

Å granske hjerter og nyrer: Ultralydens etikk

Morten Magelssen

Lars Johan Materstvedt

Dette er et utkast til en artikkel som ble publisert i Nytt Norsk Tidsskrift nr. 1, 2013:

http://www.idunn.no/ts/nnt/2013/01/_granske_hjerter_og_nyrer_ultralydensetikk

(Magelssen M, Materstvedt LJ. "Å granske hjerter og nyrer: Ultralydens etikk". Nytt norsk tidsskrift 2013: 30(1); 28-40.)

Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti har foreslått tilbud om en ekstra ultralydundersøkelse, "tidlig ultralyd", for alle gravide i uke 11-13. Vi stiller oss kritisk til dette dersom formålet er fosterdiagnostikk. For fosterdiagnostikk kan lede til selektiv abort, en praksis som ikke er forenlig med prinsippet om menneskers likeverd.

Medisinsk bakgrunn

Hva er formålet med "tidlig ultralyd"? Bioteknologinemnda har uttalt at

[D]et er viktig at offentlige helsemyndigheter er tydelige og åpne om hva som er hovedbegrunnelsen for et eventuelt tilbud om tidlig ultralyd i uke 11–13 i svangerskapet: svangerskapsomsorg og fostermedisin basert på helsemessig nytte for mor og/eller foster, eller tilgang til fosterdiagnostikk for alle gravide som ønsker det, forstått som risikovurdering for blant annet trisomi 13, 18 og 21 (Downs syndrom) (Bioteknologinemnda, 2011: 86).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i en rapport (2008) og i et notat (2011) vurdert hvorvidt påstandene om helsegevinster av ultralydundersøkelser i graviditeten er vitenskapelig fundert. Kunnskapssenteret fant at ingen helsegevinst av tidlig ultralyd for foster eller mor er dokumentert.

Men i Adresseavisen 19.1.2012 hevder professor Sturla Eik-Nes ved Nasjonalt senter for fostermedisin at han "vet" at tidlig ultralyd gir helsegevinst, "selv om det

ikke er bekreftet i store studier”. Han viser til at dette gjelder mye av medisinen. Det siste er korrekt, men å bruke klinisk erfaring som grunnlag for innføring av store og svært konsekvensrike helsetilbud er problematisk. Som vi skal se, er denne uenigheten om de medisinsk-faglige fakta om rutinemessig tidlig ultralyd av stor betydning også for den etiske vurderingen av denne undersøkelsen.

Kunnskapssenteret fremholder at tidlig ultralyd fremfor alt er egnet til å oppdage Downs syndrom og andre kromosomavvik, og mest effektivt i kombinasjon med blodprøver av mor (KUB, kombinert ultralyd og blodprøve).

Debatten: omfattende, men likevel mangelfull

Selv om de siste års debatt (2010-12) om tidlig ultralyd har vært omfattende, er det spesielt to essensielle etiske problemstillinger vi mener ikke har blitt grundig nok diskutert:

- a) Er rutinemessig tidlig ultralyd moralsk akseptabelt?
- b) Er selektiv abort, som fosterdiagnostikk gir grunnlag for, moralsk akseptabelt?

Problemstillingene blir i denne artikkelen analysert i et pliktetisk rammeverk. Både fordi et slikt perspektiv har glimret med sitt fravær i den nyere offentlige debatten, og fordi helselovgivningen er gjennomsyret av pliktetiske begreper.

Tidlig ultralyd kan potensielt avdekke flere ulike tilstander hos fosteret, av ulik alvorlighetsgrad. I det følgende brukes Downs syndrom som eksempel, av tre grunner: Det er relativt hyppig forekommende; tilstanden lar seg ofte avdekke med tidlig ultralyd; og den offentlige debatten om fosterdiagnostikk har i stor utstrekning dreiet seg om Downs syndrom.

Immanuel Kant om menneskets verdighet og ukrenkelighet

I våre vestlige samfunn står pliktetikken til Immanuel Kant (1724-1804) sentralt. Tanken om at det samme menneskeverdet tilfaller alle borgere uavhengig av helse, sykdom eller egenskaper, er fundamental for vårt samfunn og gjenfinnes i Kants begrep om lik ”verdighet” (Würde). Fosterdiagnostikk reguleres av bioteknologiloven, og lovens formålsparagraf (§ 1-1) viser nettopp til denne forståelsen av menneskeverd og den store betydningen av dette.

