

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Abort

4/23



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 20 / 4 / 2023

Abort



Michael 2023; 20: 429–580



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Utgitt med støtte fra Stiftelsen Fritt Ord.

Det norske medisinske Selskab 2023
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2023

Innhold

Leder

- En kunnskapsbasert debatt om abort
Erlend Hem 435

Tema: Abort

- Hvorfor en ny abortdebatt nå?
Berge Solberg 439

- Abortutvalgets mandat og arbeid
Kari Sønderland, Bente Bryhn, Maren-Anna Lervik. 449

- Abort i Noreg – metodar og statistikk 1979–2022
Mette Løkeland-Stai 457

- Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet?
Lars Ursin, Zuzanna Zarosa, Janicke Syltern 466

- Abortsituasjonen i verden
Berit Austveg 478

- Et kristent perspektiv på abort
Morten Magelssen. 490

- Abort på museum
Thea Aarbakke 499

- Legene og abortspørsmålet – posisjoner og konfliktlinjer
Kari Tove Elvbakken. 512

Nye bøker

- Fra tre års fengsel til selvbestemt abort
Per E. Børdahl 529

- Hva snakker vi om når vi snakker om abort?
Emily Mclean. 532

Burde vært pensum <i>Agnethe Lund</i>	534
Å møte mennesker der de er <i>Afaf Al-Rammahy</i>	536
Dagsaktuell dagbok <i>Hamida Achour</i>	538
Kunnskapsrik og velformulert <i>Aslak Syse</i>	540
Les og bli vis <i>Arvid Heiberg</i>	543
Teoretisk forankret bok om ledelse <i>Jan Frich</i>	545
Imponerende oversikt over eit variert fag <i>Jeanette Bjørke</i>	547
Oss og de andre <i>Erik Fosse</i>	549
Hvordan klima- og miljøkrisen påvirker helsa <i>Ageliki Lefkadiou</i>	551
Studentene som nektet å bli nasjonalsosialister <i>Petter Gjersvik</i>	553
Denne boka har gjort meg til en bedre lege <i>Jo-Endre Midtbu</i>	555
Hva skjer?	
Internasjonal medisinhistoriekonferanse i Oslo – største i Norge noen gang <i>Øivind Larsen</i>	557
Farmasøytene tar vare på historien sin <i>Magne Nylenna</i>	564
Ny utstilling i den gamle Kvinneklubben <i>Øivind Larsen</i>	566
Rikholdig helsehistorie i Innlandet <i>Erlend Hem</i>	569
Errata	573
<i>Michael</i> vol. 20, 2023, innhold	574

En kunnskapsbasert debatt om abort

Michael 2023; 20: 435–438

Abortsaken har gjennom hundre år vært et av samfunnets store stridstemaer. Mer kunnskap, ny teknologi og store samfunnsendringer gjør det naturlig med en ny abortdebatt nå. Et langvarig kompromiss utfordres.

Regjeringen nedsatte i juni 2022 et offentlig utvalg som «skal se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort og alternativer til dagens abortnemnder» (1). Arbeidet skal resultere i en offentlig utredning (NOU) i desember 2023. Det betyr at vi får en ny, nasjonal abortdebatt. Hvilke juridiske, medisinske og etiske implikasjoner har det? I dette nummeret av *Michael* setter vi søkelyset på abort (2–12).

Kompromisser er undervurdert

Abortloven fra 1975 var et kompromiss (2). Man forsøkte å balansere kvinnens og fosterets rettigheter. Det har muliggjort en tverrpolitisk støtte for loven og at mange kritikere kan leve med den. Det er dette kompromisset som nå utfordres ved at mer liberale abortlover utredes. Som regel er det sjelden klokt å utfordre stabile kompromisser (2). Abortsaken rører ved helt grunnleggende verdier for mange (7, 9).

Samfunnsendringer gjennom 50 år

Det er snart 50 år siden vi fikk dagens abortlov (3). Mye har skjedd på disse årene. For det første er *kunnskapsgrunnlaget* et helt annet enn i 1970-årene. Vi har nå omfattende statistikk om de fleste forhold rundt abort. Abortregisteret viser utviklingen av aborttall, hvilke aldersgrupper som tar flest og færrest aborter, grunner for abort etter 12. uke og sammenhenger

mellom tilgjengelighet av prevensjon og abort (4). Vi vet at abortregulering betyr lite for antall aborter og for når i svangerskapet abortene finner sted. Liberale abortlover kombinert med god og billig tilgang på prevensjon, gjør minst mulig skade (2). Denne kunnskapen fantes ikke i 1970-årene.

Andre viktige samfunnstrekk har vært *sekulariseringen*, den økte *individualiseringen* og kampen for *anerkjennelse* og *likeverd*. Mange grupper i samfunnet har måttet kjempe for å bli anerkjent som likeverdige: kvinner, skeive, urbefolkning, minoriteter og funksjonshemmede er eksempler (2). Alt dette kan sammenfattes i ordet *autonomi*. På alle samfunnsområder og for alle samfunnsgrupper er autonomi og selvbestemmelse en sentral verdi, og det gjør det enda vanskeligere i dag enn i 1970-årene å tilsidesette kvinnens ønske til fordel for fosteret (2).

For det tredje har det skjedd en betydelig teknologisk og medisinsk utvikling. Svangerskapet er blitt fylt med grensesprengende fostermedisin og fosterdiagnostikk samtidig som medikamentelle aborter nå er nesten enerådende i Norge (2, 4, 5). Slike tilbud fantes ikke i 1970-årene.

Ny kunnskap, endrede verdier og ny teknologi gjør at abortspørsmålet fremstår i et annet lys enn i 1970-årene. Derfor er det naturlig med en ny abortdebatt nå. Men utfallet av debatten er ikke gitt (2). Vi håper at dette nummeret av *Michael* kan bidra til et opplyst ordskifte.

Kan vi leve med det?

Artikkelen som gjør sterkest inntrykk på meg, handler om abortsituasjonen rundt om i verden (6). Fremdeles dør tusenvis av kvinner årlig og millioner behandles for skader av utrygge aborter. Mange av kvinnene blir skadet for livet (6). Funnene er entydige: Jo strengere abortlovgivning, desto flere kvinner skades og dør.

Heldigvis finnes lyspunkter. Bare fire land i verden har siden slutten av 1990-årene innskrenket retten til abort: USA, El Salvador, Nicaragua og Polen, mens mer enn 60 land har utvidet gravides rettigheter til å avbryte en graviditet (6). Og igjen har den medisinske utviklingen endret bildet. Økende bruk av medikamentell abort er et stort gode også internasjonalt (6).

Hva vil skje?

I 2022 publiserte WHO en revisjon av sin abortveileder (13). Abortlover kan ikke hindre aborter. Lover kan bare brukes til å sikre kvinner god helsehjelp og unngå at de må ty til farlige aborter. Kun god seksualunder-

visning og tilgang til prevensjon kan redusere antall aborter. Anbefalingene vakte oppsikt. WHO mener at tidligaborter bør håndteres i primærhelse-tjenesten (4). Ingen nemnder, ingen rutinemessig ultralyd, ofte kan den gravide håndtere hele prosessen på egen hånd og grenser for svangerskaps-lengde hører ikke hjemme i lovverket (6). Det gjenstår å se hvilke konsekvenser rådene vil få for den norske debatten.

Abortsaken har i over hundre år vært et av samfunnets store stridste-maer. Den har splittet befolkningen og motsetningene har vært sterke, også blant legene (9). Selv om saken ikke er på agendaen hele tiden, er det aldri helt stille, som Kari Tove Elvbakken sier det i sin bok om abortspørsmålets politiske historie (10). Debatten blusser stadig opp igjen. Våren 2014 samlet mange tusen demonstranter seg i protest mot forslag fra regjeringen om innskrenkning av retten til selvbestemt abort. Striden sto om legers reservasjonsrett. Nye demonstrasjoner kom vinteren 2018–2019 (8, 14).

Måtte den kommende abortdebatten bli konkret og følsom, skriver gynekologen Agnethe Lund (12). Eller med andre ord: La debatten bli kunnskapsbasert og med respekt for hverandres synspunkter.

Litteratur

1. Abortutvalget. *Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/abortutvalget/id2920246/> (6.10.2023).
2. Solberg B. Hvorfor en ny abortdebatt nå? *Michael* 2023; 20: 439–448.
3. Sønderland K, Bryhn B, Lervik M-A. Abortutvalgets mandat og arbeid. *Michael* 2023; 20: 449–456.
4. Løkeland-Stai M. Abort i Noreg – metodar og statistikk 1979–2022. *Michael* 2023; 20: 457–465.
5. Ursin L, Zarosa Z, Syltern J. Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet? *Michael* 2023; 20: 466–477.
6. Austveg B. Abortsituasjonen i verden. *Michael* 2023; 20: 478–489.
7. Magelssen M. Et kristent perspektiv på abort. *Michael* 2023; 20: 490–498.
8. Aarbakke T. Abort på museum. *Michael* 2023; 20: 499–511.
9. Elvbakken KT. Legene og abortspørsmålet – posisjoner og konfliktlinjer. *Michael* 2023; 20: 512–528.
10. Børdahl PE. Fra tre års fengsel til selvbestemt abort. *Michael* 2023; 20: 529–531.
11. Mclean E. Hva snakker vi om når vi snakker om abort? *Michael* 2023; 20: 532–533.
12. Lund A. Burde vært pensum. *Michael* 2023; 20: 534–535.

13. *Abortion care guideline*. World Health Organization 8.3.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (6.10.2023).
14. Lønnå E, Garvik O. Abortkampen. I: *Store norske leksikon*. <https://snl.no/abortkampen> (6.10.2023).

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Legeforskningsinstituttet
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Erlend Hem er professor i atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.

Hvorfor en ny abortdebatt nå?

Michael 2023; 20: 439–448

Abortlovene i Norge og Danmark er blitt omtalt som et 50-årig stabilt politisk kompromiss. Likevel utredes nå liberaliseringer i abortreguleringen i begge land. I denne artikkelen skal jeg forsøke å vise at det er gode etiske grunner for disse utredningene. Abortregulering fremstår på mange måter som et annet spørsmål i 2020-årene enn i 1970-årene.

Abortlovene i Norge og Danmark er blitt omtalt som «50 years of stable compromise» (1). De har hatt bred politisk oppslutning over mange år. Slik var det imidlertid ikke da lovene kom, og «kompromisset» må ikke forveksles med et slags rolig, tverrpolitisk møte på midten. Som statsviteren Kari Tove Elvbakken har påpekt, så brukte flertallet på Stortinget makten det hadde da den norske loven ble til. Først ble en nokså liberal lov kjempet gjennom i 1975, og deretter ble selvbestemmelse for kvinnen til utgangen av svangerskapets 12. uke, trumfet gjennom med én stemmes overvekt i 1978. Regjeringen ble beskyldt for nettopp ikke å være kompromissvillig (2). Selvbestemt abort ble en realitet i Norge gjennom kamp og ikke kompromiss.

Bioetikeren Søren Holm bruker imidlertid kompromiss i en litt annen betydning: Abortreguleringen uttrykte en etisk grunnforståelse som innbød til kompromiss. Fosteret ble tilskrevet *et gradert rettsvern* som innebar at samfunnet mente at fosteret fikk mer og mer moralsk verdi utover i svangerskapet. Dette kunne betraktes som en kompromiss-holdning mellom dem som mente at fosteret fikk full moralsk status, altså menneskeverd, fra unnfangelsen av og dem som måtte mene at fosteret ikke telte moralsk sett før fødsel eller eventuelt sent i svangerskapet. Det graderte rettsvernet fremsto som en juridisk og etisk mellomposisjon. I abortloven uttrykkes denne tankegangen gjennom nemndbestemt abort etter utgangen av 12. uke. Her

sa loven eksplisitt at «kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde». Loven anerkjente at abortspørsmålet handlet om to parter, og hvor samfunnet etter utgangen av 12. uke måtte vurdere hvilket hensyn som veide tyngst.

Det er dette kompromisset som nå utfordres ved at mer liberale abortlover utredes. Som regel er det sjelden klokt å utfordre stabile kompromiser. Men muligheten er også til stede for at noe har skjedd i abortspørsmålet, som gjør at abortreguleringen *bør* se annerledes ut i dag enn i 1970-årene. I denne kronikken skal jeg argumentere for nettopp det. Jeg skal forsøke å vise at en rekke historiske utviklingstrekk har ført til at abortreguleringsspørsmålet fremstår i et annet lys i dag.

Verdiutviklingen

I 1978 fikk gravide i Norge for første gang bestemme selv, inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, om de ville avbryte eller fortsette svangerskapet. Siden det nettopp var argumentet om selvbestemmelse og råderett over egen kropp som trakk det lengste strået i denne politiske kampen, er det rimelig å hevde at selvbestemmelse og autonomi var en sentral verdi allerede i 1970-årene. Har det skjedd en endring eller utvikling av verdiene i det norske samfunnet siden den gangen?

De mest åpenbare utviklingstrekkene ved samfunnet vårt siden 1970-årene handler om sekularisering og individualisering. Kirken har ikke lenger det grepet på samfunnet som den hadde den gangen, færre går til gudstjeneste eller døper sine barn. Andelen nordmenn som sier de har gudstro har falt jevnt og trutt, og i 2022 svarte for første gang et flertall av nordmenn at de ikke har gudstro (3). Aksepten for at vi alle er forskjellige – kort sagt hyllesten av individualismen – har til gjengjeld vokst. Nordmenn var i 2020-årene i stor grad opptatt av å respektere folks ulike valg ut fra ulike personligheter, erfaringer, legninger, kulturell bakgrunn, kjønnsidentiteter, verdier og politiske overbevisninger. Nordmenn var i 2020-årene et langt mer variert og forskjellig folkeslag enn de var i 1970-årene.

Bak feiringen av individuelle forskjeller, finner man imidlertid en viktig styrking av verdien likeverd. Det fundamentale premisset for å kunne feire forskjeller, er at man anses å ha den samme verdien og det samme verdet, at vi fundamentalt sett tilskriver hverandre likeverd og ser på hverandre som likeverdige. Historisk har mange grupper i samfunnet måtte kjempe hardt for å bli anerkjent som likeverdige. Kvinner, skeive, urbefolkning, minoriteter og funksjonshemmede er eksempler. Fra 1970-årene til 2020-årene har kampen for anerkjennelse av likeverd fortsatt sin historiske gang med betydelig etisk, politisk og juridisk kraft. *The expanding circle* er et uttrykk

lånt fra moralfilosofen Peter Singer (4), som gir et bilde på hvordan «moral-sirkelen» – den sirkelen hvor alle teller likt og oppfatter hverandre som likeverdig – har ekspandert.

Den økte sekulariseringen, den økte individualismen, kampen for anerkjennelse og likeverd kan sammenfattes i ordet *autonomi*. Autonomi er et fint ord for selvbestemmelse, men rommer også noe mer. Det uttrykker verdien av å styre sitt eget liv, av å bli gitt tillit til å treffe egne beslutninger, av ikke å umyndiggjøres, og av at man *istandsettes* til å styre over eget liv og egen kropp. Autonomi har en nær forbindelse til *likeverd* (man anerkjennes som et fornuftsvesen som kan styre sitt eget liv), til *sekularisering* (man blir selv «Gud» i eget liv) og til *individualisme* (et samfunn som verdsetter autonomi, verdsetter også politisk frihet og individuelle valgmuligheter). På alle samfunnsområder og for alle samfunnsgrupper er i dag selvbestemmelse og autonomi en sentral verdi.

Innen medisin og helse kom oppgjøret med legepaternalismen og oppmerksomheten på pasientautonomi først til USA. I Norge ledet slike debatter i 1980- og 90-årene til pasient- og brukerrettighetsloven i 1999. Den sikret samtykkebasert behandling, informasjonsrettigheter og rett til medvirkning – kort sagt, pasientautonomi. Likeverdsbølgen ledet til at pasientrettigheter og autonomi ble tema innen alle deler av helsetjenesten, og i 2017 ble også autonomi innen psykisk helsevern betydelig styrket gjennom en endring av psykisk helsevernloven. Det rådende idealet var klart: Pasienter skulle informeres, veiledes og ikke minst *rustes*, gjennom empatisk dialog, til å kunne ta autonome valg.

Likeverd, autonomi og selvbestemmelse er praktiske realiteter i langt større grad i 2020-årene enn i 1970-årene. Det gjelder samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt. Ikke minst er kvinners rettslige og sosiale likestilling betydelig styrket siden 1970-årene.

Denne historiske utviklingen påvirker vektingen av verdiene involvert i det som mange har omtalt som *interessekonflikten* mellom kvinne og foster og som ligger til grunn for abortnemndenes eksistens. Jo større verdi man tilskriver autonomi og selvbestemmelse, desto mer vil det oppleves etisk problematisk å tilsidesette kvinnens ønske til fordel for fosteret. Abortloven uttrykte allerede i 1975 at «det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.» Siden den gangen har «vesentlig» blitt mer og mer vesentlig, og i praksis overprøves så å si ingen gravide inntil utgangen av 18. uke. Det oppleves nok vanskeligere å overprøve en kvinnes selvbestemmelse i abortnemnd i 2020-årene enn i 1970-årene, gitt den verdien vi som samfunn nå tilskriver autonomi, selvbestemmelse og likeverd. Verdiutviklingen har gjort abortnemndene mer og mer anakronistisk.

Kunnskapsutviklingen

Norge i 2020-årene skiller seg fra Norge i 1970-årene ved at kunnskapsgrunnlaget for politikk og samfunnsutforming har utviklet seg radikalt. Vi overvåker, monitorerer, registrerer, analyserer og evaluerer. Vi lever i et velorganisert samfunn hvor målet er at politikk og lovgivning, og ikke minst helsetjenesten, skal være basert på forskning og kunnskap – altså *evidensbasert* eller *kunnskapsbasert*, som man sier i medisinen.

På abortfeltet betyr det at vi har omfattende statistikk på alle forhold rundt abort. Folkehelseinstituttet kan gi svar på alt om utvikling i aborttall, om hvilke aldersgrupper som tar flest eller færrest aborter, om grunner for abort etter 12. uke, om sammenheng mellom tilgjengelighet av prevensjon og abort, osv. Internasjonalt samles det inn statistikk som eksempelvis kan belyse sammenhenger mellom abortrate i et land og abortregulering. Og i økende grad forskes det på hvordan kvinner opplever abort, ikke minst senaborter.

