
Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade

REDAKSJONELT

PER BERGSJØ

Per Bergsjø (f. 1932) er professor og pensjonist og var gjennom 30 år medlem i nemnder for svangerskapsavbrudd, medlem og leder av regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion 3 og medlem av utvalget som utredet abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av fosterskade.

Bergheimveien 11 c
1367 Snarøya

Debatten om abortloven har stadig nye innfallsvinkler. Nå handler det om svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade. Bakgrunnen er at Nasjonalt senter for fostermedisin ønsket å teste positive og negative konsekvenser av ultralydundersøkelse i 12. svangerskapsuke etter samme mønster som dagens 18-ukerskontroll. Bedre utstyr gjør det mulig å påvise feil og mangler hos fostrene tidlig. Forsøket ble stanset av sykehuseieren, Sør-Trøndelag fylkeskommune, både fordi helseministeren bad forskerne om ikke å gjennomføre det, og fordi den regionale etiske forskningskomité ved fornyet gransking endret standpunkt, slik at den foreløpig ikke kunne tilråde forsøket. Helseministeren og komiteen gav forskjellig begrunnelse, men sammenfallet i tid er neppe tilfeldig (1).

Den aktuelle debatt skyldes frykt for at abort på grunn av påvist fosteravvik kan bli for lettvinnt. Hvis diagnosen stilles før utgangen av 12. uke, kan kvinnen selv bestemme. Kort etter 12. uke kan hun søke om å få et foster med avvik fjernet, med større håp om innvilgelse enn et par måneder senere, fordi kravene til innvilgelse skal stige med svangerskapets lengde. Det ekstreme eksempelet er at uønsket kjønn kan gi grunnlag for abort.

Behandling av syke fostre i tiden mellom 12. og 18. uke er ikke aktuelt. Fosterbehandling kan ikke brukes som argument for tidlig screening. Men den fysiske og psykiske påkjenning hos en kvinne vil nok bli mindre jo tidligere en abort utføres. Det er kanskje den mest åpenbare gevinsten av ultralydundersøkelse i 12. uke. Andre argumenter er fremmet: Mistanke om

fosteravvik, særlig Downs syndrom, kan følges opp med biokjemiske eller genetiske prøver, slik at rett diagnose kan stilles før 16. uke. Punksjon av amnionhulen med aspirasjon av fostervann er ikke helt uten bivirkninger, noe som må veies opp mot fordelene ved tidlig diagnostikk.

Eskild og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet at det nå utføres flere svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade etter 12. uke (abortloven § 2, tredje ledd, c) enn for få år siden (2). Siden 1990 er hyppigheten doblet. Antallet er nå omtrent 150 per år. Vi vet ikke hvor mye som skyldes ultralyddiagnostikk rundt 18. uke eller tidligere og hva som skyldes økt kapasitet ved avdelinger for medisinsk genetikk. Det Eskild og medarbeidere viser, er at 37 % av avbruddene ble gjort etter 18. uke, og 86 % hos kvinner som var eldre enn 38 år. Det er altså fortsatt risikogruppen eldre kvinner som dominerer. Til tross for økningen i denne typen svangerskapsavbrudd, synes jeg ikke situasjonen er alarmerende, selv om man legger et restriktivt abortsyn til grunn. I 1997 ble det meldt 1 301 nyfødte med alvorlige misdannelser til Medisinsk fødselsregister (3). Med et liberalt utgangspunkt kan det hevdes at yngre gravide diskrimineres når det gjelder muligheten for optimal fosterdiagnostikk.