Når det gjelder den sentrale oppfatningen at mennesket er ukrenkelig, finnes denne i den andre formuleringen av Kants kategoriske imperativ. Denne såkalte humanitetsformuleringen lyder: "Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i din egen person og i enhver annens person samtidig som et formål og aldri bare som et middel" (Kant, 1983: 428/46). Det vil si at grensen for dine handlinger overfor andre går ved det punktet du bryter deres rettigheter. Da unnlater du å behandle dem som formål (i seg selv), som mennesker som er ukrenkelige og som har egenverdi.

Selektiv abort og "likeverdsargumentet"

Siden tidlig ultralyd brukes som fosterdiagnostikk, og fosterdiagnostikk er knyttet til selektiv abort, er det naturlig å først utforske moralske aspekter ved selektiv abort. Selektiv abort er provosert abort som er begrunnet i sykdom hos fosteret. Ved selvbestemt abort er det graviditeten som sådan som er uønsket; ved selektiv abort velger man å avbryte en ønsket graviditet fordi fosteret er sykt.¹

Når vi handler, aksepterer vi ifølge Kant implisitt den *maksime* (den regel) som ligger til grunn for handlingen (Kant, 1983). Selektiv abort ved Downs syndrom finner sted *fordi* fosteret har denne tilstanden. Slik tilhengeren av selektiv abort ser det, er det altså fosterets sykdom som rettferdiggjør aborten. Et foster man ellers ville mene skulle leve, kan aborteres med henvisning til sykdomstilstanden. En som tenker slik, kan således sies å forfekte maksimen "det er rett å abortere syke fostre som, hvis de var friske, ikke ville blitt abortert".

Et parallelt tilfelle illustrerer poenget. I januar 2012 ble det mediedebatt på bakgrunn av forskning som indikerte at indisk-norske foreldre iblant velger abort av jentefostre, såkalt kjønnsselektiv abort (Singh et al., 2010). Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, som er tilhenger av tidlig ultralyd, uttalte at

Å ta bort et friskt barn, fordi det har feil kjønn, det er sånn at en nesten ikke kan tro det. Kjønnsselektiv abort er fullstendig uakseptabelt. Likeverdigheten mellom kjønnene er helt grunnleggende (Sarwar, 2012).

Helseministeren har rett i at kjønnsselektiv abort ikke er forenlig med kjønnenes likeverd. Men hvis selektiv abort *fordi fosteret er jente* impliserer at jenter har lavere

¹ Deler av argumentasjonen som følger er tidligere benyttet i en kronikk (Magelssen, 2011).

moralsk verdi enn gutter, så impliserer selektiv abort *fordi fosteret har Downs syndrom* at personer med Downs syndrom har lavere moralsk verdi enn friske. Denne implikasjonen – hvilket ”signal” som gis – er til stede selv om det eventuelt skulle finnes etisk relevante forskjeller mellom disse eksemplene; noe som forøvrig er tvilsomt, ettersom motivasjonen ved abort av pikefostre og fostre med Downs i de fleste tilfeller vil være å unngå belastninger for foreldre og familie.

Et fosters sykdom eller kjønn er en *tilstand* eller *egenskap* ved fosteret, ikke en del av dets menneskelige natur. At selektiv abort medfører en avvisning av alle menneskers likeverd uavhengig av helse, tilstand, sykdom eller egenskaper, kaller vi i det følgende *likeverdsargumentet (mot selektiv abort)*.

Den som tar selektiv abort, har neppe noe *ønske* om å benekte menneskers likeverd. Men en slik benekting følger med som nissen på lasset, uavhengig av ens ønske om det motsatte. Par som står overfor valg om selektiv abort kan ha ulike grunner for å velge selektiv abort. Én begrunnelse kan være ”vi vil ikke ha et sykt barn”. Denne oppfatningen rammes av likeverdsargumentet mot selektiv abort. For beslutningen innebærer nødvendigvis å benekte at alle mennesker har lik verdi; et sykt barn er ikke like mye ”verdt” å ha som et normalt barn.

Det følger imidlertid ikke av dette at foreldres ønske om et friskt barn er umoralsk. Et slikt ønske kan komme til uttrykk ved at man tar forholdsregler som å unngå røyking og alkohol i svangerskapet eller innta folattilskudd. Det er med andre ord snakk om å *forebygge* sykdom hos fosteret, ikke å *ta livet av* fosteret fordi det er sykt. Å sidestille disse handlingene er å begå et kategorimistak ettersom ”sykdom” og ”den syke” blir én og samme sak. Det er det naturligvis ikke, og det foreligger dermed en etisk relevant forskjell (Fredheim og Hardang, 2012b).