Denne kunnskapen kan blant annet fortelle oss at abortregulering ikke har nevneverdig betydning for når i svangerskapet abortene finner sted. Eksempelvis har Sverige og Norge ulike lover, men i begge land utføres omtrent 95 % av abortene før 12. uke (5, 6). Mer selvbestemmelse sent i svangerskapet ser ikke ut til å forskyve abortene til et senere tidspunkt. Videre vet vi at en avgjørende faktor med tanke på abortrate på global basis, handler om tilgang og tilgjengelighet av prevensjon (7). I en kunnskapsbasert politikk for lave aborttall, spiller ikke abortregulering en nevneverdig rolle.

Kunnskap om abortnemnder i Norge er noe begrenset, men de studiene vi har, kan fortelle oss at en typisk erfaring for abortsøkende gravide er å oppleve møtet med nemndene som integritetskrenkende. Dette til tross for at de samme kvinnene også rapporterer at de blir møtt med respekt og velvilje (8, 9). En rimelig fortolkning av denne tilsynelatende motsetningen, er at det kan oppleves som en slags moralsk krenkelse å bli fratatt beslutningsmyndigheten i avgjørende personlige spørsmål, og da hjelper det ikke at beslutningsorganet fremstår som hyggelig.

Kunnskapen vi har i dag om forholdet mellom abortpraksis og regulering, hadde vi ikke i 1970-årene. Innføring av selvbestemt abort i Norge må for enkelte ha fortont seg som et sosialt eksperiment hvor man var redd for at aborttallene kunne skyte i været. Men nettopp fordi vi i dag har denne kunnskapen, så stiller det abortreguleringen i et annet lys. Globalt vet vi at konsekvensen av strenge abortlover, er lite annet enn alvorlig sykdom og død for kvinner som foretar ulovlige og usikre aborter. Lokalt vet vi at mangel på selvbestemmelse kan gi opphav til en opplevelse av ydmykelse

og integritetskrenkelse forbundet med at andre bestemmer over ens egen kropp og eget liv. En kunnskapsbasert tilnærming til abort tilsier at liberale abortlover kombinert med god og billig tilgang på prevensjon, gjør mest godt og minst mulig skade. Dette har også vært budskapet fra WHO (10, 11).

Vanligvis vil mange tenke at kunnskap og verdier tilhører to ulike sfærer. Man skifter ikke verdier av litt statistikk. Samtidig vil lover også på slike verdiområder ha et formål. I den norske abortloven sier formålsparagrafen blant annet at loven skal bidra til at «...antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig». Siden kunnskapen vi nå har tyder på at lover er nokså irrelevant for å nå et mål om lave aborttall, så er det rimelig å hevde at kunnskap og verdier ikke helt kan skilles fra hverandre i spørsmålet om hvordan abort bør reguleres.

Verdibaserte lover er imidlertid ikke bare ment å lede til bestemte konsekvenser. Man mener ofte å *uttrykke* et verdistandpunkt gjennom loven. Abortlovens uttrykksfunksjon er at samfunnet ikke bare anerkjenner den gravides selvbestemmelse, men også tilskriver fosteret verdi. Fosterets verdi er økende, formulert juridisk gjennom det graderte rettsvernet. For noen er denne uttrykksfunksjonen av stor betydning. Samtidig er slike uttrykk heller ikke løsrevet fra det empiriske og kunnskapsmessige. En ting er hva loven uttrykker på papiret. En annen ting er hva den uttrykker i praksis. Det siste har vi kunnskap om. Kunnskapen vi har om abortnemndenes praksis tilsier at det graderte rettsvernet for fosteret før uke 18 så å si ikke gjør noen forskjell – det trumfer ikke kvinnens ønske. Også dette er kunnskap som mange vil mene er relevant for hvordan abort *bør* reguleres.

Teknologiutviklingen

Striden om selvbestemt abort i 1970-årene, handlet om uønskede graviditeter og sosiale begrunnelser. I tiden etter disse debattene har teknologien gjort sitt inntog i svangerskapet. Ultralydundersøkelse i svangerskapet ble rutine for alle gravide i midten av 1980-årene. I midten av 1990-årene kom den etisk-politiske debatten om tidlig ultralyd og «sorteringsamfunnet» for fullt. Årtier med debatt om regulering av fosterdiagnostikken, endte til slutt med et frislipp i form av det såkalte *bioteknologiforliket* på Stortinget i 2020. Her ble alle gravide uansett alder sikret rett til tidlig ultralydundersøkelse. Det samme politiske vedtaket sikret også alle gravide over 35 år gratis fosterdiagnostikk i form av NIPT-test (noninvasiv prenataltest), mens gravide under 35 år fikk anledning til å kjøpe testen privat.

Fosterdiagnostikkens inntog i svangerskapet har ført til at fostrene med alvorlig sykdom og avvik i større grad oppdages i svangerskapet. Det utlø-

ser i mange tilfeller et ønske om abort. Mer enn 2/3 av de årlige rundt 600 abortene som finner sted etter utgangen av 12. uke, handler om fosteravvik som teknologien har avdekket (5). Disse abortsituasjonene fantes nesten ikke i 1970-årene. Den gang handlet abortdebatten om en situasjon hvor man uønsket hadde blitt gravid. Senabortene i dag kan lett forenklet beskrives som at de handler om i utgangspunktet *ønskede* svangerskap som endrer karakter etter at teknologien har påvist avvik. Kvinnen og paret går til ultralydundersøkelse og fosterdiagnostikk primært for å få bekreftet at alt står bra til med barnet de ønsker seg. Når det viser seg ikke å være tilfelle, oppstår det eksistensielle dilemmaet om man skal avslutte svangerskapet eller ei, for et barn man allerede har sett for seg som en del av familien.

Det ligger et etisk relevant poeng i dette: Situasjonen som kvinnen eller paret står i, er preget av et alvor. Ingen tar lett på å avslutte et *ønsket* svangerskap. Fostermedisinere, barneleger, sosionomer, psykologer og sykehusprester er involvert i oppfølgingen i slike situasjoner. Historisk sett har det alltid vært en bekymring i abortreguleringen for «lettvinte» aborter, og et mulig perspektiv å forstå abortregulering gjennom er at reguleringen skal sikre at abortspørsmålet behandles med *det nødvendige alvor* (11). Men i den typiske senabort-valgsituasjonen er det vanskelig å få øye på noe «lettvint». Alvoret gir seg selv av situasjonen.

Teknologiens inntog i svangerskapet synes imidlertid å kunne peke i ulike retninger. Ultralydapparatet har i økende grad «personifisert» fosteret og gjort det til mer av et *barn* på et tidlig stadium. Enkelte har ment at ultralydteknologien har «vist oss» at fosteret er et menneske. Det virker rimelig å hevde at visualiseringen av fosteret gjør noe med oss. Vi gjenkjenner den menneskelige formen på fosteret, og vi gjenkjenner oss selv i fosterets bevegelser. Sånn sett har enkelte ment at teknologiens inntog i svangerskapet burde føre til strengere abortregulering i dag siden vi nå vet noe om fosteret som vi ikke visste i 1970-årene.

Problemet med denne innvendingen, er at det ikke er åpenbart at vi har mer *etisk relevant* kunnskap om fosteret basert på bildene vi ser. At vi ser at fosteret likner på oss, er ikke ensbetydende med at vi må mene at fosteret på et tidlig stadium bør betraktes som vår likeverdige. Tanken om forsinket besjeling som har stått sterkt i flere religiøse tradisjoner – altså at fosteret får sjel eller verd først et godt stykke ut i svangerskapet – har ikke blitt falsifisert av tidlig ultralydteknologi. Heller ikke kan stadig bedre ultralydbilder rive grunnen under et graduelt syn på fosterets verdi. Det ultralydbildet utvilsomt har bidratt til, er en psykologisk sett sterkere binding tidlig i svangerskapet mellom mor og barn. Dette fører igjen til at abortvalgene som oppstår etter alvorlige funn i fosterdiagnostikken, er spesielt alvorstunge.

Etter vi fikk abortloven i 1970-årene, har altså svangerskapet blitt fylt med grensesprengende fostermedisin og fosterdiagnostikk. Om dette representerer et gode eller et onde har blitt diskutert heftig på samfunnsnivå siden tidlig i 1990-årene. Men etter 30 år med politisk diskusjon i Norge om «sorteringsamfunnet», landet et politisk flertall i 2020 på at det var riktig å gi gravide et omfattende tilbud av fosterdiagnostikk. Selvbestemmelse for de gravide var et av de viktigste argumentene for politikerne. Spørsmålet nå er om det ikke følger av dette at selvbestemmelse også bør få en større rolle i de abortvalgene som blir skapt *som en følge av fosterdiagnostikken*.

Hva med kompromisset?

Jo lengre ut i svangerskapet kvinnen får rett til selvbestemt abort, desto mer forsvinner muligheten for at samfunnet kan sies å ha tilskrevet fosteret et gradert rettsvern. Her oppstår et dilemma for mange. For selv om de tre utviklingstrekkene jeg har nevnt, logisk sett synes å gi et forsvar for mer liberal abortregulering, så har folk flest også sansen for kompromisser i politisk kontroversielle spørsmål. At samfunnet tilskriver fosteret et økende rettsvern utover i svangerskapet – at det spirende livet tilskrives en viss verdi – kan intuitivt virke fornuftig og som en anerkjennelse av at abortspørsmålet rommer to parter.

Utfordringen er at det er vanskelig å få i pose og sekk. Kvinnen kan ikke både få det siste ordet samtidig som samfunnet skal sikre gradert rettsvern. Om man vil forsvare det graderte rettsvernet, må man også forsvare at et statlig utnevnt beslutningsorgan i prinsippet overprøver enhver abortsøkende kvinne. I siste instans kan beslutningsorganet tvinge noen gravide til å fortsette graviditeten mot deres ønske, mens andre tillates å avbryte.

Det finnes imidlertid en pragmatisk løsning på dette dilemmaet, nemlig å la praksis og lov peke i hver sin retning. Slik er dagens virkelighet. Til tross for at fosteret fra utgangen av 12. uke i norsk lov er tilskrevet et (økende) rettsvern, er det en uformell oppfatning i abortnemndene at man lar kvinnen få det siste ordet frem til 18. uke. Selv etter dette, er det ikke mange avslag. Medlemmer i abortnemndene ønsker nok å nedtone sin juridiske funksjon. De vil fremstå som lydhøre og respektfulle og tenke at det kan være viktig for den gravide «å slippe å stå alene med det vanskelige valget» (13). Moderne leger i abortnemndene vil bedrive samvalg, ikke paternalisme. De vil støtte, ikke dømme kvinnene. Og de er selv, som regel, kvinner.

Selvsagt kan man argumentere for at perioder med ingen avslag i abortnemndene prinsipielt sett er forenlig med at fosteret er tilskrevet et rettsvern. Saken er da uansett prøvet for «retten» (nemnden), selv om fosteret trakk det korteste strået. Samtidig virker det rimelig å hevde at det graderte retts-

vernet primært spiller en symbolsk rolle i en periode hvor ingen får avslag. Spørsmålet er om vi strengt tatt behøver symbolikken. Det er en sterk intuisjon i vår egen allmenmoral, i andres allmenmoral, og i nær sagt alle religioner at mer står på spill i sene aborter enn tidlige. Loven følger av denne fellesoppfatningen – det er ikke fellesoppfatningen som følger av loven. Det er heller ikke loven som skaper Alvoret og de eksistensielle dilemmaene rundt det store flertallet av abortvalgssituasjonene etter 12. uke. Det er det teknologien som skaper ved å stille kvinnen og paret krevende valg om man skal avslutte et svangerskap som var ønsket og hvor man allerede hadde begynt å se på seg selv som foreldre.

Symbolske funksjoner skal man selvsagt ikke kimse av. Samtidig har den i dette tilfellet en pris: For at vi offisielt skal kunne si at samfunnet har tilskrevet fosteret et gradert rettsvern, opplever hvert år rundt 600 gravide en prinsipiell overprøving av deres selvbestemmelse over egen kropp og eget liv. For mange representerer dette en integritetskrenkelse, altså en form for skade. Den politiske debatten i dag vil måtte dreie seg om lovens symbolske funksjon er verdt prisen. Er vi sikre på at loven gjør mer godt enn den skader?

Hvorfor en ny abortdebatt nå?

Når abortdebattene har blitt gjenåpnet i Norge og Danmark, så vel som i Sverige og Finland – i tillegg til at Island allerede har fått en ny lov, så skyldes det tilsynelatende helt spesifikke politiske hendelser. I Norge er det lett å peke på at Solberg-regjeringens innlemmelse av Kristelig Folkeparti (KrF) i 2019 med dertil foreslåtte innstramminger i abortloven, skapte motreaksjoner i andre partier som ledet til at abortspørsmålet ble åpnet igjen. Selv om slike konkrete politiske hendelser åpenbart har spilt en utløsende rolle, så kan de lett blinde oss for de større og dypere utviklingstrekkene. De kan ikke forklare hvorfor det er bevegelse i abortspørsmålet i alle de nordiske landene.

Den grunnleggende bevegelsen i abortspørsmålet i våre nærområder er i liberal og ikke konservativ retning. Summen av utviklingstrekkene jeg har beskrevet, tilsier at abortspørsmålet på mange måter er endret og fremstår i et annet lys. Gitt det samfunnet vi nå har, det vi nå vet, den teknologien vi har valgt å akseptere og de holdninger og verdier vi nå lever etter, så befinner «vi» oss på et annet sted enn i 1970-årene. Dette gjelder ikke noen få av oss – hele fellesskapet har flyttet seg, selv om det fremdeles vil være store individuelle forskjeller i hva man mener.

Det mest markante uttrykk for denne endringen i Norge, finner man trolig i kirkens syn på abortloven. I 1970-årene var den norske kirke mot-

stander av den nye abortloven og enhver form for selvbestemmelse. Loven om selvbestemt abort stred mot Guds ord. I 1980-årene jobbet kirken for å reversere abortloven. Hopper vi så til 2019, skjer det bemerkelsesverdige at et samlet bispemøte beklaget Kirkens «manglende forståelse for kvinners erfaringer og de utfordringer de har opplevd» samt Kirkens historisk sett «manglende engasjement for kvinners frigjøring og rettigheter» (14). Selv-sagt skal ikke Kirken fremstilles som en forkjemper for mer liberale abortlover i 2020-årene. Men bispemøtets beklagelse er en indikasjon på at vi alle påvirkes av de grunnleggende drivkreftene som kunnskapsutviklingen, teknologiutviklingen og verdiutviklingen representerer. For de konservative kreftene som jobbet mest iherdig mot selvbestemt abort i 1970-årene, fremstår kampen den gang, med 2020-briller, som en kamp som delvis er verdt å beklage.

Noe har skjedd på 50 år. Kunnskapen vi nå har om abortpraksis og regulering av abort, fosterdiagnostikkens og teknologiens inntog og endringene i våre felles holdninger og verdier, gjør at abortspørsmålet fremstår i et annet lys enn i 1970-årene. Derfor er det naturlig med en ny abortdebatt nå. Samtidig er det også tilfelle at det etiske kompromisset innbakt i abortloven fra 1970-årene, har muliggjort sterk tverrpolitisk støtte for abortloven de siste årene. At loven signaliserer at fosteret har økende rettsvern, har gjort det mulig for mange kritikere å leve med abortloven. Spørsmålet er om kompromisset bør ha en rolle å spille i en fremtidig abortlov eller om man tenker det er spill for galleriet. Utfallet av den debatten er ikke gitt.

Litteratur

1. Holm S. The stability of political compromise – abortion legislation in Denmark and Norway. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2023; 32: 337–343. <https://doi.org/10.1017/S0963180122000676>
2. Elvbakken KT. *Abortspørsmålets politiske historie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2021: 254–292. <https://doi.org/10.18261/9788215042923-2021>
3. Gud har mistet flertallet. *Klassekampen* 27.6.2022. <https://www.nb.no/items/1dcd9991d14edc967189583c4b13fbe9?page=3> (11.9.2023).
4. Singer P. *The expanding circle – ethics, evolution, and moral progress*. New York: Princeton University Press, 2011.
5. Folkehelseinstituttet. *Rapport om svangerskapsavbrot 2022*. <https://www.fhi.no/publ/2023/rapport-om-svangerskapsavbrot--2022/> (29.8.2023).
6. Sosialstyrelsen. *Statistik om aborter 2022*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-5-8521.pdf> (29.8.2023).

7. Clealand J. The complex relationship between contraception and abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 62: 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.007>
8. Sommerseth E, Sundby J. Kvinners erfaringer i møtet med abortnemnda ved sene svangerskapsbrudd. *Sykepleien Forskning* 2007; 2: 156–164. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0054>
9. Haaland MES, Kjelsvik M, Cetin K et al. *Kvinnens erfaringer med abortnemnder*. Rapport. Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, 2023.
10. World Health Organization. *Abortion care guideline*. 8.3.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (29.8.2023).
11. Løkeland-Stai M. Norsk abortlov til hinder for nye retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0112>
12. Solberg B. Abortnemndenes mål og mening. *Nytt norsk tidsskrift* 2022; 39: 317–328. <https://doi.org/10.18261/nnt.39.4.5>
13. Salvesen KÅB. Antall aborter etter uke 18 vil bli halvert. *Aftenposten* 3.5.2021. <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/86dwgW/antall-aborter-etter-uke-18-vil-bli-halvert> (29.8.2023).
14. Den norske Kirke. *Uttalelse fra biskopene i Den norske kirke*. 15.2.2019. [Samtalen om abort – et bidrag fra Bispemøtet - Bispemøtet \(kirken.no\)](https://www.kirken.no/medie/nyheter/uttalelse-fra-biskopene-i-den-norske-kirke) (29.8.2023).

Takk til Bjørn Myskja, Janicke Syltern og Lars Ursin for kritiske og konstruktive kommentarer til tidligere utkast.

Berge Solberg

berge.solberg@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7491 Trondheim

Berge Solberg er professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og medlem av abortutvalget som skal levere en offentlig utredning (NOU) i desember 2023.