Det man frykter, er å gi grønt lys for sorteringssamfunnet. Da den første steriliseringsloven ble debattert i Stortinget i 1934, ønsket komiteens ordfører Erling Bjørnson (sønn av dikterhøvdingen) «at den arbeidsdyktige stamme ved rasehygiene blir så kraftig som mulig» (4). I dag snakker vi ikke om rasehygiene. Derfor kan § 2, tredje ledd, c i abortloven av 1975 være et tankekors. Ordlyden er nesten uforandret (bortsett fra språkformen) fra vår første abortlov, som ble vedtatt i 1960. Debatten omkring den såkalte eugeniske paragrafen finnes i forarbeidene og i stortingsdebatten om 1960-loven (5). Abortloven § 2, tredje ledd, c sier at svangerskapsavbrudd kan skje når «det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelig anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet». Isolert sett kan dette gi inntrykk av at lovgiverne ønsket å fjerne uheldige arveanlegg i befolkningen. Når setningen leses sammen med paragrafens fjerde ledd, blir tolkingen annerledes. Det skal «tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet», altså et særtilfelle av § 2, tredje ledd, a, som hjemler avbrudd når omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning på kvinnens fysiske eller psykiske helse. Siktemålet er individrettet, ikke samfunnsrettet.

I 1960 begrenset muligheten for diagnose seg til økt sannsynlighet for at barnet ville fødes med skade eller lyte. I dag kan vi med høy grad av sikkerhet stille diagnoser tidlig i fosterlivet, uten at vi har fått forskrifter om hvilke tilstander som kan berettige svangerskapsavbrudd etter § 2, tredje ledd, c. Nemndmedlemmene er henvist til skjønn.

I Norge er vi restriktive til screening av fostre med andre midler enn ultralyd. I Danmark har kromosomdiagnostikk stor utbredelse, mens ultralyd brukes mindre systematisk. I Storbritannia anbefales et sett av biokjemiske prøver som sammen med ultralydfunn kan peke ut fostre med høy grad av risiko for avvik,

særlig Downs syndrom. Etiske og politiske anfektelser vektlegges forskjellig i ulike land, som Sonja Sjøli også peker på i en kommentar i dette nummer av Tidsskriftet (6).

Helsemyndighetene skal overvåke hvordan abortloven fungerer, hjemlet i forskriftenes §§ 25 og 26. Statistisk sentralbyrå fører statistikk på grunnlag av anonym gjenpart av protokoller. Helsedirektøren kan til enhver tid kreve protokoll innsendt. Helsetilsynet bad om materiale fra de gynekologiske avdelinger til Eskild og medarbeideres analyse (2). Det fremgår av artikkelen, og er bekreftet av Joan Kristina Totlandsdal (personlig meddelelse), at det skjer en underrapportering til Statistisk sentralbyrå, og at den dokumentasjonen Helsetilsynet bad om, med hjemmel i forskrift, på flere måter var mangelfull. Det er mulig at manglene nå vil være færre enn i Eskild og medarbeideres materiale, fordi abortjournalene ble endret fra 1. januar 1999. Det er likevel grunn til å sette søkelys på rutinene for journalføring og rapportering ved avdelingene. En annen ting er at de aborterte fostrene bør undersøkes systematisk, som en forutsetning for evaluering av ultralyddiagnostikkens treffsikkerhet.

LITTERATUR

1. Gulbrandsen P. H Hva er galt ved selektiv abort? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1072 – 3.
2. Eskild A, Nesheim B-I, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. S Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996 – 97 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1000 – 3.
3. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1997. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1998.
4. Bjørnson E. Stortinget. Sak nr. 7: Innstilling fra justiskomiteen til lov om adgang til sterilisering m.v. (Inst. O. Nr. 46.) Forhandlinger i Stortinget 9. mai 1934: 157.
5. Voll R. Abortlovens «eugeniske» indikasjon: den lovgivningsmessige forhistorie og annet bakgrunnsmateriale. Vedlegg 4 i Abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av fosterskade. Helsedirektoratets utredningsserie 8 – 90. Oslo: Helsedirektoratet, 1990: 192 – 252.
6. Sjøli SI. F Fosterdiagnostikk – både en trygghet og en trussel Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1074.

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. desember 2025.