En annen begrunnelse er at ”det er best for barnet ikke å bli født”. Noen sykdomstilstander er så alvorlige at de medfører tidlig død og/eller sterk lidelse som ikke kan avhjelpes tilfredsstillende med medisinske tiltak. Vi tror det er en utbredt intuisjon at det for fostre med noen slike sykdommer er best å bli skånet for livet. I en holdningsundersøkelse var 77% enig i påstanden om at ”selektiv abort er akseptabelt dersom fosteret vil dø i svangerskapet, ved fødsel eller tidlig i livet” (Helsedirektoratet, 2010).²

² Merk at (sterk) lidelse ikke er nevnt som kriterium her.

Bærer også denne begrunnelsen i seg benektelsen av menneskers likeverd? Nei. Ved selektiv abort av hensyn til fosteret tror man (korrekt eller ei) at det er i fosterets egen interesse å ikke leve opp. Men dette berører ikke dets verdimeslige status. Det kommer til syne ved at selv en abortmotstander kan tenkes å slutte seg til en slik betraktning. For han kan se fosterets verdi som menneskelig individ som akkurat like stor som andre, friske fostres verdi på samme utviklingstrinn.

En tredje begrunnelse paret kan benytte er ”vi klarer ikke ta oss av et sykt barn”. Hvis dette virkelig er tilfellet, ligger begrunnelsen tett opptil den foregående. For da er det bedre for barnet ikke å vokse opp. Men kan et samfunn akseptere selektiv abort med en slik begrunnelse? Fordrer ikke hensynet til menneskets ukrenkelighet, samt til rettferdighet, at samfunnet bruker ekstra ressurser nettopp i slike situasjoner? Vi stiller spørsmål ved hvor hyppig det virkelig vil være tilfelle at et par ikke klarer å ta seg av et sykt barn i et moderne velferdssamfunn. Særlig påtrengende blir denne problemstillingen når det gjelder mennesker med Downs syndrom. Disse kan ha god livskvalitet (Alderson, 2001), det finnes medisinske tilbud for behandling av komplikasjoner, og velferdsstaten tilbyr ulike former for støtte og hjelpeordninger til foreldre.

Hvis paret velger selektiv abort fordi de ikke klarer å ta seg av et sykt barn, og dette virkelig er tilfelle, er likeverdsargumentet altså ikke relevant. Men vi kan ikke se at denne betingelsen vanligvis vil være oppfylt i Norge.

Samfunnet som moralsk aktør

Hittil har vi analysert moraliteten i beslutningen en gravid eller et par står overfor. Men samfunnet er også en moralsk aktør idet det må velge mellom nøytralitet, å legge til rette for, eller hindre adgang til, selektiv abort. Abortlovens §2c åpner for senabort når ”det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet”.

Fosterdiagnostikk i form av kombinert tidlig ultralyd og blodprøver (KUB) tilbys gravide over 38 år, og visse andre grupper.³ Følgelig har samfunnet allerede sagt ”ja” til selektiv abort, om enn foreløpig ikke i stor skala. Som påvist er dette moralsk problematisk når det begrunnes i ønsket om å fjerne individer fordi de er

³ Tilbudet omfatter par som har barn med alvorlig sykdom eller har økt risiko for å få slike barn, gravide som har fått påvist tegn til utviklingsavvik, samt gravide som mener de ikke vil klare belastningen et alvorlig sykt barn vil utgjøre.

syke. Det er også moralsk problematisk når samfunnet åpner for selektiv abort av hensyn til gravides selvbestemmelse (autonomi). For, som vi så, par og gravide kan ha gode eller mindre gode begrunnelser for å velge selektiv abort. At en beslutning om selektiv abort er autonom, gjør den ikke automatisk moralsk eller juridisk akseptabel (for eksempel er drap med samtykke forbudt i straffeloven).

Ingen norske debattanter har forsøkt å begrunne selektiv abort med samfunnsøkonomiske argumenter. Det ville i så fall vært en utpreget nyttefilosofisk (utilitaristisk) tilnærming, og dermed ifølge pliktetikeren forkastelig fordi det syke, fremtidige barnet da blir gjort til et *rent* middel for å spare penger – med andre ord et brudd med humanitetsformuleringen (Kant, 1983: 428/46).

Likeverdsargumentets relevans og rekkevidde

Hvilken betydning og tyngde bør likeverdsargumentet tillegges? Her er det forskjell på private og offentlige beslutninger. Et par kan velge selektiv abort som innebærer en benekting av menneskers likeverd, men beslutningen får ikke nødvendigvis konsekvenser ut over dette.