Abortutvalgets mandat og arbeid

Michael 2023; 20: 449–456

Abortutvalget ble nedsatt av Regjeringen i juni 2022. Utvalget skal se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort og alternativer til dagens abortnemnder. Arbeidet skal føre frem til en offentlig utredning, som skal være klar i desember 2023.

Abortutvalget er et uavhengig utvalg. Rammer for arbeidet er gitt i mandatet (1), veileder for utvalgsarbeid i staten (2) og utredningsinstruksen (3). Prosessen fra oppstart til levering er en diskusjon innad i utvalget (ramme 1).

Samtidig med at utredningen er overlevert blir den offentliggjort og publisert i serien Norges offentlige utredninger (NOU). Ofte vil en slik utredning sendes på høring fra departementet i forbindelse med den videre prosessen. Skal utredningen ende opp med lovendringer, utarbeider departementet et lovforslag (lovproposisjon) som forelegges Stortinget og beslutninger om lovendring eller ny lov tas deretter i Stortinget.

Abortutvalget ledes av jurist Kari Sønderland og består av jordmor, helse- sykepleier, jurister, etikere og legespesialister i gynekologi, fostermedisin, pediatri og allmennmedisin (ramme 2). Totalt er det 13 medlemmer, inkludert leder i utvalget. For å bistå utvalget er det ansatt et faglig sekretariat med to utvalgssekretærer.

Ramme 1. Hva er Abortutvalget?

Abortutvalget er et offentlig utvalg som skal vurdere abortlovens bestemmelser og komme med endringsforslag, herunder dagens grense for selvbestemmelse, oppfølgingen av kvinner som tar abort og alternativer til dagens abortnemnder. Arbeidet skal resultere i en offentlig utredning (NOU), som skal overleveres til Regjeringen i desember 2023.

Ramme 2. Abortutvalgets medlemmer

- Kari Sønderland, leder. Jurist og tidligere ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, pensjonist, Oslo
- Astrid Grydeland Ersvik, helsesykepleier, seniorrådgiver i Fag- og helsepolitisk avdeling i Norsk sykepleierforbund, Kristiansund
- Berge Solberg, professor i medisinsk etikk, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
- Birgitte Heiberg Kahrs, fostermedisiner, gynekolog ved Spiren fertilitetssenter og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
- Claus Andreas Klingenberg, seksjonsoverlege ved nyfødtintensivavdelingen og professor ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
- Elham Baghestan, overlege ved Haukeland universitetssjukehus, spesialist i gynekologi og obstetikk, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, Bergen
- Karl Harald Søvig, jurist med doktorgrad i helserett. Dekan og professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen
- Kristin Holanger Bodenstien, avdelingsleder for helsesykepleier- og jordmortjenesten i Grimstad kommune. Tidligere nestleder i Jordmorforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Arendal
- Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin, fastlege, spesialist i allmennmedisin, Tynset
- Morten Magelssen, lege og medisin-etiker, førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, Oslo
- Nina Lem Samuelsen, helseforetaksjurist, Helse Bergen, Bergen
- Ståle Onsgård Sagabråten, fastlege, spesialist i allmennmedisin, nestleder i fagstyret i Den norske legeförening, Nesbyen
- Tilde Broch Østborg, overlege, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Stavanger universitetssjukehus, ph.d. i fødselshjelp, Stavanger

Abortutvalgets mandat

Mandatet for utvalget er gitt av Regjeringen (1). Utvalget er bedt om å gjennomgå bestemmelser i lov om svangerskapsavbrudd og vurdere alternativer til dagens abortnemnder. Utvalget skal innhente kunnskap om og

vurdere rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, samt oppfølgingen av kvinner som tar abort. I mandatet står det at dagens organisering av tilbudet også bør vurderes og at i tillegg bør utvalget sammenligne praksis for nemnder og oppfølging med andre nordiske land. Utvalget skal vurdere et alternativ til dagens abortnemnder som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke og et alternativ der grensen for selvbestemmelse utvides. Abortutvalget kan foreslå endringer i praktisering, lov og forskrift som følge av sine anbefalinger og utvalget skal også vurdere reglene om fosterantallsreduksjoner.

Regjeringen har lagt følgende føringer til grunn for utvalgets arbeid: Samfunnet skal så langt som råd sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Det skal sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskap om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, slik at antall svangerskapsavbrudd blir lavest mulig. Hvis det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig utenfor mors liv, skal tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis. Hvis svangerskapet medfører overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i loven og helsepersonell skal fortsatt ha rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner mot å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd.

Abortutvalget har besluttet at det vil foreslå en ny abortlov. Alternativet er å foreslå at endringer gjøres i gjeldende lov og/eller forskrift. Dagens abortlov er tilnærmet uendret siden den kom i 1975. Abortloven og abortforskriften er ikke endret i tråd med utviklingen i annet regelverk og språket er også preget av at den er nær 50 år gammel.

Arbeid og arbeidsform

Utvalget har avholdt 13 utvalgsmøter i perioden august 2022 til november 2023. De fleste møtene er avholdt som todagersmøter. Det har vært ett møte i Bergen, ett i Trondheim, fem møter på Gardermoen og seks i Oslo. På møtene høsten 2022 inviterte utvalget eksterne foredragsholdere til møtene som hadde innlegg for utvalget. Et bredt tilfang av fagpersoner og organisasjoner ble hørt. Utvalget har også møtt kvinner som har fortalt om sine erfaringer.

I arbeidet med utredningen har utvalget innhentet kunnskap om abort i Norge, Norden og i andre land. Kunnskapsgrunnlaget består av forskning, rapporter, dokumentasjon, og publikasjoner og informasjon til utvalget gjennom møter med fagpersoner, organisasjoner og interessenter. I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å fremskaffe kunnskap om abort i helse-tjenesten. Direktoratet leverte en rapport om dette vinteren 2022. Folke-

helseinstituttet ved Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister har bidratt med statistikk om abort. Rambøll har på oppdrag fra utvalget og i samarbeid med sekretariatet gjennomført en spørreundersøkelse blant abortnemndene. Sekretariatet har gjennomført intervjuer med nemndsmedlemmer om praksis og erfaringer. Abortutvalget har også innhentet forskning om kvinners erfaringer med abortnemnder (4). Resultater fra dette forskningsoppdraget blir offentliggjort samtidig med den offentlige utredningen. Folkehelseinstituttet har utarbeidet en rapport om register og overvåking av abort i Norge med innspill til utvalget med sine anbefalinger.

Når det gjelder kvinners erfaringer med abortnemndene, dreier det seg om mer enn hvorvidt kvinnene blir møtt på en vennlig og omsorgsfull måte. Kvinners opplevelse med abortnemnder er preget av et skjevt maktforhold mellom kvinne og nemnd på grunn av nemndens rolle og oppgave som beslutningstaker. Mange opplever også at nemnden har en uklar rolle, at de ikke har fått god nok informasjon og at nemndsmøtet gir lite rom for spørsmål og åpen dialog fordi nemndens oppgave er å innvilge eller avslå søknad om abort.

Om abort i Norge

Regulering og organisering

I Norge er kvinners rett til og tilgang til abort regulert i abortloven og i abortforskriften (5–7). Kvinner i Norge har selvbestemt abort frem til uke 12¹ i svangerskapet. Den offentlige spesialisthelsetjenesten i Norge skal organisere og tilby abort. Ved abort før uke 12 kan kvinnen ta kontakt direkte med sykehuset for avtale om time eller hun kan kontakte sin fastlege som kontakter sykehuset for avtale. De fleste aborter foretas medikamentelt.

I 2022 ble det gjennomført 11967 svangerskapsavbrudd i Norge og 95,1 % av disse var før uke 12 og dermed selvbestemte (8). I 2022 ble det utført 590 nemndsbehandlede svangerskapsavbrudd etter uke 12. Aborttallene har de siste 15 årene vært synkende i likhet med fødselstallene, men i 2021 og 2022 har det vært en økning av aborter, slik at man i dag er tilbake til samme nivå som i 2018 (8).

Etter svangerskapsuke 12 kan abort bare gjennomføres dersom visse vilkår er oppfylt og en nemnd har innvilget søknad fra kvinnen. Vilkårene er knyttet til sykdom eller tilstander hos fosteret, fysisk eller psykisk sykdom hos mor, sosiale grunner og kvinnens livssituasjon eller at svangerskapet er resultat av en straffbar handling etter visse bestemmelser i straffeloven, som overgrep, voldtekt mv. Det er ikke kvinnen selv, men en nemnd som består

1 Det vil si 11 uker og 6 dager.

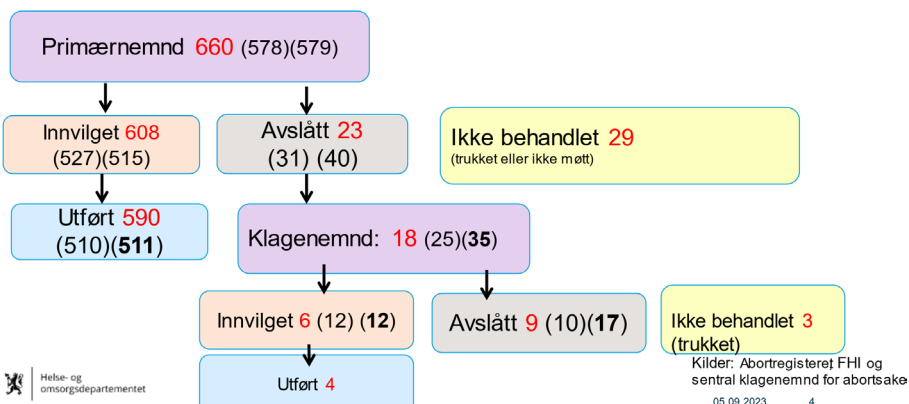
av to leger som innvilger eller avslår søknaden og beslutter om kvinnen kan ta abort eller ikke etter uke 12. Dersom nemnden vurderer at et eller flere av vilkårene for abort etter uke 12 er oppfylt, skal søknaden innvilges. Dersom nemnden vurderer at vilkårene ikke er oppfylt, avslås søknaden og aborten kan ikke gjennomføres selv om kvinnen ønsker dette.

Ved avslag går søknaden automatisk videre til behandling i sentral klagenemnd for abortsaker. De fleste søknader innvilges i nemnd, men hvert år er det noen få kvinner som får avslag. I 2022 behandlet de 23 nemndene i Norge 660 begjæringer om abort etter uke 12. De aller fleste av disse innvilges i primærnemnd. Etter behandling i nemnd fikk ni kvinner endelig avslag på søknad om abort i klagenemnd i 2022 (ramme 3) (8).

Ramme 3. Om nemndsbehandlede begjæringer om abort og nemndsbehandlede aborter i 2022. Data fra Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

I 2022 mottok landets 23 primærnemnder 660 begjæringer (søknader) om abort. 608 av søknadene ble innvilget, 23 avslått og 29 trukket før behandling i primærnemnd. Av de 23 søknadene som ble avslått, gikk 18 videre til behandling i klagenemnd og fem ble trukket eller ikke møtt. I klagenemndas endelige behandling av sakene ble ni søknader avslått og seks innvilget. Fire aborter ble utført etter innvilgelse i klagenemnd og 590 aborter ble utført etter innvilgelse i primærnemnd i 2022.

Nemndsbehandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd 2022 (2021 og 2020 -tall i parentes)



Sentrale spørsmål i utvalgets arbeid

Noen sentrale spørsmål i utvalgets arbeid har vært menneskerettigheter og abort, kvinners selvbestemmelse og fosterets rettsvern. Abort reiser etiske spørsmål om livssyn, tro og erfaringer som alle spiller inn på hvordan man ser på de ulike spørsmålene. For den enkelte kvinne som er i en situasjon der hun vurderer abort, vil hennes etiske og moralske vurderinger være direkte relatert til hennes liv, hennes relasjoner og hennes fremtid. Et sentralt spørsmål når det gjelder selvbestemmelse er om det er kvinnen selv eller andre som skal bestemme om hun kan få ta abort eller ikke. Et inngrep i kvinnens selvbestemmelse over egen kropp og beslutninger som gjelder hennes liv og fremtid er et betydelig inngrep i kvinnens rettigheter, og må begrunnes og vedtas i lov. Skal staten begrense kvinnens selvbestemmelse? Hvis kvinnen ikke kan beslutte fritt, men abort er tillatt på visse vilkår: Hva er grunnen til dette? Hvem skal beslutte istedenfor kvinnen? Og hvilke vilkår skal legges til grunn for abort etter tidspunkt for selvbestemmelse? Grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, slik som forutsigbarhet, likebehandling og hurtig saksbehandling står sentralt i alle avgjørelser om abort.

Abortutvalget har arbeidet med både etiske, juridiske, samfunnsmessige, medisinske og forvaltningsmessige spørsmål relatert til abort i Norge. I tillegg til temaene som er nevnt over har utvalget blant annet sett på fosterantallsreduksjon, spørsmål om «levedyktighet», tjenester til kvinner som søker abort, reservasjonsrett og status for abortnemndene i Norge og i nordiske land.

Abortutvalget har jobbet med å innhente bedre kunnskap om abort. I Norge er det forsket oppsiktsvekkende lite på abort, til tross for at rundt 10 000 norske kvinner årlig gjennomgår provosert abort. Abort har vært gjenstand for heftige politiske debatter, med sterke meningsmotsetninger og temaet er en gjenganger på 8. mars-parolene og et sentralt spørsmål for kvinnebevegelsen. Abort vekker naturlig nok sterke følelser, og det kan være vanskelig å skille mellom kunnskapsbaserte og emosjonelle argumenter.

Skriftlige og billedlige kilder viser at avbrytelse av svangerskap har blitt praktisert til alle tider i alle samfunn. Prevensjon, svangerskap, abort og fødsel har vært et kvinnelig anliggende, og kvinner og kloke koner har bistått og støttet hverandre. Kvinnelig reproduksjon ble gradvis sett som et samfunnsanliggende. Dette skjedde i takt med ny biologisk kunnskap om menns rolle i reproduksjonen, økt betydning av materiell eiendom og arv, og i en tid da barn var en verdifull arbeidsressurs. For nasjonalstatene var befolkningsvekst et mål, og arbeidskraft var etterspurt i industriell produksjon. Fra starten av 1900-tallet ble kvinners adgang til abort sterkt innskrenket i nasjonale lover i Europa og USA. Etter dette har pendelen igjen svingt i retning av en større aksept for kontroll og selvbestemmelse for kvinner.

Økt myndighet og selvbestemmelse for gravide kvinner kan ses i sammenheng med fremveksten av menneskerettighetene etter annen verdenskrig og en økende oppmerksomhet om kvinners reproduktive rettigheter. Spørsmålet om abort har blitt diskutert som et spørsmål om kvinners rett til liv og helse, selvbestemmelse i privatlivet og likestilling. Graviditet, fødsel og abort er en kjønns spesifikk opplevelse, og noe bare biologiske kvinner kan oppleve. Statlig inngripen i reproduksjon er derfor i kjernen av arbeidet for likestilling av kvinner, og har stor betydning for reell likestilling og likestilte muligheter i samfunnet.

For kvinner som står i en situasjon der de vurderer abort, er det deres liv og deres fremtid det er snakk om. Mange opplever at man er alene fordi abort fortsatt er et tabubelagt tema som for mange er forbundet med skam og mange er redde for å bli møtt med fordømmelse. Utvalgets utredning viser at kvinner tar spørsmålet og situasjonen på dypt alvor, og har stort behov for å bli møtt med respekt og støtte.

Utvalget har jobbet med etiske spørsmål knyttet til fostrets status og verdi. Tidspunktet der mange fostre kan overleve utenfor livmoren, oftest med behandling, har vært et knekkpunkt i norsk rett for når det ikke lenger er tillatt med abort, unntatt i nødrettstilfeller. Utvalget er bedt om å legge dette til grunn i sitt arbeid. Et av mange etiske spørsmål er når fostret har en moralsk verdi, med krav på beskyttelse. Hva er de mest egnede måter å beskytte fostre på? For utvalget er det også et spørsmål om hvordan dette skal reguleres i et regelverk om abort.

Debatter de siste årene om hjemme-aborter og spontanabort har satt nytt søkelys på oppfølging, veiledning og støtte i forbindelse med abort. For en del kvinner har opplevelsene med abort hatt store personlige kostnader. Flere kvinner har gitt uttrykk for at de opplever både mangelfull informasjon og manglende ivaretagelse. Dette var blant annet tema på Stiftelsen Amatheas fagdag i 2023 (9).

Utvalget har arbeidet med å fremskaffe kunnskap og foreslå tiltak knyttet til tilbudet i Norge til kvinner som søker abort. God informasjon og ivaretagelse av kvinnene er viktig. Gravide kvinner som kommer i en situasjon der de er uønsket gravide eller vurderer abort på grunn av for eksempel alvorlig sykdom, er i en utfordrende situasjon der de trenger støtte, ivaretagelse og informasjon. Abortutvalget vil foreslå tiltak knyttet til dette.

Utvalget vil overlevere sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2023. Vi håper utredningen vil gi grunnlag for gode og konstruktive diskusjoner om abort i fremtiden.

Litteratur

1. Abortutvalget. *Helse- og omsorgsdepartementet*. [Abortutvalget - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) (1.9.2023).
2. Veileder for utvalgsarbeid i staten. 8.9.2021. *Kommunal- og distriktsdepartementet*. [Utvalgsarbeid i staten - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) (1.9.2023).
3. Utredningsinstruksen. 19.2.2016. *Finansdepartementet*. [Utredningsinstruksen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) (1.9.2023).
4. Nyheter. *Abortutvalget*. [Nyheter – Abortutvalget \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no) (1.9.2023).
5. *Lov om svangerskapsavbrudd*. [Lov om svangerskapsavbrudd \[abortloven\] - Lovdata](https://lovdata.no) (1.9.2023).
6. *Forskrift om svangerskapsavbrudd*. [Forskrift om svangerskapsavbrudd \(abortforskriften\) - Lovdata](https://lovdata.no) (1.9.2023).
7. Veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd, *Helsedirektoratet*. [Abort \(svangerskapsavbrudd\) – Veileder til forskrift - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no) (1.9.2023).
8. Abortregisteret. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/> (1.9.2023).
9. Jubileumsfagdag – Stiftelsen Amatheia (1.9.2023).

Kari Sønderland
kari125@live.no

Kari Sønderland er leder av Abortutvalget, jurist, tidligere ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet (2002–2022) og nå pensjonist.

