menneskerettighetene bli mer konsistente og innarbeidet i landet vårt; adskillig mindre sårbare for omskiftelige tider. Man kunne få et logisk sammenhengende lovverk for alle områder som berører det tidlige menneskeliv, som stamceller, kloning og assistert befruktning. Offentlige sykehus ville ikke lenger måtte bruke personell og penger på denne aktiviteten, og alle leger kunne fritt gå inn i gynekologi-faget uavhengig av ens syn på abort. I den grad helsepersonell mener abort er en moralsk høyverdig aktivitet som er til stor hjelp for mange kvinner, ville disse kunne praktisere uten risiko for inngripen fra staten.

Dette avsnittet er tatt med for å vise at det går an å tenke nytt om abortloven i et sivilisert samfunn. Det faktum at det ikke har vært fremmet konkrete og noenlunde realistiske forslag til en alternativ og restriktiv abortlov, har plassert den etiske diskusjonen i et pussig skyggeland. Etikken blir kun en akademisk øvelse siden vi i praksis må fortsette å leve med den loven vi har. Poenget her var ikke å ta stilling for eller mot en slik lov, men å vise at dagens lov ikke er den eneste tenkelige løsning.

13. Globalt perspektiv

”Reproduktiv helse” er et av WHO's store satsningsområder. Det innebærer helsetjenester knyttet til seksualitet og forplantning. Helsetilbud i denne kategorien er ganske riktig ofte av stor betydning. Men dette arbeidet har også problematiske sider, når det tidlige menneskelivets verdi settes til side og voksnes behov ensidig får bestemme agendaen. Kamp for bedre tilgang på lovlig og selvbestemt abort under trygge betingelser er en sentral del av reproduktiv helseparadigmet.

Som innfallsvinkel til å diskutere dette skal vi se på en innflytelsesrik artikkel av Grimes og medarbeidere trykket i *The Lancet*.⁽¹⁾ Forfatterne begynner med å gjengi estimerte tall: Av de 50 millioner aborter som utføres i verden årlig, er 19-20 millioner ”utrygge”. 97% av disse finner sted i utviklingsland. Man regner med at én av 300 av disse abortene får dødelig utfall, det vil si at hele 68.000 kvinner dør av utrygge aborter årlig. I tillegg kommer andre komplikasjoner, hvorav mange er varige.

Dette er i sannhet grusomme tall, en virkelighet som er umulig å akseptere. Grimes og medarbeidere har følgende forslag til å bedre situasjonen:

- Restriktive abortlover må endres slik at det blir adgang til selvbestemt abort i alle land.
- Øvrige barrierer (økonomiske, tilgjengelighet av helsetjenester) mot tilgang til abort må også reduseres.
- Moderne og effektive prevensjonsmidler må bli universelt tilgjengelig; dette vil redusere, skjønt aldri eliminere, behovet for abort.

Forfatterne konkluderer med at ”tilgang til trygg, lovlig abort er en grunnleggende rettighet for kvinner, uavhengig av hvor de bor. De underliggende årsakene til sykkelighet og dødelighet fra utrygge aborter i dag er ikke blodtap og infeksjon, men heller apati og forakt mot kvinner”.

Hvordan skal abortmotstanderen forholde seg til den groteske virkeligheten? Kan man kjempe for rettighetene til de 50 millioner fostrene som aborteres årlig, uten å fremstå kynisk og ufølsom overfor alle som lider etter utrygge aborter?

Hvis denne virkelighetsbeskrivelsen holder, kan den også brukes som et argument mot abortmotstand som sådan. Til de fryktelige tallene har abortmotstanderen prinsipielt to typer respons å komme med: Enten fastholder han eller hun at abort er moralsk uakseptabelt og må forbli ulovlig også i u-landene; eller aksepterer at abort blir tillatt som et minste av to onder. Med det første alternativet fremstår abortmotstanderen som en ufølsom, virkelighetsfjern prinsipptrytter. Med det andre synes han eller hun å vikle seg inn i en selvmotsigelse som undergraver den prinsipielle abortmotstanden: hvis fosteret virkelig har menneskeverd og rett til liv, hvordan kan legalisering av abort være akseptabelt?

Et forsøk på gjennomtenkt og kristent fundert respons må være omfattende og berøre flere felter. For det første, det moralfilosofiske: Hvis det virkelig er sant at fosteret har menneskeverd, setter det visse skranke for hva mennesker kan gjøre. Provoserte aborter, ”trygge” eller utrygge, er da uakseptable. Å legge til rette for at en utrygg abort blir medisinsk trygg synes som meningsfull skadereduksjon – men å være med på å legge til rette for at et menneskeliv går tapt ved en villet medisinsk inngripen, kan aldri bli moralsk akseptabelt. Det er betegnende at Grimes og medarbeidere ikke nevner fosterets rettigheter én eneste gang i sin artikkel. Dette viser at det her er to paradigmer som står mot hverandre. Hvis fosteret ikke har verdi, er forfatterens innstilling rasjonell og moralsk påkrevd. Men siden de begynner fra et usant premiss – at fosteret ikke har rettigheter – blir slutningene de trekker ugyldige. For det andre, vi må peke på alle moralsk akseptable skadereduserende tiltak, deriblant:

1. Å fremme tilgang på etisk akseptabel prevensjon
2. Fremme effektiv bistand og u-hjelpstiltak som kan heve befolkninger fra fattigdom på de måter det er effektivt
3. Etisk veiledning og holdningsskapende arbeid slik at både menn og kvinner får en ansvarsbevisst holdning til seksualitet og samliv
4. Styrke kvinners stilling slik forekomsten av overgrep reduseres
5. Fremme mulighet for å overlate barnet til adopsjonsforeldre.
6. Holdningsarbeid for å redusere det sosiale stigma knyttet til å bære frem et barn uten å være gift.
7. Tilby behandling av komplikasjoner etter utrygge, ulovlige aborter, slik at det ikke fører til dødsfall.

For det tredje – og kanskje viktigst: Vi som er kristne må vise i handling at vi bryr oss om verdens fattige og underprivilegerte, inkludert kvinner som havner i umenneskelige valgsituasjoner om abort. Dette kan vi gjøre ved selv å reise ut som helsearbeidere og helsemisjonærer, eller være hjemmeværende ”bakkemannskap” som støtter og finansierer de som reiser ut. Slik kan vi vise at vårt etiske verdensbilde ikke bare er teori, men motiverer oss i handling for våre medmennesker.

(1) D.A. Grimes et al., "Unsafe abortion: the preventable pandemic," *The Lancet* 368, no. 9550 (2006).