Derimot er det langt mer problematisk hvis samfunnet åpner for en praksis som innebærer benekting av universelt menneskeverd. Som nevnt er (den kantianske) tanken om at alle mennesker har samme verdi uavhengig av egenskaper eller helsetilstand, en del av vårt samfunns moralske fundament. Bioteknologiloven er ment ”å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle” (§ 1-1). Men selektiv abort innebærer nettopp at det ikke er ”plass til alle”. Bioteknologilovens prinsipp om likt menneskeverd blir dermed forlatt. Det er her viktig å huske at lover også former befolkningens holdninger. I tillegg kan en slik relativisering av menneskeverdet skape presedens for fremtidige bioetiske og andre politiske beslutninger.

Likeverdsargumentet er et hovedargument mot fosterdiagnostikk. Dertil har det betydelig analytisk verdi ettersom det kan underbygge og forklare andre intuisjoner og argumenter i debatten. Det gjelder blant annet Downs-rammedes opplevelse av å være uønsket (Goksøyr og Goksøyr, 2011), oppfatningen om at fosterdiagnostikk er uforenlig med et samfunn med plass til alle,⁴ at selektiv abort

⁴ I en spørreundersøkelse var 45% enig i påstanden om at ”selektiv abort er uakseptabelt fordi man behøver et samfunn der det er plass til alle” (Helsedirektoratet, 2010).

uttrykker manglende respekt for funksjonshemmede (drøftet kritisk i Solberg, 2003a, 2008: 37), at holdninger til fødte avspeiler holdninger til ufødte (Fredheim og Hardang, 2012a), og bekymringen om at sortering av syke individer baner veien for økte krav om vellykkethet og effektivitet (Saugstad, 2012). Jo mer samfunnet aktivt fremstiller fosterdiagnostikk og selektiv abort som et stort gode (for eksempel ved å la tidlig ultralyd være gratis uten egenandel, og ved å innkalle alle gravide direkte), desto mer kan slik tenkning og slike oppfatninger antas å gjøre seg gjeldende.

I land der fosterdiagnostikk utføres av private institusjoner, enten gjennom egenbetaling eller helseforsikring, blir ikke fosterdiagnostikkens dilemma like akutt. For da begrenser statens engasjement seg til å tillate fosterdiagnostikk – staten er ikke med på å *tilby* dette.⁵

I Helsedirektoratets evaluering av bioteknologiloven gir man uttrykk for at den største utfordringen er at ”funksjonshemmede og deres familier kan oppleve fosterdiagnostikken som *sårende*” (Helsedirektoratet, 2011: 142). Det er etter vårt syn en kraftig underdrivelse av hva som står på spill i fosterdiagnostikkdebatten. For vår etiske analyse har dokumentert at det sentrale hensyn ikke er enkeltgruppers følelser, men at *alle* borgeres verdi som mennesker blir knyttet til egenskaper, tilstander og funksjonsnivå.

Betydningen av fosterets moralske status

Sentralt i enhver debatt om fosterdiagnostikk, og om abort, står spørsmålet om fosterets moralske status. Vi kan som et minimum snakke om fire ulike posisjoner:

1. Fosteret har fullt menneskeverd fra og med unnfangelsen.
2. Fosterets menneskeverd er ”graduelt” og er derfor økende utover i svangerskapet, fra tidlige utviklingstrinn.
3. Fosteret får en viss, og økende, moralsk status etter et bestemt tidspunkt (jf. abortloven).
4. Fosteret mangler enhver moralsk status; det er uten menneskeverd og derfor verdiløst.

⁵ I tråd med denne tankegangen har det vært foreslått at såkalt ”dødshjelp” ikke bør være et offentlig anliggende eller ”tilbud” innen helsevesenet om det legaliseres i et land, men kan overlates til private klinikker (Finlay et al., 2005).

Denne artikkelen tar ikke stilling til noen av disse posisjonene. Det skyldes at vårt tema, etiske og samfunnsmessige aspekter ved tidlig ultralyd og selektiv abort, kan drøftes uavhengig av synet på fosterets moralske status. Argumentene for dette gir vi nedenfor.

Innen posisjon 4 finner vi også dem som mener at fostre ikke er mennesker, men ”bare en celleklump”. Få deler et slikt synspunkt, og de fleste vil trolig si at et foster i det minste er et *menneske* – et vesen av arten *homo sapiens*.⁶ Vi vil hevde at en påstand om at menneskefostre ikke er mennesker er empirisk falsk, og skal følgelig i denne artikkelen bruke uttrykk som fosterets ”menneskelige natur” og ”menneskelig individ”. Det er viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis følger noe *bestemt etisk syn* av å ha dette som *empirisk utgangspunkt*;⁷ eksempelvis kan man til og med mene at fostre er mennesker helt uten menneskeverd, slik Peter Singer gjør (1993).