Bente Bryhn
bente.bryhn@hod.dep.no
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Bente Bryhn er seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet og utvalgssekretær i Abortutvalget.

Maren-Anna Lervik
maren-anna.lervik@hod.dep.no
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Maren-Anna Lervik er seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet og sekretariatsleder i Abortutvalget.

Abort i Noreg – metodar og statistikk 1979–2022

Michael 2023; 20: 457–465

Sidan 1998 har det vore ei nesten total overgang frå kirurgisk til medikamentell behandling av abort. Samstundes har aborttala sidan 2008 vore sterkt fallande fram til 2021 og er historisk låge. Andelen seinabortar av alle abortar har vore tilnærma uforandra på under fem prosent. Hovuddelen av seinabortar i dag vert utført grunna sjukdom og misdanningar hjå fosteret, og nesten alle seinabortar vert innvilga i nemnd.

Fram til 1998 var kirurgi i realiteten den einaste abortmetoden ein hadde for dei tidlege abortane opp til 12 vekers gestasjon. Gynekologane dilaterte cervixopningen og evakuerte svangerskapsprodukta med buttt kyrette og abortttang. Seinare blei vakuumsug standard metode med redusert risiko for skade av endometriet. Frå veke 10 i svangerskapet aukar kravet til blokking av cervix både for instrumentering og for evakuering av svangerskapsprodukta.

I 1970-åra oppdaga den svenske biokjemikaren Sune Bergström (1916–2004) og hans team prostaglandinar og fekk nobelprisen for dette i 1982 (1). Dei syntetiserte mellom anna prostaglandin F som får glatt muskulatur i livmora til å trekka seg saman og samtidig mjukgjera livmorhalsen. Frå slutten av 1970-åra vart prostaglandin introdusert for å gjera livmorhalsen lettare å blokke og redusere risiko for skade under blokkinga (2).

I Norden har ein aldri hatt tradisjon for å utføre kirurgisk abort etter veke 12, sjølv om nokon har strekt utføringa av kirurgisk abort til veke 14 i særskilde tilfelle. Kirurgisk abort etter første trimester er ei prosedyre som er teknisk vanskelegare med større risiko for komplikasjonar både på livmorhals og livmor. Etter dilatasjon av livmorhalsen installerte ein ofte, før oppdaginga av prostaglandin, desinfeksjonsmiddelet Rivanol via eit kateter ekstraamnionalt, for å irritere vevet og provosere fram abort (2). Bruk av

prostaglandin og ulike former for dilatasjon og seinare perforasjon av fosterhinnene og stimulering med oxytocin-preparater, tok etter kvart over for Rivanol (2). Behandlinga var ofte smertefull og tok fleire dagar. Utviklinga av medikamentell abort med mifepriston og misoprostol har etter kvart tatt heilt over og har både forenkla og korta behandlingstida for kvinna som treng abort (3).

Utviklinga av medikamentell abort

Abortpilla mifepriston er eit anti-glukokortikoid og anti-progesteron som vart utvikla i 1980-åra av den franske biokjemikaren Étienne-Émile Bauliau (4). Det var eit tilfeldig funn under forsøk på å finne nye behandlingalternativ ved kreftbehandling. Ved å blokkere for progesteron får kroppen det same signalet som den vil få ved ein spontanabort. Sjølv ved mykje høgare dosar enn det ein nyttar i dag, var effektiviteten av mifepriston åleine berre om lag 60 %. Det var fyrst etter at Mark Bygdeman og hans team ved Karolinska Institutet la til prostaglandin til behandlinga at effektiviteten kom opp i 94–95 % (5), slik som i dag. Ca. 95 % oppnår komplett abort med 200 mg mifepriston og 800 µg misoprostol. Sidan metoden var etablert, er det gjort mange studiar for å finne minste effektive dose, type prostaglandin og mest effektive og tolerable administrasjonsmåte. Dei første forsøka var på graviditetar opp til sju vekers gestasjonslengde, men ein har seinare utført ei rekke studiar som har utvida bruksområda for medikamenta slik at ein i dag har tilrådde prosedyrar for bruk av kombinasjonen mifepriston og misoprostol ved alle svangerskapslengder (3, 6).

Etter kliniske utprøvingar av mifepriston i kombinasjon med ein prostaglandinanalogue, vart det registrert og godkjend som abortpille i Frankrike i 1988. Roussel-Uclaf/Hoechst som eigde medikamentet møtte mykje motstand og trugsmål om boikott grunna abortpilla. Dei ynskte difor å trekke den frå marknaden. Det vart politiske diskusjonar. Etter berre eit par dagar ga den franske regjeringa som var medeigarar i firmaet, beskjed om at Roussel-Uclaf/Hoechst ikkje fekk lov til å trekke mifepriston frå marknaden. Dei kunne ikkje tillate at kvinner ikkje skulle ha tilgang til eit medikament som i slik grad revolusjonerte abortbehandlinga. Den franske regjeringa sa at mifepriston ikkje berre var eigedommen til eit farmasøytisk firma, det var også den moralske eigedommen til kvinner (4).

Storbritannia var raske med å registrere medikamentet i 1991 og Sverige i 1992, men så vart det brått stopp av godkjenning for bruk i fleire land. Grunna redselen for politisk motstand blokkerte leiaren for Roussel-Uclaf/Hoechst for å godkjenne preparatet i fleire land. Medikamentet var heller ikkje tilgjengeleg på registreringsfritak. I 1997 overførte Roussel-Uclaf/

Hoechst mifepriston til selskapet Exelgyn som vart drive av den tidlegare konsernsjefen i firmaet, Edouard Sakiz. Exelgyn var og er eit firma som berre produserer mifepriston og misoprostol. Exelgyn er difor immun mot boikott frå motstandarar av abort. På det tidspunktet kunne mifepriston verta tilgjengeleg for andre land som ynskte å ta det i bruk og har raskt vorte registrert i fleire land (4).

Ullevål universitetssjukehus ynskte allereie i 1989 å ta i bruk mifepriston, men grunna eit forslag frå Kristeleg folkeparti i Stortinget om forbod mot mifepriston, vart det stogga. Sjølv om fleirtalet i helsekomiteen på Stortinget stemte ned forslaget og var for at sjukehuset skulle ta i bruk middelet, så trekte Roussel-Uclaf/Hoechst seg og ville ikkje lenger gi tilgang til medikamentet. Det skulle gå nesten ti år før ein fekk tilgang til mifepriston i Noreg (4).

Dei siste 25 åra har det vore ei total omlegging av abortbehandlinga i Noreg. Fram til 1998 var alle abortar opp til 12 veker utført kirurgisk. Men våren 1998 vart den fyrste aborten utført ved hjelp av pillar åleine ved Kvinneklubben i Bergen (4).

Då ein fyrst skulle byrja med medikamentell abort, fekk ein tak i medikamentet via registreringsfritak før det vart godkjend for bruk i 2000. Allereie det fyrste året sette universitetsklinikkane i Bergen, Tromsø, Oslo og Stavanger i gang behandling med mifepriston, og innan 2001 var det tilgjengeleg ved halvparten av alle gynekologiske avdelingar i Noreg (4). I dag er medikamentell abort hovudmetoden for abort uavhengig av svangerskapslengde og 95 % av alle abortar vart utført medikamentelt i 2022 (7).

Etter eit langvarig arbeid med forskning og samling av data kom Verdas helseorganisasjon (WHO) våren 2022 med nye retningslinjer for abort (8). Dei konkluderer med at abortlover ikkje kan hindre abortar. Lover kan berre brukast til å sikre kvinner god helsehjelp og unngå at dei må ty til farlege og illegale metodar for å ta abort. Det er berre god seksualundervisning og kunnskap om og tilgang til prevensjon som kan redusere talet på abortar, seier dei. WHO tilrår at ein flytter behandlinga for tidleg abort så nær kvinna som mogleg, det vil seia ut til primærhelsetenesta og over på fleire hender. Dei tilrår ei oppgåvegledning for dei tidlege, ukompliserte abortane, og tilrår at ein også inkluderer helsefagarbeidarar, farmasøytar, jordmødrer og sjukepleiarar som behandlarar av abort. På mange norske sjukehus har allereie sjukepleiarar og jordmødrer tatt over denne behandlinga.

WHO tilrår også at ein opnar for abortbehandling via telemedisin (8). Abort via telemedisin fungerer slik at ein via strukturerte anamnesar kan triagere kvinner med sikre svangerskapslengder og normale svangerskap til å tilsendt medikamenta i posten eller via resept utan klinisk undersøking

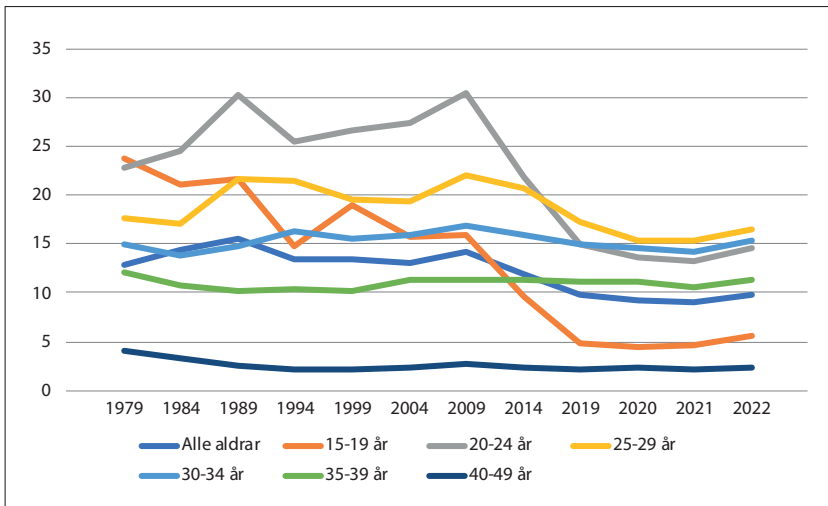
dersom dei ynskjer det. Kvinner med usikker siste mens, risikoteikn for ektopisk graviditet, for langtkomen graviditet eller som sjølv ynskjer klinisk undersøking skal triagerast til vidare klinisk oppfølging og undersøking. Ei slik handtering av tidlege abortar er godt dokumentert gjennom fleire studiar som trygt og ynskt av mange kvinner (9). I Storbritannia vart dette hovudmetode under covid-19-pandemien, og det var eit så stort ynske både frå kvinner og fagmiljøa om å vidareføre dette også etter pandemien, at parlamentet vedtok å fortsette med tilbodet våren 2022 (10).

I Noreg er det klåre avgrensingar i lova når det gjeld kven som kan utføre abort og kor. Abort skal utførast av lege og at det skal skje på sjukehus eller der statsforvaltaren gir godkjenning til at det kan utførast (11). På bakgrunn av det var det gjennomført ein studie der kvinner fekk tilbod om tidleg abort hjå avtalespesialistar i gynekologi i perioden 2015–2017 (12). Dei som deltok i studien var nøgde med tilbodet, men ein har ikkje seinare opna opp for ei vidareføring av det. Når sjukepleiarar og jordmødrer utfører nødvendige undersøkingar og behandling med medikamentell abort ved norske sjukehus er det ansvarleg lege i avdelinga som står som øvste ansvarlege for behandlinga. Dei er også avhengige av at ordinasjonen av medikamenta er signert av lege. Medikametet mifepriston er også strengt regulert og kan ifølge Felleskatalogen berre utleverast til sjukehus eller annan institusjon som har godkjenning frå Statsforvaltaren til å utføre svangerskapsavbrot. Sidan mifepriston også er tilrådd brukt til behandling ved uteblitt abort (missed abortion) (13), så fører restriksjonane i kven som kan få tilgang til det også til at færre behandlarar kan gi den beste tilrådde behandlinga ved spontanabort.

Abortregisteret og utvikling i aborttala

Abortregisteret er eit avidentifisert register som inneheld opplysningar frå lov om sjølvbestemt abort tredde i kraft i 1979. Registeret er regulert ved ei eiga forskrift og har som formål *«å samle inn og behandle opplysningar tilknyttet begjæringar om svangerskapsavbrudd for å utarbeide statistikk, evaluere tiltak mot uønskede svangerskap og avbrudd og bidra til god ressursutnytting og kvalitet i behandlinga av kvinners reproduktive helse»*. Alle institusjonar som utfører abort er pålagt å melde inn til registeret (14).

Registeret tel talet på abortar og ikkje talet på kvinner som tar abort. Sidan 1979 har det vore registrert 679 851 krav om abort og av dei er 625 351 utført. Det er i snitt 14 543 utførte abortar per år sidan 1979. Den historisk høgste registreringa av utførte abortar i Noreg sidan 1979 var i 1989 med 16 209 abortar og ein abortrate på 15,5 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år (figur 1). I 2008 var det ein ny topp i utførte abortar på



Figur 1. Talet på abortar per 1000 kvinner fordelt på alder 1979–2022. Basert på tabell A3 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet (7)

16 139 abortar og ein rate på 14,5 per 1000 kvinner, men sidan 2008 har talet på utførte abortar vore jamt og tydeleg fallande til den lågaste registreringa med 10 875 utførte abortar og ein rate på 9,0 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år i 2021. Den lågaste registreringa er utført under covid-19- pandemien. Etter pandemien ser vi på nytt ein auke i aborttala (7).

Abort blant tenåringar

Då lov om sjølvbestemt abort tredde i kraft i 1979, hadde kvinner under 20 år den høgste abortraten av alle aldersgrupper. I 1979 var abortraten 23,8 av 1000 kvinner i alderen 15–19 år. Sidan 1981 har dei alltid hatt ei lågare abortrate enn kvinner 20–24 år og frå 1989 har dei også hatt ei lågare abortrate enn kvinner i aldersgruppa 25–29 år. I åra 1979–2008 var abort-rata i denne gruppa svinga ein del, men over tid vore fallande. Frå 2008 ser vi eit distinkt og tydeleg fall år for år. Sidan 2014 har abortraten for kvinner 15–19 år vore under 10 per 1000 kvinner. Den historisk lågaste rata ser ein i 2020 på 4,4 per 1000 kvinner 15–19 år (7). Dette fallet i abortar så ein i denne gruppa frå 2008 i heile Norden (15) og i fleire andre land som til dømes Skottland (16) og New Zealand (17). Ein ser også ein auke frå 2021 i den same gruppa. Ei av årsakene til nedgangen er truleg betre tilgang til langtidserkande prevensjon som p-stav og hormonspiral.

Abort blant kvinner i 20-åra

Sidan 1981 har kvinner i alderen 20–24 år hatt den høgste abortraten. Dei nådde ein topp i 2008 med ein rate på 30,7 per 1000 kvinner i alderen 20–24, men sidan 2008 har ein sett det same tydelege fallet fram til 2021 som for kvinner under 20 år. I 2021 var dei nede i ein rate på 13,3 per 1000 kvinner. Det kan sjå ut som om dei kvinnene som var i alderen 15–19 år i 2008 har tatt med seg sin prevensjonsåtfærd over i 20-åra. Sidan 2015 er det aldersgruppa 25–29 år som har hatt den høgste abortraten. I 2021 var den på 15,3 per 1000 kvinner (7).

Etter 2021 har vi på ny sett ein auke i abortraten både i Noreg og Skottland (7, 16).

Seinabort

Etter utgangen av veke 12 er ikkje lenger abort sjølvbestemt, og kvinner som trenger abort må møte i ei nemnd som kan innvilge abort etter visse kriterium nedfelt i § 2 i lov om svangerskapsavbrot (11). Samansetninga av nemnda stammer frå abortlova av 1960. Den består av ein lege frå avdelinga som utfører abort og ein ekstern lege oppnemnd av Statsforvaltaren.

Kriteria i § 2 i abortloven er:

- a) *svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom;*
- b) *svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;*
- c) *det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;*
- d) *hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312, 313 og 314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302 og 314; eller*
- e) *hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.*

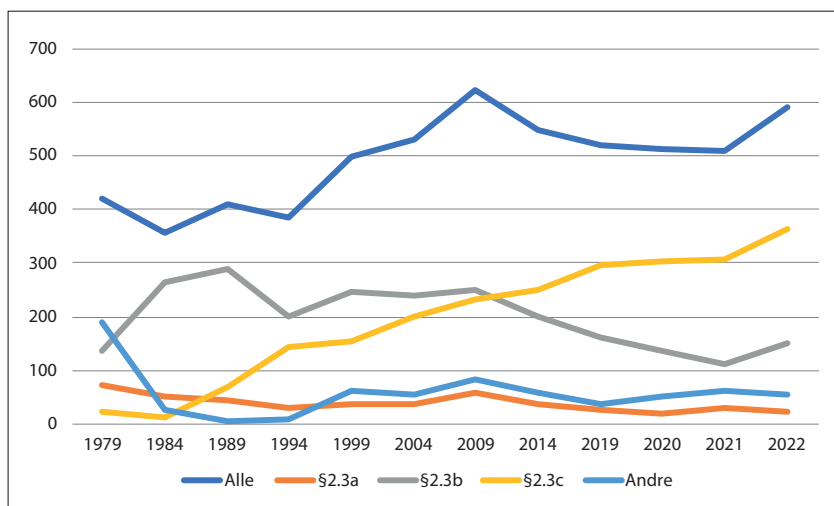
I tillegg seier lova «Det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.» og «Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.» (11).

Prosentdelen nemndbehandla abortar i forhold til det totale talet på abortar har vore stabilt i heile perioden 1979–2022. I snitt har dei stått for 4 % av alle abortar, frå 2,9 % i 1991 til 4,8 % i 2019 (7). Nedgangen i talet på nemndabortar følger såleis nedgangen i det totale talet på abortar.

I heile perioden er det bokstav b og c i § 2 i abortlova som har vore hyppigast brukt. Fram til 2012 var § 2b den prosentvis mest brukte paragrafen (figur 2). Sidan 2016 har det vore ei nesten halvering i talet på abortar innvilga etter § 2b. Det skuldast ikkje minst nedgangen i det totale talet på abortar blant unge kvinner der § 2b har vore hyppigaste årsak til seinabort (7).

Bruken av § 2c har auka gradvis sidan 1986 etter innføringa av rutineultral lyd i svangerskapet (18). Før 1986 var i snitt 3,7 % av alle seinabortar innvilga etter § 2c mot ca. 60 % av alle seinabortar i 2022. Etter veke 18 i svangerskapet har i snitt 85 % av abortane vore innvilga grunna risiko for fosterskade i heile perioden 1979–2022 (7).

