
Blodets etikk

KOMMENTAR

BJØRN HOFMANN

bjoern.hofmann@ntnu.no

Bjørn Hofmann er professor ved NTNU Gjøvik og ved Universitet i Oslo
Oppgitte interessekonflikter: Bjørn Hofmann er varamedlem i
Bioteknologirådet.

Kjell Åsmund Blix Salvesen argumenterer i siste nummer av Tidsskriftet for at det er på tide å innføre fosterdiagnostikk med blodprøver, slik helsemyndighetene har bestemt (1).

Hans frustrasjon er forståelig, men ikke hans begrunnelse.

Salvesen hevder at det ikke er «politisk uenighet eller etiske betenkeligheter som ligger bak en forsinket innføring av ikke-invasiv prenatal testing i Norge». Det som forsinker prosessen, er helseforetakenes håndtering av kostnadene og etablering av infrastruktur for prøvetaking, analyse og følgeevaluering av slike prøver, samt «byråkratisk sendrektighet fra det interregionale fagdirektørmøtet». Denne forklaringen synes for enkel. Kostnader er også etikk. Her skal man ta prøver av forholdsvis få kvinner (5–600 per år). De aller fleste kvinnene er friske. Det er fostrene deres også. Dette må veies opp mot diagnostikk og behandling av personer med manifest sykdom: personer med plager som kan avhjelpes.

Dessuten må man vurdere utbyttet av blodprøven. Utbyttet er, ut fra Folkehelseinstituttets rapport (2), at man unngår ca. tre spontanaborter hvert år. Samtidig vil det fødes fire flere barn med trisomi enn ved dagens ordning (uoppdagede trisomier). Dette gir et dilemma for kvinnen, men også for tilbyder som skal informere på en skikkelig måte.

Den amerikanske professoren i samfunnsmedisin og medisinsk historie, David Rothman, viste på en glimrende måte hvordan begynnelsen er helt avgjørende for bruken og virkningen av medisinsk teknologi (3). Ved innføringen av en så banebrytende teknologi som den aktuelle blodprøven, er det derfor gode grunner til å tenke seg godt om. Blodprøven kan gi informasjon om alle arveegenskapene til et foster før grensen til selvbestemt abort (4). Det gir en

rekke etiske utfordringer. Det å innføre ny teknologi (blodprøven) ut fra muligheter og begrensninger ved fordums teknologi (ultral lyd), synes verken særlig gjennomtenkt eller holdbart.

Jeg har en viss forståelse for at det kan være vanskelig å møte fagfeller internasjonalt og ikke kunne vise til at man har tatt i bruk de nyeste metodene. Samtidig gir denne teknologien oss en unik mulighet til å tenke grundig gjennom hvilke tilstander vi skal søke etter og utarbeide et godt begrunnet tilbud for fosterdiagnostikk i Norge (5). Det vil også kunne vekke internasjonal interesse. Et fagfelt defineres og utvikler seg ikke bare gjennom hvilke teknologier som brukes, men også gjennom de perspektiver og begrunnelser det bygger på.

LITTERATUR

1. Salvesen KÅ. På tide å innføre fosterdiagnostikk med blodprøver. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 330 - 1. [PubMed]
2. Juvet LK, Ormstad SS, Schneider AS et al. F. Ikke invasiv prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 21, 18 og 13. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
3. Rothman D. Beginnings count: the technological imperative in American health care. New York, NY: Oxford University Press, 1997.
4. Hofmann B. Etiske utfordringer med non-invasive prenatale tester (NIPT). Etikk i praksis 2014; 8: 67 - 87. [CrossRef]
5. Hofmann B, Slagstad K. Fremtidens fosterdiagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 991 - 2.

Publisert: 17. april 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0235
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.