Selvbestemt og selektiv abort, likeverdsargumentet og fosterets moralske status

Noen hevder at så lenge samfunnet har akseptert selvbestemt abort, følger det logisk at vi også må akseptere selektiv abort (se for eksempel Lunde, 2011, Rotevatn, 2011, Mørk, 2012). Men dette er ikke riktig. Likeverdsargumentet mot selektiv abort bør tillegges vekt uavhengig av hvilket av de fire syn på fosterets moralske status man inntar, og dermed også av tilhengere av selvbestemt abort.

Selektiv abort underforstår altså maksimen ”det er rett å abortere syke fostre som, hvis de var friske, ikke ville blitt abortert”. Posisjon 1 ovenfor vil i utgangspunktet avvise selektiv abort, men kan unntaksvis akseptere dette dersom hensynet er til det fremtidige, fødte barnet når tilstanden er dødelig og/eller ikke kan lindres; som vi så, ”gjelder ikke” likeverdsargumentet i et slikt tilfelle. Ved å akseptere selektiv abort ved en tilstand som *kan* lindres og/eller som *ikke* er dødelig, vil derimot posisjonene 2, 3 og 4 implisitt akseptere at fødte menneskers verd varierer i tråd med deres egenskaper – en holdning som altså rammes av likeverdsargumentet.

⁶ Selv ekstreme aborttilhengere som den verdenskjente filosofen Peter Singer – som også forsvarer drap på nyfødte (infanticid) på visse vilkår (Singer, 1993: 181-91) – gjør denne forutsetningen. Infanticid er forøvrig rettslig akseptert i Nederland innen nyfødtdmedisin, ved svært alvorlig skade på eller sykdom hos barnet (jf. Groningen-protokollen); se Griffiths et al., 2008.

⁷ Også jf. den naturalistiske feilslutning innen etisk teori, at man ikke kan gå fra ”er” til ”bør”; se Hume, 1958.

Det har vært hevdet at ”Det er ikke mulig å mene at et foster er en celleklump uten etisk betydning, og samtidig mene at selektiv abort virker krenkende på fødte funksjonshemmede mennesker” (Solberg, 2003b: 43-44). Vi er uenig. Prinsipielt er det ikke inkonsistent å mene begge deler – og at det følgelig foreligger en ”krenkelses-relasjon”. Dette tenkte resonnementet viser hvordan: ”Fosteret er verdiløst, hvilket gjør abort som sådant uproblematisk: Man trenger derfor ingen *bestemte grunner* for å ta abort. Og abort sender ikke noe signal om at *alle fødte* mennesker er verdiløse; det er jo i utgangspunktet ingen moralsk forbindelse mellom fostre og fødte. Men i det øyeblikk fosteret aborteres *fordi* man ikke ønsker en bestemt type barn – eksempelvis en jente eller et barn med Downs – og ikke fordi det uansett er verdiløst, utsier man, enten man vil eller ei, noe om fødte mennesker i samme kategori. Ved slik selektiv abort *oppstår* dermed en moralsk forbindelse, og fødte med samme egenskaper eller tilstander krenkes.”

Tidlig ultralyd som fosterdiagnostikk

Tidlig ultralyd kan ha ulike formål. *Fosterdiagnostikk* innebærer en målrettet undersøkelse for å finne tegn til avvik, deriblant Downs syndrom, noe som muliggjør selektiv abort. Blant annet i Danmark og Storbritannia er fosterdiagnostikk, ikke helsegevinst, det eksplisitte formålet med tidlig ultralyd (Helsedirektoratet, 2011: 148, Bioteknologinemnda, 2011: 95). Undersøkelsen er som nevnt mest effektiv når den kombineres med blodprøve av mor (KUB). Da øker dens diagnostiske presisjon (validitet). Flere avvik oppdages, og det blir færre falske positive testresultater.

Det er viktig å unngå falske positive, fordi disse svangerskapene vil bli undersøkt videre med invasive teknikker (morkakebiopsi eller fostervannsprøve) som medfører abort som bivirkning i 0,5-1% av tilfellene (Tabor et al., 1986, Kunnskapssenteret, 2008: 33). Når andelen falske positive er stor, vil mange friske fostre utilsiktet bli abortert (Marttala et al., 2011). Derfor er det klart mest formålsrasjonelt å kombinere fosterdiagnostisk tidlig ultralyd med blodprøve.

Arbeiderpartiet benekter at formålet med undersøkelsen skal være fosterdiagnostikk (Christensen, 2011). At blodprøve av mor ikke inngår i forslaget, er i tråd med dette. Men bildet kompliseres av at tidlig ultralyd vil ha komponenter med fosterdiagnostisk formål, som måling av nakkeoppklaring (Bioteknologinemnda, 2011: 87).