Innvilgingsprosenten har gått gradvis oppover frå 73,6 % i 1979 til høgste nivå i 2018 på 97,2 % for alle svangerskapslengder. Dersom ein ser på nemndabort under 18 veker, så har innvilgingsprosenten vore over 90 % sidan 1997 med ein topp på 99,2 % i 2020. Sjølv for seinabort etter veke 18 er innvilgingsprosenten no over 90 % (7).



Figur 2. Talet på innvilga nemndbehandla abortar etter vedtaksgrunnlag i § 2 i abortlova (§ 2.3a kvinna si helse, § 2.3b kvinna sin livssituasjon, § 2.3c risiko for sjukdom/avvik hjå fosteret) 1979–2022. Basert på figur A7 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet (7)

Konklusjon

Abortbehandlinga er fullstendig endra sidan 1979, frå nesten berre kirurgi til medikamentell behandling. Fordelinga mellom seinabortar og tidlege abortar har vore stabilt samtidig som aborttala har vore sterkt fallande. Fordelinga mellom tidlege og seine abortar er lik med det ein ser frå andre land uavhengig av lovgjevinga (15–17). Sidan 1979 har innvilgingsprosenten av nemndbehandla abortar gått gradvis oppover og utgjør i dag ca. 97 %.

Litteratur

1. Shampo MA, Kyle RA. Sune Bergström – Nobel Prize for Prostaglandin Studies. *Mayo Clinic Proceedings* 1998; 73: 462. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)63731-2](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)63731-2)
2. Olund A, Larsson B. Comparison of extra-amniotic instillation of rivanol and PGF2 α either separately or in combination followed by oxytocin for second trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1978; 57: 333–336. <https://doi.org/10.3109/00016347809154027>
3. Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS et al. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contraception X* 2020; 2: 100037. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100037>
4. Løkeland M. *Implementation of medical abortion in Norway 1998–2013*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2015. <https://hdl.handle.net/1956/15618>
5. Bygdeman M, Swahn M-L. Progesterone receptor blockage: effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception* 1985; 32: 45–51. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(85\)90115-5](https://doi.org/10.1016/0010-7824(85)90115-5)
6. Zhang J, Zhou K, Shan D et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022; 5: CD002855. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub5>
7. Folkehelseinstituttet. *Register over svangerskapsavbrudd (Abortregisteret)*. Statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/abort/> (3.9.2023).
8. World Health Organization. *WHO issues new guidelines on abortion to help countries deliver lifesaving care*. 9.3.2022. <https://www.who.int/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls> (3.9.2023).
9. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A et al. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019; 126: 1094–1102. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15684>
10. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Parliament votes to make telemedicine for early medical abortion permanent in England*. 31.3.2022. <https://www.rcog.org.uk/news/parliament-votes-to-make-telemedicine-for-early-medical-abortion-permanent-in-england/> (3.9.2023).
11. Lovdata. *Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (3.9.2023).
12. Pay ASD, Aabø RS, Økland I et al. Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018; 138. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0041>

13. Berner E, Tellum T, Hansen KH et al. *Spontanabort. Veileder i gynekologi*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/> (3.9.2023).
14. Lovdata. *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i register over svangerskapsavbrudd (abortregisterforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-14-1418> (3.9.2023).
15. Finnish institute for health and welfare. *Induced abortions in the Nordic countries 2021*. 14.3.2023. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries> (3.9.2023).
16. Public Health Scotland. *Termination of pregnancy statistics*. 30.5.2023. <https://publichealthscotland.scot/publications/termination-of-pregnancy-statistics/termination-of-pregnancy-statistics-year-ending-december-2022/> (3.9.2023).
17. Ministry of Health New Zealand. *Abortion services annual report*. 28.10.2022. <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/abortion-services-information-health-practitioners/abortion-services-annual-reports> (3.9.2023).
18. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1987; 107: 471–473. <https://www.nb.no/items/93836828860c6334a36b340228f4c099?page=49> (3.9.2023).

Mette Løkeland-Stai
lokeland@gmail.com
Folkehelseinstituttet
Postboks 973 Sentrum
5808 Bergen

Mette Løkeland-Stai er ph.d., overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus i Bergen og leiar for Abortregisteret i Folkehelseinstituttet.

Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet?

Michael 2023; 20: 466–477

I en abortdebatt preget av omfattende uenighet ser fosterets levedyktighet ut til å begrunne en tydelig abortgrense, som de fleste kan enes om. Men det synes ikke å være en urokkelig merkestein, men heller en som kan plasseres og flyttes ulike steder, ut fra bestemte omstendigheter og perspektiver, blant annet den medisinsk-teknologiske utviklingen. Vi gjennomgår tre perspektiver på hva levedyktighet innebærer, og mens vi forkaster det vi benevner som et uavhengighetsperspektiv, konkluderer vi med et kombinert modenhets- og ansvarsperspektiv. Dette perspektivet åpner for at det er etisk forsvarbart at abortgrensen krysser grensen for når et foster kan overleve med intensiv behandling.

I abortloven gir *levedyktighet* den øvre grense for når abort kan innvilges, med mindre det er fare for kvinnens liv eller helse (1). Da abortloven ble vedtatt i 1975, var ikke et fosters levedyktighet nærmere presisert enn som «levedyktig utenfor livmoren» (2). I 2012 ble det behov for en avklaring av når et foster kan regnes som levedyktig, på bakgrunn av at ansatte ved Rikshospitalets fødeavdeling ble i tvil om deres praksis ved senaborter var i tråd med abortloven. I et oppslag i Aftenposten fortalte jordmødre ved avdelingen:

«Rikshospitalets fødeavdeling får de vanskelige jobbene, abortene som er så sene at de skjer i det vanskelige landskapet mellom fødsel og abort. – Det er klart det er belastende å legge et slikt barn til side, mens kolleger kanskje jobber for å redde et helt tilsvarende barn i et annet rom, sier jordmor Bodil Thorsnes. Hun og hennes kolleger har det i ryggmargen at de skal ta imot og redde liv. Det er det de er utdannet til, det er det jobben handler om. Da blir det vanskelig når de noen få ganger skal gjøre det motsatte, legge et bittelite barn til side og vente på at det skal dø» (3).

Jordmødrene fikk massiv og tverrpolitisk støtte, og Helsedirektoratet satte ned en uavhengig faglig ekspertgruppe som skulle gjennomgå regelverk og praksis knyttet til senaborter. Ekspertgruppen valgte å presisere levedyktighetsbegrepet i form av en angitt svangerskapslengde, som uttrykt i abortforskriften § 18 «dersom det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet, skal et foster antas å være levedyktig etter 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager)» (4). Ekspertgruppen ønsket samtidig å beholde begrepet levedyktighet i abortloven for å synliggjøre grunnlaget for fosterets rettsvern på dette bestemte tidspunktet i svangerskapet (5). Fosterets levedyktighet synes da også å gi en klar og velbegrunnet grense for når abort ikke lenger kan være tillatt.

En grunn til at lovregulering av abort er så vanskelig, er at det ikke er lett å finne og enes om klare merkesteiner i svangerskapsforløpet. Fostre utvikler seg gradvis og ulikt, slik at satte ukegrenser for et fosters moralske status eller juridiske rettigheter lett fremstår som noe vilkårlige. Men med begrepet *levedyktighet* ser det ut til at en har funnet en merkestein som både har en klar begrunnelse, og som de fleste kan enes om: Det er uakseptabelt å tillate at den gravide kan avslutte et svangerskap hvis det fører til at en må la et levedyktig barn dø etter svangerskapsavslutningen.

I denne artikkelen skal vi undersøke og utfordre grunnlaget for denne enigheten¹, og diskutere hvilken rolle og betydning levedyktighetsbegrepet har og bør ha i forbindelse med abortspørsmålet. Vi vil undersøke i hvilken grad, og på hvilke måter, dagens levedyktighetsbegrep er klargjørende eller tilslørende i abortdebatten.

Levedyktighet i tid og rom

Levedyktig betyr ikke det samme som levendefødt. Etter abortforskriften regnes et foster som levedyktig når det er i stand til å overleve utenfor mors liv (4). Ulike tolkninger av levedyktighetsbegrepet kan brukes til å argumentere for ulike prinsipper og praksiser i forbindelse med svangerskapsavbrudd. Helsedirektoratet nevner blant annet at et fosters levedyktighet kan tolkes som fosterets fremtidige evne til å leve hvis det blir båret frem til termin, men også som fosterets evne til å overleve hvis svangerskapet blir avbrutt umiddelbart (6). Den første tolkningen dreier seg om fosteret noensinne vil kunne bli et levedyktig barn, mens den andre tolkningen dreier seg om et foster vil bli et levedyktig barn på et bestemt forløsningstidspunkt.

1 I denne artikkelen setter vi til side en diskusjon om det er etisk akseptabelt å ta abort før levedyktighetsgrensen.

I abortlovgivningen kommer den andre tolkningen til uttrykk i levedyktighet definert ved en ukegrense², noe Helsedirektoratets ekspertgruppe begrunner slik: «Normalt vil fosteret måtte ansees levedyktig rundt utgangen av 22. svangerskapsuke. Et 22 uker gammelt foster vil kunne være så utviklet at det vil være i stand til å overleve dersom det ble født og fikk optimal behandling» (7).

Med levedyktighet i betydningen å «være i stand til å overleve», menes det ikke at det fødte barnet ville kunne overleve på egen hånd, men at det i en vurdering om barnet er levedyktig «tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning» (4), noe barnet i ekspertgruppens ordlyd er «dersom det ble født og fikk optimal behandling» (7, vår utheving). Levedyktighet innebærer altså å kunne overleve ved hjelp av *intensiv medisinsk livredning og behandling*.

Barnets levedyktighet avhenger dermed av hvilken teknologi og helsehjelp som er tilgjengelig på det tidspunkt og det sted hvor fødselen skjer. Følgelig vil levedyktighetsgrensen, ut fra en slik forståelse av levedyktighetsbegrepet, endre seg i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. Nye behandlingsmetoder i nyfødttmedisinen har gjort at stadig yngre barn kan gis livreddende behandling. Dermed vil fostre som ikke ble ansett som levedyktige for 20 år siden, kunne regnes som levedyktige i dag.

Levedyktighet er ikke bare påvirket av hvor en befinner seg i den medisinsk-teknologiske utviklingshistorien, men også av hvor en befinner seg i verden og på samfunnsstigen (8). Et nyfødt barn kan regnes som levedyktig i et rikt land med store helseressurser, mens et tilsvarende barn ikke vil regnes som levedyktig i et fattig land med færre ressurser (9). Sosioøkonomiske, geografiske og kulturelle forhold internt i et land kan også innvirke på ens tilgang på helseressurser, og dermed barnets levedyktighet. Et barn født av en rik kvinne kan være levedyktig i motsetning til en fattig kvinnes nyfødte barn, og barnet til en kvinne født nært et sykehus med intensivavdeling kan være levedyktig i motsetning til et barn født langt fra et slikt sykehus.

Redning og ansvar

Er et barn levedyktig hvis det viser livstegn etter fødsel og kan holdes i live en stund ved hjelp av intensiv behandling, eller kan man først kalle et barn levedyktig hvis det er i stand til å leve opp og få et verdig liv? To ulike perspektiver på livredning ved for tidlig fødsel, helt på levedyktighetsgrensen, er *redningsperspektivet* og *ansvarsperspektivet* (11). Redningsperspektivet

2 Usikkerhet knyttet til estimering av svangerskapslengde kan være opptil 1–2 uker (10).

henger sammen med forståelsen av levedyktighet som en viss overlevelsesdyktighet, og ansvarsperspektivet henger sammen med forståelsen av levedyktighet som evnen til å leve opp og få et verdig liv.

Ved fødsel på grensen til levedyktighet er det ikke mulig å vite om akkurat dette barnet vil kunne overleve i kortere eller lengre tid, ei heller hvilke senfølger barnet vil måtte streve med hvis det lever opp. Eksistensielle avgjørelser med store konsekvenser må tas under usikkerhet. Heller vi mot redningsperspektivet, kan vi tenke at et for tidlig født barn har rett til livreddende behandling. En fødsel på levedyktighetsgrensen medfører da en redningssituasjon hvor helsepersonell har en moralsk plikt til å berge liv (12–14). Muligheten til å berge et menneskeliv berettiger forsøket på livreddende behandling, også dersom det er høy risiko for død og senskader, eller medfører et langvarig og smertefullt behandlingsforløp for barnet.

Hvis vi heller mer mot ansvarsperspektivet, understrekes vårt etiske ansvar ved bruk av teknologi. Barn født på levedyktighetsgrensen vil ikke overleve uten en massiv medisinsk-teknologisk innsats (15). Dette peker på en annen ting det er viktig å få øye på ved formuleringen: «Et 22 uker gammelt foster vil kunne være så utviklet at det vil være i stand til å overleve dersom det ble født og fikk *optimal* behandling» (7, vår utheving). Det er her lett å sette likhetstegn mellom *optimal* behandling og *maksimal* medisinsk-teknologisk innsats. Det hersker imidlertid ingen medisinsk-etisk enighet om at maksimal innsats alltid er optimalt i en slik situasjon, på grunn av de følger det kan ha for barnet og familien på kort og lang sikt.

Adskillelse og forpliktelse

Ekspertgruppen skrev i 2013: «Abortloven legger opp til en avveining mellom to ulike hensyn – kvinnens rett til å bestemme over sin egen kropp og fosterets rett til liv» (5). En måte å forstå en slik motsetning på, er å forestille seg at den gravide og fosteret er to separate individer som har rett til liv og selvbestemmelse uavhengig av hverandre. Fosteret er imidlertid avhengig av den gravides kropp for å kunne realisere sin rett til liv, og abortspørsmålet dreier seg i dette perspektivet om en interesse- eller rettighetskamp mellom fosteret og den gravide.

Setter vi en rett til liv forstått som mulighet for uavhengighet fra mors kropp sammen med tolkningen av levedyktighet som mulighet til overlevelse med intensiv medisinsk livredning og behandling, kan det medføre at fosterets rett til liv vil inntre stadig tidligere i svangerskapet.

I en avansert kuvøse kan fosteret utvikle seg videre uavhengig av den gravides kropp, og en væskefylt kunstig livmor kan gjøre dette mulig også uavhengig av fosterets lungeutvikling og pusteevne. Fosterets midlertidige

avhengighet av den gravide for å realisere en rett til liv kan dermed krympes til en stadig kortere tidsperiode etter unnfangelsen. En levedyktighetsgrense ved 22 uker i dag, kan være ved 19 eller 13 uker i fremtiden. Hvis *muligheten* til å behandle forstås som en *forpliktelse* til å behandle, kan en abortgrense basert på mulig uavhengighet gi fosteret rett til liv stadig tidligere i svangerskapet, uten at det i et uavhengighetsperspektiv oppfattes som en innskrenkning av den gravides rett til å bestemme over sin egen kropp. Dette avdekker et paradoks i abortreguleringen, nemlig at det nettopp er når fosteret kan overleve utenfor livmoren, at den gravide fratras muligheten til svangerskapsavbrudd.

Biologi og biografi

Foranledningene til svangerskapsavbrudd og for tidlig fødsel er i hovedsak ulike. Ved svangerskapsavbrudd avsluttes et uønsket eller uakseptabelt svangerskap, og dermed forhindres en mulig fremtidig fødsel av et barn. En for tidlig fødsel er derimot som regel et resultat av omstendigheter som inntreffer i et ønsket svangerskap. En ønsker da som oftest å redde barnet dersom dette er mulig og riktig ut fra omstendighetene vi har vært inne på.

Til tross for forskjellen i foranledning og ønske, stilte jordmødrene ved Rikshospitalet likevel spørsmål om de ikke burde behandle et svangerskapsavbrudd på grensen til levedyktighet som en for tidlig fødsel. I Sverige tok overlege Katarina Strand Brodd saken i egne hender på fødeavdelingen hun arbeidet ved, og forsøkte gjentatte ganger å gi livreddende behandling til aborterte fostre i uke 22 som viste livstegn etter fødsel. Hun grunnga dette med at barnets rett til liv går foran kvinnens rettigheter (16). I kjølvannet av Strand Brodd-saken har det i Sverige blitt undertegnet et konsensusdokument som bl.a. presiserer at barnelege ikke skal tilkalles til sene aborter, noe som i praksis betyr at livreddende behandling ikke skal iverksettes (17).

Bør fostre som aborteres på et tidspunkt i svangerskapet hvor de har en mulighet til å overleve utenfor kvinnens kropp, tilbys livreddende behandling etter inngrepet? Da ivaretas fosterets rett til liv, samtidig som den gravides kroppslige selvbestemmelsesrett ikke krenkes. Samtidig annulleres jo dermed formålet med den gravides valg om å avslutte svangerskapet, nemlig å forhindre at en får barn (18). En slik praksis vil også være skadelig for barnet, siden det er i mors liv at mulighetene ligger til rette for optimal utvikling.

Her synes det rimelig å tenke at et uønsket svangerskap handler om mer enn kroppen til den gravide, og råderetten over den. I motsatt fall ville det være uproblematisk å adoptere bort barnet når den gravides kropp ikke lenger var nødvendig for barnets overlevelse. Hva er det så som kan krenkes

hvis en tilbyr livreddende behandling etter et innvilget svangerskapskapsavbrudd ut fra tungtveiende grunner? Et svar vil være det framtidige barnet som blir påført skade av svangerskapsavbruddet (i motsetning til hvis fosteret dør). Et annet svar vil være kvinnens selvbestemmelse over eget morskap og liv. Kvinnen blir tvunget til et uønsket morskap (og faren til et uønsket farskap), også hvis omsorgen for barnet overføres til noen andre.

Et ansvarsperspektiv står også sterkt her: For mange gravide handler svangerskapsbeslutninger nettopp om å kunne ta ansvar, ikke bare for seg selv, men også for akkurat dette potensielle barnet og hvilket liv det vil kunne få, og for familien og andre som hun står i forpliktende relasjoner til (19). Det å velge å fortsette et svangerskap kan være mer moralsk tyngende enn å avslutte svangerskapet, siden en dermed tar på seg ansvaret for å skape et nytt liv (20).

Hva står på spill?

Levedyktighet forstått som mulighet til å overleve hvis en blir født, understreker evnen til å kunne opprettholde livet uavhengig av mors kropp. I *Roe versus Wade*, den sentrale domsavsigelsen om abortrettigheter av høyesterett i USA i 1973, var det nettopp uavhengighet som var grunnlaget for å avgjøre når et svangerskap ikke lenger kan avbrytes. Dommen utledet retten til abort fra retten til privatliv, slik den er nedfelt i den amerikanske grunnloven (21). Abort inngår her i den gravidens rett til å bestemme over sin egen kropp, så lenge det ikke går ut over andre. Når et foster eller barn kan eksistere uavhengig av morens kropp, argumenterte de for at den gravidens privatsfære sprenges, og fosteret omfattes da av samfunnets lovbestemte vern mot å skade andre (22). Levedyktighet og uavhengighet ble slik to sider av samme sak, og det som ga et foster eller barn en rett til liv.

Elisabeth Chloe Romanis setter denne forståelsen av levedyktighet opp mot den som ligger til grunn for britisk lovgivning, nemlig som evnen til å bli født levende og *kunne puste selv* (22). Den britiske forståelsen av levedyktighet dreier seg slik om hvorvidt fosteret eller barnet har nådd et bestemt utviklingstrinn hvor det kan puste selv, og ikke om det kan overleve en adskillelse fra moren med omfattende medisinsk hjelp. Mens levedyktighet i amerikansk lovforståelse beror på mulig evne til uavhengighet, beror det i britisk lovgivning på fosterets utviklingstrinn eller modenhet.

Dette peker mot tre ulike tolkninger av hva som sto på spill ved Rikshospitalet i 2012. Én tolkning er at det ble feil å legge til side et barn som hadde evne til selvstendig eksistens, gitt fagmiljøets kapasitet for intensiv behandling. Her er det de behandlingsmulighetene en rår over, som gir helsepersonellet en forpliktelse til å hjelpe, og som gir barnet en rett til

livredning. Disse behandlingsmulighetene gir grensen for levedyktighet, forstått som uavhengighet. Internasjonalt vil disse variere mellom svangerskapsuke 22–24 i høyteknologiland, og vil kunne endre seg med teknologisk utvikling (23).

En annen tolkning er at det ble feil å legge til side et barn som var såpass velutviklet at det var i stand til å puste selv, uten hjelp av intensiv medisinsk behandling. Her er det barnets egenskaper og modenhet som gir helsepersonellet en forpliktelse til å hjelpe og opprettholde dets liv. Den gradvise utviklingen og økende vernet et foster har og får, gir det i denne tolkningen en rett til liv når det har nådd et bestemt stadium i fosterutviklingen. Det er dette stadiet som gir grensen for levedyktighet, forstått som modenhet.

En tredje tolkning er at det blir feil å legge til side et barn som er såpass utviklet at det ut fra et ansvarsperspektiv ikke ville være akseptabelt å holde tilbake intensiv medisinsk behandling. Hvis fødsel på dette stadiet i svangerskapet gir det for tidlig fødte barnet en selvstendig rett til intensivbehandling, basert på avveininger rundt behandlingsbyrde og mulighet for et leveverdig liv, så blir det feil å legge til side. Det vil variere mellom svangerskapsuke 23–26 i høyteknologiland, og vil også kunne endre seg med teknologisk og samfunnmessig utvikling, men i en annen skala. Selv om overlevelse for de mest umodne har økt vesentlig i land som satser hardest, så har dessverre ikke behandlingsbyrde og senfølger hatt den samme positive utviklingen (24, 25). Dette gjør at man fra et ansvarsperspektiv fortsatt holder på at man må tenke seg nøye om før man satser på de mest umodne barna, siden skadepotensialet er stort.

Levedyktighet, modenhet og ansvar

Til tross for at levedyktighetsbegrepet kan problematiseres, kan man fremdeles mene at det er den beste og mest betydningsfulle avgrensingen av tillatelig abort vi har. Man kan også se det som en styrke at levedyktighetsbegrepet tar opp i seg så vel fosterets iboende egenskaper som ytre faktorer. Levedyktighetsgrensen forhindrer eller begrenser til helt særlige tilfeller overlapp mellom perioden for svangerskapsavbrudd og for tidlig fødsel, slik at vi ikke risikerer å legge et nyfødt barn til side for å dø – eller enda verre: å moralsk forsvare en slik praksis. For det første utfordrer det helsepersonells forpliktelse til å redde liv, og for det andre gir det en dramatisk ulik behandling av barn på levedyktighetsgrensen: Mens ett nyfødt barn får livreddende behandling, får et tilsvarende barn det ikke. På denne måten er levedyktighetsbegrepet klargjørende i abortdebatt, abortlovgivning og klinisk praksis.

I et annet perspektiv er levedyktighetsbegrepet heller tilslørende. Det som tilsynelatende gir et klart og absolutt kriterium basert på egenskaper

ved fosteret, viser seg å være en relativ størrelse som tåkelegger forskjellen mellom abort og tidlig fødsel, og åpner opp for store variasjoner og endringer i når abort er tillatelig – nå og i fremtiden. I stedet for å ta utgangspunkt i intuisjonen om at vi ikke kan la et levedyktig barn dø, bør en ifølge dette perspektivet ta utgangspunkt i intuisjonen om at et foster får en stadig større egenverdi utover i svangerskapet. Dermed skal det stadig sterkere grunner til for å avslutte et svangerskap, slik norsk abortlov slår fast i § 2: «Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde.» Abortloven og det nåværende nemndsystemet understreker den gravides forpliktelse til å ta ansvarlige beslutninger (26).

I et modenhetsperspektiv får svangerskapsavbrudd et økende grunngivningskrav med økende svangerskapslengde siden fosteret blir mer og mer utviklet. Fosteret *blir og ser mer og mer ut som et barn*. I dette perspektivet vil *grensen* for når svangerskapsavslutning ikke lenger er etisk akseptabelt – uansett hvor vektige grunner den gravide har – ikke avhenge av den til enhver tid mulige livreddende behandling vi kan gi, men i større grad av iboende egenskaper ved fosteret selv. Det gjør at vi ikke kan forsvare å unnlate å gi et barn vanlig omsorg for at det skal dø. Samtidig gjør det at vi ikke er forpliktet til å gi barnet intensiv livreddende behandling for at det skal leve. Det er i dette perspektivet igjen fosterets modenhet, ikke behandlingsmulighetene, som er det moralsk avgjørende.

I fremtiden kan det bli medisinsk-teknologisk mulig å gi livreddende behandling til et foster i eksempelvis svangerskapsuke 14 eller 18. En konsekvens av både modenhets- og ansvarsperspektivet er at vi ikke er moralsk forpliktet til å benytte denne muligheten. Helsepersonells forpliktelse til å gi livreddende behandling reduseres med synkende svangerskapslengde. Muligheten til å kunne gi slik behandling bør ikke være avgjørende for når svangerskapsavslutning ikke lenger er tillatt.

Det er imidlertid ikke til hinder for at det etisk sett kan være akseptabelt å gi livreddende behandling til et barn som blir født før uke 22 i svangerskapet hvis det i fremtiden er medisinsk forsvarlig, og bygger på et ansvarlig valg fra den gravides side. Det vil si at disse perspektivene åpner for at *det er etisk forsvarbart at grensen for når en lovlig kan ta abort krysser grensen for når et foster kan overleve med intensiv behandling*. Om grensen for mulig overlevelse inntreffer stadig tidligere i svangerskapet, medfører ikke det at grensen for når en lovlig kan ta abort bør innskrenkes tilsvarende.

Disse perspektivene gjør det mulig å vise at det spiller en rolle om det er snakk om en abortbeslutning eller en tidlig fødsel av et ønsket barn. Det blir mulig å grunngi hvorfor svangerskapsavslutning kan være tillatelig selv når livreddende behandling av et barn kan være moralsk forsvarlig. Det blir

tydelig at det er fosterets modenhet, og situasjonen spørsmålet om svangerskapsavslutning stilles i, som burde fremheves, ikke et medisinsk-teknologisk og rettighetsbasert syn på når abort er tillatelig og utillatelig.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi forsøkt å vise hvilken betydning levedyktighet har, kan ha og bør ha, i abortdebatten. Levedyktighet som grense må forstås som at en ikke kan ta abort hvis det medfører at jordmødre og andre må «legge et barn til side», og nekte det vanlig omsorg for at det skal dø. Vi bør heller ikke frata et barn som potensielt kan overleve uten teknologisk hjelp, optimal støtte for å minske risiko for senskader. Det kan likevel være ansvarlig å avstå fra annen behandling enn smertelindring for et barn som ikke har mulighet til å overleve uten omfattende teknologisk hjelp.

Forpliktelsen til å gi livreddende behandling kan fremstå som absolutt og uavhengig av omstendighetene, i tråd med at en «har det i ryggmargen å ta imot og redde liv». Likevel må en skille mellom det å ha mulighet til å gi livreddende behandling til et barn på et tidlig utviklingstrinn ved hjelp av medisinsk høyteknologi i et rom, og å si at denne muligheten dermed gjør at en ikke kan tillate abort av et tilsvarende foster i et annet rom. Levedyktighet forstått som en teknologidrevet realisering av uavhengighet bør ikke gi en grense for når abort ikke lenger er tillatt.

Vi takker medlemmene i forskergruppe for praktisk filosofi, forskergruppe i medisinsk etikk, og premetikkgruppa, alle ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, for nyttige kommentarer som forbedret denne artikkelen.

Litteratur

1. *Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (16.6.2023).
2. Syse A. *Abortloven: juss og verdier*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993. <https://www.nb.no/items/bf0917e403e600e4553537d480e3274d?page=0> (3.7.2023).
3. Kirkebøen S. De har måttet legge nyfødte bort for å dø. *Aftenposten* 11.5.2012. <https://www.aftenposten.no/norge/i/9vLK9/de-har-maattet-legge-nyfoedte-bort-for-aa-doe> (10.3.2023).
4. *Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635> (1.6.2023).
5. HelseDirektoratet. *Uavhengig ekspertgruppe for vurdering av svangerskapsavbrudd*. Rapport. Oslo 8.4.2013.
6. HelseDirektoratet. *Abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av fosterskade: rapport fra en arbeidsgruppe som har foretatt en vurdering av praksis ved aborter etter 18. uke utført på grunn av fosterskade*. HelseDirektoratets utredningsserie 9–90. IK-2326. Oslo: HelseDi-

- rektoratet, 1990. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070904046 (26.6.2023).
7. Helsedirektoratet. *Abort (svangerskapsavbrudd). Veileder til forskrift*. <https://www.helse-direktoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift> (26.6.2023).
 8. Fost N, Chudwin D, Wikler, D. The limited moral significance of 'fetal viability'. *Hastings Center Report* 1980; 10: 10–13. <https://doi.org/10.2307/3560289>
 9. Rent S, Bakari A, Haimanot SA et al. Perspectives on resuscitation decisions at the margin of viability among specialist newborn care providers in Ghana and Ethiopia: a qualitative analysis. *BMC Pediatrics* 2022; 22: 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03146-z>
 10. Gallagher K, Martin J, Keller M et al. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 2014; 99: F245–249. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305191>
 11. Ursin L, Syltern J. Bør vi alltid redde barnet? *Gemini* 14.11.2018. <https://gemini.no/2018/11/bor-vi-alltid-redde-barnet> (30.6.2023).
 12. Syltern J, Markestad T, Saugstad OD et al. NICU Dialects: Understanding Norwegian practice variation. *Pediatrics* 2018; 142: S545–551. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0478E>
 13. Hansen TW, Førde R. Premature og behandlingsgrenser. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2016; 136: 45–47. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0336>
 14. Ursin L. Justified by what? Three ways to provide an ethical basis for neonatal policies. *Pediatrics* 2018; 142: S590–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0478K>
 15. Orfali K. Extreme prematurity: creating «iatrogenic lives». *American Journal of Bioethics* 2017; 17: 34–35. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1340991>
 16. Österman M. Överläkaren Katarina Strand Brodd: «Barnets rätt går före mammans». *Ekuriren* 5.7.2017. <https://ekuriren.se/eskilstuna/overlakaren-katarina-strand-brodd-barnets-ratt-gar-fore-mammans> (30.6.2023).
 17. Bering S. "Sent aborterade foster ska inte återupplivas". *SVT* 3.9.2018. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/klart-sent-aborterade-foster-ska-inte-aterupplivas> (30.6.2023).
 18. Wikler DI. Ought we to try to save aborted fetuses? *Ethics* 1979; 90: 58–65. <https://doi.org/10.1086/292133>
 19. Risøy SM, Sirnes T. The decision: relations to oneself, authority and vulnerability in the field of selective abortion. *BioSocieties* 2015; 10: 317–340. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.39>
 20. Harman E. Creation ethics: the moral status of early fetuses and the ethics of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1999; 28: 310–324. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1999.00310.x>
 21. Ziegler M. The end of *Roe v. Wade*. *American Journal of Bioethics* 2022; 22: 16–21. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2075962>
 22. Romanis EC. Is 'viability' viable? Abortion, conceptual confusion and the law in England and Wales and the United States. *Journal of Law and the Biosciences* 2020; 7: Isaa059. <https://doi.org/10.1093/jlb/Isaa059>

23. Lantos JD. Ethical problems in decision making in the neonatal ICU. *New England Journal of Medicine* 2018; 379: 1851–1860. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1801063>
24. Kaempf JW, Guillen U, Litt JS et al. Change in neurodevelopmental outcomes for extremely premature infants over time: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 2023; 108: 458–463. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324457>
25. Lundgren P, Morsing E, Hård A-L et al. National cohort of infants born before 24 gestational weeks showed increased survival rates but no improvement in neonatal morbidity. *Acta Paediatrica* 2022; 111: 1515–1525. <https://doi.org/10.1111/apa.16354>
26. Solberg B. Abortnemndenes mål og mening. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2022; 39: 317–328. <https://doi.org/10.18261/nnt.39.4.5>

Lars Øystein Ursin
lars.ursin@ntnu.no
Institutt for filosofi og religionsvitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Lars Øystein Ursin er førsteamanuensis i etikk og medlem i Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.

Zuzanna Zarosa
zuzannazuba@outlook.com
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Zuzanna Zarosa er medisinstudent.

Janicke Syltern
janicke.m.syltern@ntnu.no
Institutt for klinisk og molekylær medisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Janicke Syltern er stipendiat ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege ved St. Olavs hospital og leder av klinisk etikkkomité ved St. Olavs hospital.

Artikkelen er fagfellevurdert.

The importance of the foetus viability in the abortion debate

In an abortion debate characterized by extensive disagreement, the viability of the foetus seems to justify a clear abortion limit and provide a marker on which the vast majority can agree. But rather than being a simple, unambiguous, and absolute concept, we show that the notion of viability on closer inspection is rather complicated, ambiguous, and relative. In sum, viability does not seem to be a steadfast marker, but rather a marker that can be placed on – and moved to – different places based on specific circumstances and perspectives. A central circumstance here is the medico-technological development. We go through three perspectives on what viability means. We reject what we call an independence perspective and conclude with a combined maturity and responsibility perspective. In this combined perspective abortion can be ethically defensible even if the foetus is viable in the sense that it can survive with intensive treatment. In other words: If the medico-technological development entails that the limit of possible survival for a foetus occurs earlier and earlier in pregnancy, this does not mean that the limit of legal abortion should be restricted accordingly.

Abortsituasjonen i verden

Michael 2023; 20: 478–489

Knappt noe tema er så politisk betent rundt om i verden som svangerskapsavbrudd. Samtidig vokser kunnskapen om at abort mange steder er farlig, at det er stor grad av urettferdighet i hvem som må ty til farlige aborter, hvem som skades og dør av dem, og hvem som straffes for å ta abort. Menneskerettigheter, inklusive retten til liv, brukes i økende grad i arbeidet for liberalisering av abortlovgivning. Kombinasjonen av tilgang til abortmedikamenter og en generell liberalisering av abortlovgivning er trolig viktige grunner til at dødelighet og sykkelighet fra abort etter all sannsynlighet er synkende.

Det vakte stor oppmerksomhet da Høyesterett i USA i juni 2022 avsa en dom som kan føre til en betydelig innstramning av abortrettighetene for amerikanske kvinner. Det som fikk mindre oppmerksomhet, var at USA ved dette ble ett av bare fire land i verden som i årene 1998–2022 har innskrenket retten til abort. Kun El Salvador, Nicaragua og Polen har gjort det samme, mens mer enn 60 land har utvidet gravides rettigheter til å avbryte en graviditet (1).

Liberalisering av lovene har, sammen med økt bruk av medikamentell abort, trolig bidratt til at sykkelighet og dødelighet er redusert (2). Men fortsatt er det store problemer. Noen titusener dør årlig og flere millioner behandles for skader av utrygge aborter, mange av dem blir skadet for livet. Motstanden mot liberalisering av lover støttes av mektige politiske, religiøse og økonomiske krefter (ramme 1) (3, 4).

Farlige aborter er i all hovedsak et problem i fattige land. De aller farligste, dvs. der det brukes særlig risikable metoder og med lite kyndig hjelp, skjer i deler av Afrika. Her er gjerne helsetjenesten spesielt svak, med dårlige muligheter for adekvat behandling av komplikasjoner. Dødeligheten fra abort er derfor høyest i Afrika.

Ramme 1. Fakta om abort (3, 4)

- Antall kvinner som ønsker å bruke prevensjon, men ikke får det: 257 millioner
- Antall uintenderte, påbegynte graviditeter i verden årlig: 121 millioner
- Andel av påbegynte graviditeter som er uintenderte: Nesten halvparten
- Antall svangerskapsavbrudd i verden årlig: ca. 73 millioner
- Prosentdel uintenderte graviditeter som avbrytes: 61
- Prosentdel aborter i verden som vurderes som usikre: 45
- Prosentdel usikre aborter i fattige land: 97
- Prosentdel aborter som er de aller farligste: 15
- Prosentdel av aborter i Øst-Afrika, Vest-Afrika og sentrale deler av Afrika som er aller farligst: 45–70
- Antall dødsfall årlig: mellom 13 865 og 38 940
- Antall som for behandling for komplikasjoner etter farlige aborter årlig: 7 millioner

Enorme sosiale ulikheter

I min ungdomstid, før lovlig abort ble lett tilgjengelig i offentlige sykehus i Norge, var det en godt kjent hemmelighet at man ved en bestemt klinikk i Oslo kunne få utført abort mot betaling. På tilsvarende vis er det fortsatt i restriktive land et privat marked for trygg, ulovlig abort for dem som kan betale. De som har midler og mulighet kan også reise utenlands. Økende bruk av medikamentell abort er et stort gode, men det krever at en har tilgang til informasjon og mulighet til å kjøpe legemidler av god kvalitet på et apotek eller å kunne motta medikamenter per post.