Er tidlig ultralyd med fosterdiagnostisk formål moralsk akseptabelt? Hvis hensikten er å finne avvik som kan lede til selektiv abort, rammes praksisen av den ”likeverds”-kritikken mot selektiv abort vi fremførte ovenfor. Praksisen er moralsk problematisk når den velges av paret eller den gravide, men spesielt problematisk når det er samfunnet som fremmer den som et tilbud for alle gravide.

Tidlig ultralyd, helsegevinst, og doktrinen om den doble effekt (DDE)

Alternativt kan tidlig ultralyd gjøres med *helsegevinst for foster og/eller mor* som formål. Problemet er bare at det altså er tvilsomt om tidlig ultralyd gir noen helsegevinst. Men gitt at enkelte fostermedisinere har rett, og det følgelig viser seg å være en helsegevinst, hvordan vil pliktetikerer da vurdere tidlig ultralyd? Det som gjør vurderingen vanskelig er at undersøkelsen i tillegg til det gode formålet å oppdage tilstander som kan behandles, også kan avdekke sykdommer som kan lede par og gravide til å velge selektiv abort.

Men det finnes en måte å håndtere dette dilemmaet på. I pliktetikerens analytiske verktøyskrin inngår *doktrinen om den doble effekt (DDE)* (Gillon, 1985). En pliktetiker fokuserer på intensjonen bak en handling. Samtidig kan han ikke være blind for at selv handlinger utført med de beste intensjoner kan ha uheldige eller uønskede ”bivirkninger”. DDE sier kort fortalt at slike konsekvenser likevel er akseptable på følgende vilkår: De må *ikke være intenderte*, det vil si ikke inngå i handlingens formål. Samtidig må de være *proporsjonale* med den intenderte konsekvensen; de moralsk problematiske sideeffektene må ikke være urimelig store sammenlignet med den intenderte konsekvensen.

Man kan altså prinsipielt begrunne tidlig ultralyd enten med formålet *helsegevinst* eller *fosterdiagnostikk*, eller en kombinasjon av disse. Hvis formålet med tidlig ultralyd er helsegevinst, kan den fosterdiagnostiske sideeffekten av undersøkelsen ses på som uønsket og ikke-intendert. Hvis den potensielle helsegevinsten er tilstrekkelig stor, er den proporsjonal med den uønskede fosterdiagnostiske sideeffekten, og tidlig ultralyd med begrunnelse helsegevinst er dermed etisk akseptabelt. Men nøyaktig når helsegevinsten skal regnes som tilstrekkelig stor, blir nødvendigvis et skjønnsspørsmål. Uansett ser vi her hvordan faktapremisser spiller en avgjørende rolle for den moralske vurderingen.

Det er også moralsk relevant at det ikke er noen årsaksmessig nødvendig sammenheng mellom å oppdage tegn til avvik hos fosteret, og å få utført selektiv

abort. Par og gravide står fritt til å avslå så vel invasiv diagnostikk, som er nødvendig for å stille sikker diagnose, som abort.

Men problemstillingen ser annerledes ut fra samfunnsperspektivet. Rundt 90% av gravide som får påvist Downs syndrom hos fosteret, ender med å ta abort (Morken, 2011). Og tidlig ultralyd gir mange falske positive svar; når disse følges opp med invasive undersøkelser, tapes noen friske fostre gjennom spontanabort (Marttala et al., 2011). Samfunnet kan derfor ikke totalt fraskrive seg ansvaret for økningen i selektive aborter og spontanaborter som vil følge av innføringen av et tilbud om tidlig ultralyd til alle. Men pliktetisk sett er man på trygg grunn så lenge kriteriene i DDE er oppfylt.

Hvis tidlig ultralyd derimot ikke eller i svært liten grad gir helsegevinst, er denne argumentasjonsveien stengt: Slik ultralyd må i så fall ha fosterdiagnostisk formål, noe som er moralsk problematisk.

Sekundære formål ved tidlig ultralyd

Foruten de to primære formålene med å innføre tidlig ultralyd anføres ofte det vi vil kalle "sekundære" formål. Med dét mener vi ønskede konsekvenser av tidlig ultralyd som etter vårt syn alene ikke kan veie tungt nok til å rettferdiggjøre et offentlig tilbud om denne undersøkelsen for alle.