De som likevel må ty til farlige aborter er de mest sårbare, slik som de fattigste, de med minst utdanning, uten internetttilgang, unge, urfolk, personer på flukt og andre marginaliserte. Der kvinner straffes for å ha tatt abort eller å ha forsøkt det, er det også de mest sårbare det går ut over. De blir ofte angitt av noen som ikke vil dem vel, og er uten sosial støtte. Ofte har de ikke råd til skikkelige forsvarere i retts sakene. Rettsskandalene fra El

Salvador er mest kjent, der også kvinner som har spontanabortert eller hatt dødfødsler har fått lange fengselsstraffer (5).

Abortlovgivning i verden

Det er ikke helt enkelt å sammenlikne situasjonene i ulike land. I tillegg til lover som spesifikt regulerer abort, fins det annen lovgivning som er viktig, slik som generell helselovgivning og nødrettslover. Rettssaker kan vise at domstoler tolker lover annerledes enn de generelt oppfattes, og derfor setter normer. Ulike kilder gir derfor noe forskjellige opplysninger av hva som er tillatt. Men det er klart at abortlovgivningen i verden er ekstremt sprikende.

På den ene ytterlighet er land der abort er totalforbudt, altså der det ikke engang er lovlig for å redde den gravides liv. I slike tilfeller vil naturligvis også fosteret dø. Per august 2023 regnes El Salvador, Nicaragua, Den dominikanske republikk og Laos, noen land i Afrika pluss Malta og lilleputtstaten Andorra i Europa blant disse. I en del land tillates kun abort når det er nødvendig for å redde den gravides liv. Videre på skalaen er de som tillater inngrepet for å redde den gravides helse, deretter når det tillates på sosioøkonomiske kår, og så ved selvbestemmelse. Rett til abort ved skadet foster og ved graviditet etter voldtekt og incest har ulike utforminger i ulike land.

Canada er et interessant eksempel. Der anses abort lovmessig som ethvert annet medisinsk inngrep, etter at Høyesterett i 1988 i en rettsak mot gynekologen Henry Morgentaler (1923–2013) avgjorde at det var imot *Canadian Charter of Rights and Freedoms* å kunne straffes for å ta abort (6).

Center for Reproductive Rights har en god pedagogisk framstilling av det uklare bildet av verdens abortlover, samt en modell som viser at det over tid har vært dramatiske endringer med en sterk tendens til liberalisering, og det jobbes aktivt i mange land for ytterligere liberalisering (1).

Hvor kommer restriktive abortlover fra?

Restriktive abortlover finnes særlig i land som tidligere har vært kolonier, som etterlatenskaper etter tidligere kolonimakter. Noen tidligere britiske kolonier, som Bangladesh og Tanzania, har fortsatt den britiske loven fra 1861, *Offences against the Person Act*, mens flere tidligere franske kolonier har beholdt paragraf 317 i den napoleonske straffeloven fra 1810 (7).

Jeg har deltatt i mange globale diskusjoner om abort i FN-regi. Representanter for land med restriktive lover argumenterer ofte med at å anbefale liberalisering er en form for nykolonialisme. Da er det ironisk at lovene de forsvarer, ble innført av deres egne kolonimakter. Det fins ikke mye informasjon om situasjonen i førkolonial tid, men det antas at det var sjeldent med streng abortlovgivning i Afrika, Asia og Latin-Amerika (8).

Hvor vanlig er abort?

På verdensbasis er den årlige abortraten 39 per 1000 kvinner i fruktbar alder, 15–44 år (9), mens den i Norge er på knapt 10 (10). Globalt tilsvarer det gjennomsnittlig en gang gjennom livet, og i Norge at gjennomsnittlig hver tredje kvinne har denne erfaringen.

Når ulike land sammenliknes, og vi ser på utvikling over tid når abortlovgivning endres, er det påfallende at det ikke er noen direkte årsakssammenheng mellom abortlov og forekomst. Land med streng abortlov presterer gjennomgående dårlig på det som får abortforekomsten ned: tilgang til prevensjon, seksualitetsundervisning og likestilling, inklusive å kunne leve et respektabelt liv som enslig mor (2).

Tilgang til tjenestene og kostnader

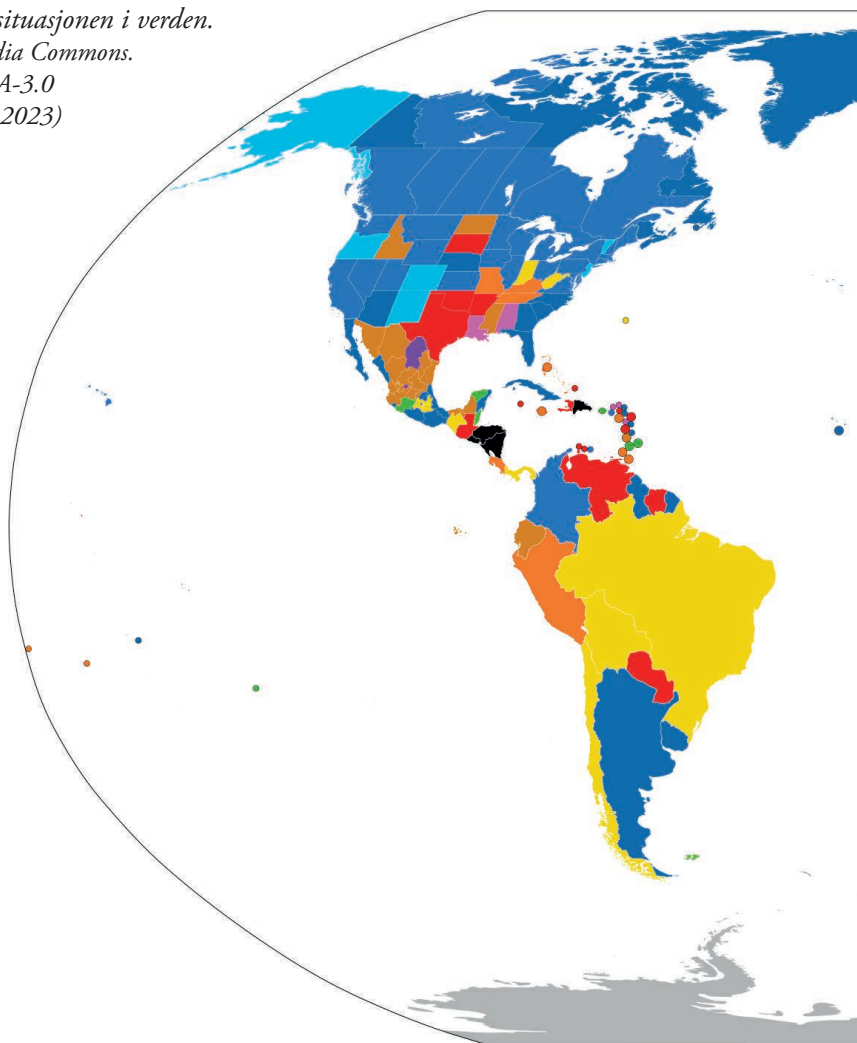
Liberal abortlovgivning er ikke tilstrekkelig for lik tilgang til tjenestene. Et eksempel fra USA er illustrerende. Da Høyesterett i 1973 avgjorde at kvinner skulle få ta abortbestemmelsen selv, satte motkreftene inn. I 1980 trådte *Helms amendment* i kraft. Den bestemte at føderale midler ikke kunne brukes til å betale for aborter, med mindre det var for å hindre at den gravide døde (11). Bestemmelsen rammer særlig fattige. Dessuten ble det i mange delstater lagt urimelig høye krav til utstyr og personell ved abortklinikker, uten at det var medisinsk begrunnet, med den følge at mange klinikker måtte stenge.

Siden det er de fattigste som tar de farlige abortene, er det viktig at de har råd til behandlingen. Der det er vanlig å måtte betale under bordet, er pasienter med abortkomplikasjoner i en særlig sårbar situasjon. Noen steder må fattige kvinner betale mer enn rike kvinner, og kvinner som har komplikasjoner etter provosert abort, må betale mer enn kvinner som har spontanabortert (12). Kostnadene kan føre allerede fattige familier ut i enda dypere fattigdom, med katastrofale konsekvenser.

Hvor farlige er de utrygge abortene?

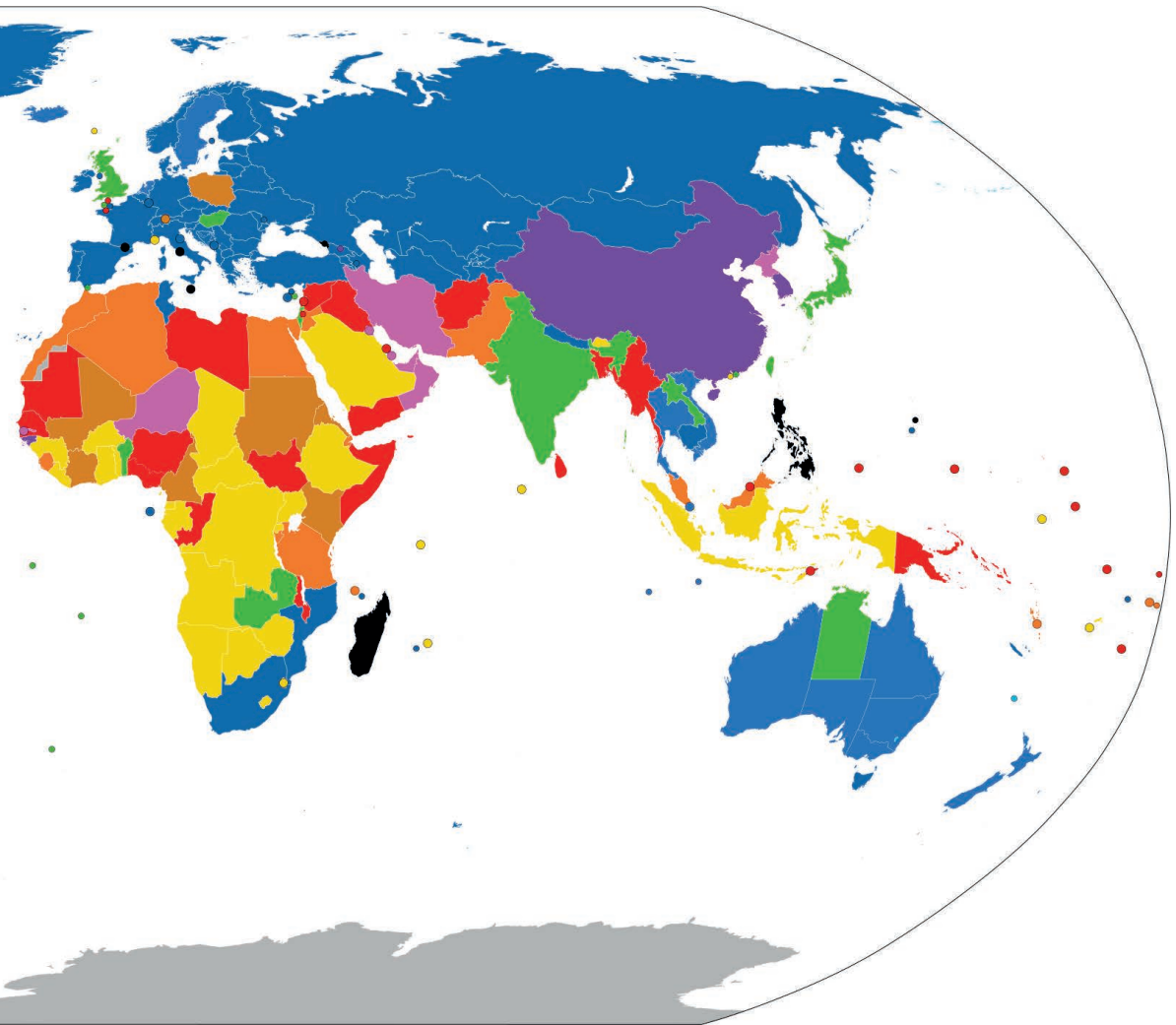
Det er vanskelig å få gode data på omfanget av skader og dødsfall etter farlige aborter. Oftest er det snakk om ulovlige handlinger som folk ikke vil fortelle om i utvalgsundersøkelser. Sykehusjournaler forteller sjelden hele historien. Antropologer har sett på hvordan jordmødre i Vest-Afrika håndterer situasjoner med kvinner som søker hjelp for abortkomplikasjoner. Selv om de kan presse kvinnene til å innrømme at komplikasjonene ikke er etter spontanaborter, og kan gi ganske brutal behandling for å avskrekke kvinnene fra å gjenta handlingen i framtiden, journalfører de gjerne tilstandene som spontanaborter (13, 14).

*Figur 1. Abortsituasjonen i verden.
(Figur: Wikimedia Commons.
Lisens CC-BY-SA-3.0
Oppdatert 31.8.2023)*



Map of the legality of abortion by country or territory.

- Allowed on request, with no gestational limit.
- Allowed on request, with a gestational limit after the first 17 weeks.
- Allowed on request, with a gestational limit in the first 17 weeks.
- Allowed on request, with an unclear gestational limit.
- Allowed for maternal life, maternal health*, rape*, fetal defects*, failure of contraception* and socioeconomic factors.



■ Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health*, rape, and fetal defects.

■ Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health*, and fetal defects.

■ Prohibited with exceptions for maternal life*, maternal health*, and rape.

■ Prohibited with exceptions for maternal life and maternal health.

■ Prohibited with exceptions for maternal life.

■ Prohibited in any circumstances.

■ No information.

* Does not apply to some countries in that category.

WHO har sammen med Guttmacher Institute utarbeidet metoder for å anslå dødelighet av abort i verden. De bruker en sammenstilling av data fra mange kilder, men det er ikke til å unngå at det er store konfidensintervaller.

Noen funn er entydige. Jo strengere abortlovgivning, desto flere kvinner skades og dør (2). Forekomst av skader avhenger både av mulighet til trygg abort og tilgang til behandling for abortkomplikasjoner. Vanlige dødsårsaker er infeksjon, blødning, mekanisk eller kjemisk organskade. De vanligste langtidsskadene er kroniske smerter og infertilitet.

Mitt engasjement med abortrettigheter

Mitt engasjement startet da jeg i 1993 ble oppnevnt som medlem av WHO's *Global Commission on Women's Health*. Gruppen besto av omtrent 20 personer fra hele verden, og vi skulle konsentrere arbeidet om tre temaer og ett av disse var *mødrehelse*. Det er en nokså misvisende betegnelse, som fortsatt brukes. Det dreier seg ikke om mødres helse, derimot om graviditet, fødsel og abort. Til min store overraskelse var det mange i gruppen som ikke kunne snakke om abort, slik at jeg ble bedt om å lede arbeidsgruppen.

Kommisjonens arbeid sammenfalt med tiden som ledet fram mot *The International Conference on Population and Development*, som ble holdt i Kairo i september 1994. Selve konferansen var avslutning på en lang prosess med globale konsultasjoner med forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner og forberedende møter med forhandlinger blant FNs medlemsland, representert ved landenes myndigheter. Jeg deltok i forberedelsene i to-tre år, og jobbet så knapt et år i Utenriksdepartementet utelukkende med det norske bidraget. Konferansen vedtok etter intense forhandlinger et handlingsprogram, og for første gang i FNs historie ble det vedtatt en paragraf om å arbeide for trygg abort (15). Denne enigheten brukes fortsatt når en i vedtak i FN omtaler abort. Det sier noe om hvor banebrytende denne konsensusen var, men også om hvor skjør den var, ettersom en ikke har kommet særlig videre for å få bukt med lidelsen som utrygge aborter i verden fortsatt medfører.

Siden slike FN-vedtak gjøres av representanter for medlemslandenes myndigheter, har det ikke vært mulig å komme til enighet om de mange ulovlige abortene, som ofte er de som fører til skade og død. Alle medlemslandene, også Norge, er bundet av nasjonal lovgivning for hva de kan gå med på i konsensusbygging. Men det ble enighet om at abortkomplikasjoner alltid skal kunne behandles, også når abort har skjedd ulovlig, og om at slik behandling skal holde god medisinsk og faglig kvalitet (15).

Også senere har jeg fått mulighet å delta i globalt arbeid for abortrettigheter. I perioden 2004–2010 satt jeg i styret for Ipas, en amerikansk

organisasjon som i 1973 ble dannet for å inneha patentet på *manual vacuum aspirator* (MAV), et lite apparat til å behandle abortkomplikasjoner eller utføre abort. Før Ipas ble opprettet, var det den amerikanske staten som hadde patentet, men under Richard Nixons presidenttid (1969–1974) ble det politisk umulig, og Ipas ble opprettet. Senere har Ipas' oppgaver blitt utvidet til forskning, undervisning og politisk påvirkning globalt, og også med en del funksjoner i USA. Videre ledet jeg i årene 2007–2015 styret til *Reproductive Health Matters* (RHM) (nå *Sexual and Reproductive Health Matters*, SRHM). Det er et vitenskapelig, feministisk tidsskrift om seksuell og reproduktiv helse, som publiserer mye stoff om abort. I disse funksjonene har jeg hatt en fin utkikkspost til det globale arbeidet for å redusere sykkelighet og dødelighet fra abort.

I 2003 publiserte WHO sin første veileder med kliniske og samfunnsmedisinske råd om hvordan abort bør håndteres, og jeg fikk være med på arbeidet. I de senere årene har jeg særlig jobbet med frivillige organisasjoner som fremmer abortrettigheter i Afrika.

Menneskerettigheter og abort

Under Kairo-konferansen i 1994 ble det enighet om å bruke uttrykket *reproduktive rettigheter* som en samlebetegnelse på allerede vedtatte menneskerettigheter for å beskytte reproduktiv helse.