Mange gravide har allerede fått utført ultralydundersøkelse ved tidspunktet for den regulære ultralydundersøkelsen i uke 18. Andelen er større i byene, noen steder over 60% (Helsedirektoratet, 2011: 144). Det er uvisst hvor mange av disse som har kjøpt fosterdiagnostisk tidlig ultralyd på det private marked. Andre har blitt undersøkt av det offentlige helsevesenet på medisinsk indikasjon, for eksempel på grunn av blødninger. Noen frykter en geografisk og sosial skjevfordeling når det gjelder tilgang til tidlig ultralyd på det private marked.

I Norge vil de fleste mene at det i seg selv er et prisverdig politisk mål å redusere geografisk, sosialt og økonomisk forårsaket skjevfordeling av fellesgoder. Men i vår sammenheng trengs et tilleggspremiss: Kun hvis tidlig ultralyd er et gode fordi det gir helsegevinst, er det rasjonelt av samfunnet å finansiere universell tilgang til undersøkelsen. Og i den grad det fosterdiagnostiske formålet med tidlig ultralyd er moralsk problematisk fordi det fører til sortering, er det tilsvarende problematisk å begrunne et universelt tilbud om tidlig ultralyd i utjevningsøyemed.

Paradoksalt nok vil offentlig finansiering av tidlig ultralyd for alle gravide *redusere* helserettferdighet som sådan, fordi midlene tas fra pasientgrupper som har et

medisinsk veldokumentert helsebehov og gis til en gruppe som, ut i fra det vi vet i dag, ikke vil ha noen helsegevinst av tilbudet. Og selv om en viss helsegevinst skulle la seg påvise, er det et stort spørsmål om tilbudet kan forsvares i lys av behovet for stadig tøffere prioriteringer i helsevesenet (Larsen, 2010, Sletvold et al., 2010).

Dersom tidlig ultralyd blir utbredt og offentlig finansiert, blir det også lettere å standardisere tilbudet og utarbeide prosedyrer for å kvalitetssikre undersøkelsen. Tidlig ultralyd er en teknisk krevende undersøkelse som krever opplæring og standardisering for å være effektiv. Også dette argumentet for tidlig ultralyd viser til et sekundært formål: Det er kun hvis tidlig ultralyd gir en helsegevinst eller vi er ute etter den fosterdiagnostiske effekten, at det er meningsfullt å bruke ressurser på å standardisere undersøkelsen innen offentlige rammer.

Det tredje sekundære formålet er hensynet til kvinners tilfredshet og autonomi. Men det er problematisk å la fornøyde pasienter være begrunnelsen for et ressurskrevende helsetiltak. Mange ting kan gjøre folk tilfredse, uten at det dermed er sagt at det skal bekostes av fellesskapet. Noens behov er dessuten uuttømmelige og ekstravagante, og i litteraturen om rettferdig fordeling snakker man i den forbindelse om problemet med mennesker som har ”champagne tastes”. Skal man også sørge for at disse er ”tilfredse”? Hvor går grensen?

Andre mulige begrunnelser for tidlig ultralyd

En begrunnelse for å gjøre tidlig ultralyd er å redusere angst. For de fleste vil undersøkelsen gi normale funn, og den gravide kan beroliges. Unormale funn øker angstnivået. Men selv når tilleggsundersøkelser avkrefter mistanke om sykdom, forblir angstnivået høyere enn vanlig i resten av svangerskapet (Kunnskapssenteret, 2008: 60). Paradokset er da at tidlig ultralyd også *skaper* engstelse. En totalt sett angstreduserende effekt av tidlig ultralyd er ikke dokumentert. Mer prinsipielt er det problematisk å ”gjøre fosterdiagnostikk til psykiatri” (Hofmann, 2011).

Tidlig ultralyd kan avdekke store utviklingsavvik som er uforenlige med liv, tidligere enn ved dagens undersøkelse i uke 18. Fordelen ved dette er en ”tidlig senabort” i stedet for en ”sen senabort” som er potensielt mer traumatisk. Men selv om dette kan være en reell gevinst i noen tilfeller, er det et tynt argument for etableringen av svært ressurskrevende undersøkelser av alle gravide.

Konklusjon

Vi har satt søkelys på pliktetiske argumenter som i alt for liten grad har vært fremført i den nyere norske offentlige debatten om tidlig ultralyd. Vi har argumentert for at selektiv abort, så lenge den ikke utføres av hensyn til fosteret selv, er moralsk problematisk ved at slik abort innebærer en benekting av alle menneskers likeverd.

Med utgangspunkt i denne innvendingen mot selektiv abort har vi analysert hvorvidt en innføring av et offentlig tilbud om tidlig ultralyd for alle gravide er moralsk akseptabel, og kommet til at svaret er avhengig av bestemte faktapremisser. Hvis tidlig ultralyd virkelig gir en tilstrekkelig stor helsegevinst og innføres med dette som formål, kan ”bivirkningen”, en økning i selektive aborter, anses som uønsket men moralsk akseptabel i lys av doktrinen om den doble effekt (DDE). Hvis tidlig ultralyd ikke gir helsegevinst, gjenstår det fosterdiagnostiske formålet. Vi har argumentert for at dette alene er moralsk uakseptabelt.

Litteraturliste

- Alderson, P. 2001. Down's syndrome: cost, quality and value of life. *Social Science & Medicine*, 53, 627-638.
- Bioteknologinemnda 2011. Innspill til evalueringen av bioteknologiloven.
www.bion.no/filarkiv/2011/12/bioteknologiloven_evaluering_Bioteknologinemnda.pdf
- Christensen, J. F. 2011. Derfor ønsker Ap å tilby tidlig ultralyd. *Dagsavisen*, 15.12.2011.
- Finlay, I., Wheatley, V. & Izdebski, C. 2005. The House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally ill Bill: implications for specialist palliative care. *Palliative Medicine*, 19, 444-453.
- Fredheim, O. & Hardang, I. 2012a. Ingen helseeffekt – skaper mer utrygghet. *Vårt Land*, 12.1.2012.
- Fredheim, O. & Hardang, I. 2012b. Fjerne sykdom ved å fjerne den syke? *Aftenposten*, 1.4.2012.
- Gillon, R. 1985. *Philosophical medical ethics*, Chichester, J. Wiley & Sons.
- Goksøy, M. W. & Goksøy, K. W. 2011. Vi er utrydningstruet! *Aftenposten*,
- Griffiths, J., Weyers, H., Adams, M., red. 2008. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishing.

- Helsedirektoratet 2010. Bioteknologiloven. Undersøkelse om holdninger til etiske problemstillinger.
- Helsedirektoratet 2011. Evaluering av bioteknologiloven.
- Hofmann, B. 2011. Fosterdiagnostikk som psykiatri. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 665. <http://tidsskriftet.no/article/2089521>
- Hume, D. 1958. *A Treatise of Human Nature*. Selby-Bigge, L. A., red. Oxford: Oxford University Press.
- Kant, I. 1983. Grunnlegging av moralens metafysikk. I: Storheim, E. (red.) *Moral, politikk og historie. Et utvalg fra Kants praktiske filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapssenteret 2008. Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet.
- Kunnskapssenteret 2011. Tidlig ultralyd for påvisning av hjertefeil. Notat.
- Larsen, B.-I. 2010. Nødvendig å prioritere. *Aftenposten*, 26.6.2010.
- Lunde, H. N. 2011. Kvinnens eget valg. *Dagbladet*, 23.3.2011. Magelssen, M. 2011. Selektiv abort og menneskeverdet. *Minerva (nettutgaven)*, 5.10.2011.
- Marttala, J., Ranta, J. K., Kajjoomaa, M., Nieminen, P., et al. 2011. More invasive procedures are done to detect each case of Down's syndrome in younger women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 90(6), 642-7.
- Morken, J. 2011. Ni av ti tar abort ved Downs. *Vårt Land*, 18.3.2011.
- Mørk, H. 2012. Kvinners rett til kunnskap. *Aftenposten*, 27.3.2012.
- Rotevatn, S. 2011. Sorteringssamfunnet er her. *Minerva (nettutgaven)*, 30.9.2011.
- Sarwar, S. 2012. Helseministeren: - Fullstendig uakseptabelt. *VG Nett*, 09.01.12.
- Saugstad, O. D. 2012. Livet i sorteringssamfunnet. *Aftenposten*, 10.1.2012.
- Singer, P. 1993. *Practical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Singh, N., Pripp, A., Brekke, T. & Stray-Pedersen, B. 2010. Different sex ratios of children born to Indian and Pakistani immigrants in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10: 40.
- Sletvold, O., Materstvedt, L. J. & Klepstad, P. 2010. Prisen på et liv. *Aftenposten*, 14.6.2010.
- Solberg, B. 2003a. Fosterdiagnostikk og respekten for funksjonshemmede mennesker. *Respekt – magasin om funksjonshemming, rehabilitering og samfunn*.
- Solberg, B. 2003b. *Sortering av liv? Etiske hensyn ved å lage barn med og uten genetisk risikoinformasjon*. Dr.art.-avhandling, Filosofisk institutt, NTNU.

Solberg, B. 2008. Frykten for et samfunn uten Downs syndrom. *Etikk i praksis*, 2(1), 33-52.

Tabor, A., Madsen, M., Obel, E. B., Philip, J., et al. 1986. Randomised controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. *The Lancet*, 327, 1287-1293.