I tiden etter konferansen har bruken av menneskerettigheter for å begrense skadene fra abort skutt i været. En rekke av menneskerettighetene er relevante i arbeidet med abort. I tillegg til retten til liv og helse, er blant annet retten til et privatliv, retten til å danne familie, retten til å nyte godt av vitenskapelige framskritt og rett til å slippe å utsettes for tortur.

Ingen menneskerettighetskonvensjoner nevner abort spesifikt, men fordi vi kjenner virkningene av strenge lover og mangel på tilgang til aborttjenester, kan rettighetene utledes av ulike artikler i konvensjonene. Men ett menneskerettighetsinstrument er spesifikt for abort, og det er *Maputo-protokollen*. Denne protokollen er et tilleggsdokument til det som i praksis er den afrikanske regionale menneskerettighetskonvensjonen, og handler om likestilling mellom kjønnene. Den er også helt spesifikk når det gjelder abortrettigheter, og sier at abort skal være lovlig for å bevare den gravides liv og helse, etter voldtekt og incest og ved livstruende fosterskader (16). Av de 55 landene i Afrika har 42 ratifisert protokollen, noe som betyr at de har forpliktet seg til å oppfylle den, og ytterligere sju har signert, som viser intensjonen om å følge den. Likevel har mange afrikanske land abortlover som er mye mer restriktive en Maputo-protokollen foreskriver, men stadig flere afrikanske land liberaliserer lovene. Det presset som legges på et land

når det påpekes internt og eksternt at menneskerettighetene brytes, har virkning.

Helsepersonells reservasjonsrett er et sårt tema mange steder, også menneskerettslig. Her kan ulike rettigheter stå mot hverandre. På den ene siden har helsepersonell, som andre, religionsfrihet og samvittighetsfrihet. På den andre siden har gravide som vil avbryte graviditet, en rett til nødvendige helsetjenester. Samvittighets- og religionsfrihet innebærer rett til å tilbe en guddom slik en vil, og å gi uttrykk for sin tro og sine meninger. Men det er grenser for å kunne handle i tråd med sin overbevisning, når det kommer i konflikt med andre personers rett til liv og helse (17). WHO anerkjenner samvittighets- og religionsfrihet, og påpeker myndigheters ansvar for å organisere tjenester slik at reservasjonsrett ikke hindrer nødvendig behandling (2). Likevel skaper reservasjonsretten store problemer mange steder. Portugal og Italia er to europeiske land der en stor andel av helsepersonellet reserverer seg (18). Da Sør-Afrika fikk selvbestemt abort i 1995, gikk dødeligheten ned med 91 % (19), men har siden steget fordi det er så mange som reserverer seg at tilgangen på tjenester rammes (20).

Frivillige organisasjoner og opposisjon mot abortrettigheter

Women on Waves og *Women on Web* er eksempel på organisasjoner som tar uortodokse metoder i bruk for å bringe trygge aborttjenester til dem som trenger det. Siden misoprostol er et medikament som er lett tilgjengelig mange steder, er det viktig å få ut informasjon om hvordan medikamentet kan brukes trygt, og mange organisasjoner jobber med det. Det er også organisasjoner som sender medikamenter i posten, også der det er ulovlig. Misoprostol er mest effektivt når det brukes sammen med mifepriston, men dette midlet er vanskeligere tilgjengelig og mye dyrere.

Samtidig med aktivitetene til frivillige organisasjoner og økt bruk av menneskerettigheter for å bedre tilgangen til aborttjenester, har opposisjonen vokst. Noen av organisasjonene bruker fortsatt betegnelsen *pro life*, til tross for at vi nå vet at streng abortlovgivning ikke fører til færre aborter, men til at flere gravide dør. Andre har endret retorikken. En stor amerikansk organisasjon som blant annet arbeider mot abortrettigheter kaller seg *Family Watch International*. Også i Europa er det framvekst av organisasjoner som vil reversere liberalisering av politikk knyttet til kjønn og seksualitet (21), i tillegg til at politiske partier på ytre høyre styrker seg mange steder.

WHO's nye abortveileder

I mars 2022 publiserte WHO en revisjon av sin abortveileder, der også helt ny forskning er lagt til grunn. Deres anbefalinger er ganske revolusjonerende,

og også norsk abortlov er langt unna det som anbefales (22): Ingen nemnder, abortene kan utføres på et lavt nivå i helsetjenesten, det trengs ikke ultralyd rutinemessig, og ofte kan den gravide håndtere hele prosessen på egen hånd. Mest oppsiktsvekkende er kanskje påpekingen av at grenser for svangerskapslengde ikke bør høre hjemme i lovverket (2). Veilederen åpner interessante perspektiver på hva som tilhører privatsfæren og bør løses som etisk dilemma av individer, og hva samfunnet skal befatte seg med. Dessuten løftes spørsmålet om hvilke problemer som best kan løses med hjelp av helsepersonells etiske rammeverk, og ikke i loven.

Optimisme, men skjær i sjøen

Jeg startet kronikken optimistisk. Mange flere land liberaliserer abortlovene enn de som strammer inn. Det innebærer færre skader og større overlevelse. Men det er mange skjær i sjøen. Opposisjonen mot abortrettigheter er sterk og godt finansiert, og endringene i USA får ikke bare dramatiske virkninger der i landet, men også globalt.

Koronapandemien gjorde at det ble enda vanskeligere å få trygge aborttjenester mange steder, særlig der slike tjenester allerede var marginaliserte (23). Men kunnskapsmengden om hva slags abortpolitikk som bevarer liv og helse best, er økende, og menneskerettigheter er det ikke så lett å kimse av. Abortstigma har også blitt et forskningstema, både globalt (24) og i Norge (25). Arbeid med å motarbeide stigma pluss å påvise den enorme sosiale urettferdigheten ved at farlige aborter er et stort sosialt problem, tror jeg er veien å gå for å få slutt på all lidelsen som de farlige abortene fører med seg.

Litteratur

1. *The world's abortion laws*. Center for Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (21.9.2023).
2. *Abortion care guideline*. World Health Organization 8.3.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (21.9.2023).
3. *Nearly half of all pregnancies are unintended – a global crisis says new UNFPA report*. United Nations Fund for Population Activities 30.3.2022. <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report> (21.9.2023).
4. *Abortion. Key facts. Fact sheet*. World Health Organization 25.11.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (21.9.2023).
5. *El Salvador's abortion ban: I was sent to prison for suffering a miscarriage*. BBC 28.6.2022. <https://www.bbc.com/news/world-61798330> (21.9.2023).
6. *R. v. Morgentaler, 1988 CanLII 90 (SCC), [1988] 1 SCR 30*. <https://canlii.ca/t/1ftjt> (21.9.2023).

7. *Penal Code of 1810. Book the third of crimes and delicts, and of their punishment.* https://www.napoleon-series.org/research/government/france/penalcode/c_penalcode3b.html (21.9.2023).
8. Acevedo Z. Abortion in early America. *Women Health* 1979; 4: 159–167. https://doi.org/10.1300/J013v04n02_05
9. *The global abortion rate is 39 per 1,000 women aged 15–49.* Guttmacher Institute Infographic 25.5.2022. <https://www.guttmacher.org/infographic/2022/global-abortion-rate-39-1000-women-age-15-49> (21.9.2023).
10. Løkeland-Stai M. *Aborttall for Norge.* Abortregisteret 8.3.2023. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/> (21.9.2023).
11. Moss K, Kates J. *The Helms Amendment and Abortion Laws in Countries Receiving U.S. Global Health Assistance.* *Global Health Policy* 18.1.2022. <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-helms-amendment-and-abortion-laws-in-countries-receiving-u-s-global-health-assistance/> (21.9.2023).
12. Ilboubou PGC, Greco G, Sundby J et al. Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 2015; 30: 500–507. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu025>
13. Drabo S. *Access to Post Abortion Care (PAC) in Burkina Faso: an ethnographic study.* Masteroppgave. Oslo: Seksjon for internasjonal helse, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2013. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-37439>
14. Suh S. *Dying to count: post-abortion care and global reproductive health politics in Senegal.* New Brunswick: Rutgers University Press, 2021.
15. *Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.* New York: United Nations, 1995.
16. *Fact Sheet: Applying the Maputo Protocol Can Reduce Unsafe Abortions.* Population Reference Bureau 5.9.2019. <https://www.prb.org/resources/applying-the-maputo-protocol-can-reduce-unsafe-abortions/> (21.9.2023).
17. Dickens B. *The right to conscience.* I: Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. *Abortion law in transnational perspective: cases and controversies.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2014: 210–238.
18. Chavkin W, Leitman L, Polin K for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2013; 123 Suppl 3: S41–56. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60002-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60002-8)
19. Benson J, Andersen K, Samandari G. Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh. *Reproductive Health* 2011; 8: 39. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-39>
20. Lema VM. Conscientious objection and reproductive health service delivery in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2012; 16: 16–21.
21. «Restoring the Natural Order»: *The religious extremists' vision to mobilize European societies against human rights on sexuality and reproduction.* European Forum on Population and Development 19.4.2018. <https://www.epfweb.org/node/175> (21.9.2023).
22. Løkeland-Stai M. Norsk abortlov til hinder for nye retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0112>

23. Bjartnes KS. *Kvinnehelse i krisetid: pandemiens konsekvenser i Norge og verden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2023. <https://www.nb.no/items/9772aa75d8e271f23896e7e5561ed69f?page=0> (21.9.2023).
24. Millar E. Abortion stigma as a social process. *Women's Studies International Forum* 2020; 78: 102328. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.102328>
25. Haaland MES, Mumba Zulu J, Moland KM et al. When abortion becomes public – Everyday politics of reproduction in rural Zambia. *Social Science and Medicine* 2020; 265: 113502. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113502>

Berit Austveg
berit@austveg.com
Skogstuveien 16b
1363 Høvik

Berit Austveg er pensjonert lege. Etter å ha jobbet som kliniker for innvandrere i Oslo, har hun arbeidet i samfunnsmedisin på nasjonalt nivå i Helse- og omsorgsdepartementet og Statens helsetilsyn, og på globalt nivå særlig med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Som pensjonist er hun fortsatt aktiv som konsulent i globale helsespørsmål, og i undervisning av studenter.

Et kristent perspektiv på abort

Michael 2023; 20: 490–498

Provosert abort reiser etiske spørsmål som er vanskelige for alle, også for kristne. Hensynet til kvinners selvbestemmelse, velferd og interesser må balanseres mot hensynet til fosterets menneskeverd og rett til liv. Det gjør abort til en verdikonflikt som neppe kan få en tilfredsstillende løsning én gang for alle. Folk vil ha ulike oppfatninger om hvordan verdiene skal vektas og balanseres. Også blant kristne er det ulike syn. Her vil jeg skissere ett kristent syn.¹

Kristen etikk begrunner menneskeverd og likeverd på en solid og grunnleggende måte (1). Derfor kan kristen etikk være interessant også i en tid der færre enn før regner seg som kristne.

Den kristne tradisjonen om abort

I den kristne tradisjonen har abort vært regnet som galt, og som en alvorlig synd (2, s. 74). Den første kristne teksten som eksplisitt omtaler og avviser abort, er *Didache* eller «De tolv apostlers lære» fra det første århundret e. Kr. De første offisielle avvisningene av abort kom på synodemøter (kirkemøter) på 300-tallet.

Først fra sent i det fjerde århundret begynte teologer å vise til et skille mellom «formede» og «uformede» fostre. Dette skillet, som ofte ble tidfestet til 40 dager etter befruktning, fikk i middelalderen stor innflytelse i vestkirken (men ikke i østkirken). Abort av et formet foster ble ofte ansett som en enda mer alvorlig synd enn abort mens fosteret var uformet. Men også abort av uformede fostre ble altså oftest avvist som synd, for om det ikke var et menneske som ble tatt livet av, var det like fullt et *potensielt* menneske (2, s. 73).

¹ Denne kronikken oppsummerer og utdyper diskusjonen i min bok *Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetikk* (1, s. 185–245 og 313–322). Noen avsnitt og formuleringer er lånt derfra.

En beslektet diskusjon handlet om på hvilket stadium fosteret fikk sjel. Ifølge reformatorene Martin Luther (1483–1546) og Jean Calvin (1509–1564) skjedde dette ved befruktningen (2, s. 154).

Selv om den kristne tradisjonen har avvist abort unntatt for å redde den gravides liv, har den pastorale omsorgen for kvinner som har fått utført abort, like fullt vært viktig. Kirken har vært opptatt av å holde frem fosterets verdi, *samtidig* som den ville legge til rette for anger, tilgivelse og forsoning for den som hadde tatt abort (2, s. 73).

Teolog og bioetiker David Albert Jones viser til at den kristne tradisjonen om fosterets natur, sjel og moralske verdi ble til i lys av oppfatninger om fosterutviklingen, oppfatninger som vi nå vet var svært mangelfulle og misvisende. Tradisjonen må korrigeres i lys av moderne naturvitenskap, som har vist at det nye livet i biologisk forstand begynner ved befruktningen, og at fosterets genetiske «oppskrift» for utvikling i retning av et fullvoksnet menneske er på plass allerede da (3, 4).

Det er rimelig å hevde at kristendommen brakte med seg en revolusjon i synet på ufødte og nyfødte (1, s. 234). Kristendommen konfronterte en romersk kultur der ufødte og nyfødte stod lavt i kurs, og der *pater familias* hadde rett til å bestemme om de skulle leve eller dø. Men kristendommen insisterte på at alle mennesker var skapt av Gud og av uendelig verdi i Guds øyne. Det gjaldt også de svakeste av de svake, uønskede barn. Kristne begynte å ta til seg barn som var forlatt eller satt ut for å dø. Også i Norge fikk den nye kristentroen denne konsekvensen da innføringen av kristenretten i 1024 gjorde det ulovlig å sette ut nyfødte barn (5). Idéhistorisk har den kristne oppvurderingen av tidlig menneskeliv bidratt til at abort også i vår tid ikke oppfattes som en ren privatsak, men som et vanskelig etisk dilemma som angår hele samfunnet.

Den norske kirke om abort

Da Kirkerådet i 2006 avga høringsuttalelse om bioteknologiloven, oppsummerte man synet Den norske kirkes organer hadde gitt uttrykk for i uttalelser de foregående tiårene. Disse uttalelsene var samstemte om at menneskelivet og menneskeverdet begynner ved befruktningen. Dette sitatet fra 1989 ble vist til som representativt (6):

Det kristne menneskesynet understreker menneskets uendelige verd. Dette verd har mennesket fordi det er skapt av Gud og er elsket av Ham. Den kristne kirke vil derfor forkynne respekten for menneskelivets ukrenkelighet og integritet. Det kristne menneskesynet definerer i siste instans mennesket i relasjon til Gud: «Og Gud skapte mennesket i sitt bilde, i Guds bilde skapte han det» (1. Mos. 1,27). «Du gjorde ham lite ringere enn Gud» (Salme 8,6). Og ved å sende sin egen sønn som menneskenes

bror viste Gud at Han går inn i menneskenes kår. Menneskets verd er ikke begrunnet i dets evne til produktivitet eller forbruk, grad av livsutfoldelse eller nytteverdi. Menneskets verd og ukrenkelighet gjelder født og ufødt, mann og kvinne, ung og gammel, uansett funksjonsevne og utrustning. Alle er skapt i Guds bilde og er likeverdige. (...) Menneskelivet og menneskeverdet begynner ved unnfangelsen. Det befruktede egg har derfor et grunnleggende krav på vern om beskyttelse.

Samtidig har det de siste tiårene skjedd en utvikling i Den norske kirkes syn på abort. Det kommer til uttrykk i en kortfattet uttalelse fra Bispemøtet fra 2019 (7). Samtidig som biskopene fastholder kirkens tradisjonelle holdning om at «Fosteret er fra unnfangelsen et liv med verdi og krav på vern», er deres hovedanliggende nå at den gravides perspektiv har vært for lite vektlagt (7):

Vi erkjenner at kirken i liten grad har tatt inn over seg den situasjonen som mange gravide kvinner har stått i, og har heller ikke klart å gi troverdig uttrykk for forståelse for kvinners erfaring og de utfordringer kvinner har opplevd. Tvert om har kirken som institusjon gjennom historien vist manglende engasjement for kvinners frigjøring og rettigheter. Det beklager vi. Som kirke må vi forandre vår måte å snakke om abort på og hvordan vi ivaretar mennesker som er berørt.

En rimelig tolkning av uttalelsen som helhet er at den uttrykker støtte til selvbestemt abort.

I vår tid er kristne splittet om abort, og tradisjonens relative konsensus er for lengst brutt. Også i et eksplisitt kristent perspektiv finnes det vektige argumenter for adgang til abort: Det handler om den kristne frihet til selv å ta moralske valg, respekt for kvinners selvbestemmelse, rett til kroppslig integritet og autonomi, og ikke minst skadebegrensning, ved at tilgang til legal abort forebygger utrygge aborter og dermed komplikasjoner og dødsfall.

Likevel vil jeg hevde at denne argumentasjonen blir ensidig når hensynet til fosterets gudgitte menneskeverd – som har vært så viktig i tradisjonen – ikke tillegges særlig vekt. Det mener jeg skjer i en del feministisk kristen etikk (1, s. 226–231), og det skjer også i den nevnte bispemøteuttalelsen, som ikke har noe særlig å si om fosteret (7).

I internasjonale pro-life-organisasjoner har «love them both» blitt et slagord. Det gir uttrykk for at en kamp for fosterets rett til liv ikke blir troverdig med mindre den også tar kvinners rettigheter, velferd og interesser på alvor. En autentisk kristen tilnærming til abort kan ikke bare ha øye for fosteret. Men den må altså heller ikke miste fosteret av syne.

Fem spørsmål i abortdebatten

I min bok om kristne perspektiver på medisinsk etikk og bioteknologi (1) argumenterer jeg for at aborttemaet involverer fem grunnleggende spørsmål

som med fordel kan holdes fra hverandre og diskuteres hver for seg (tabell 1). De fem spørsmålene utgjør et rammeverk for diskusjon av abort som er ment å være allment, ikke «spesifikt kristent».

Tabell 1. Fem spørsmål i abortdebatten (1, s. 222).

Nr.	Spørsmål	Domene (et spørsmål om ...)
1	Når begynner livet?	Biologi (naturvitenskap)
2	Når blir det nye individet til?	Metafysikk
3	Når får fosteret moralsk status?	Verdi
4	Når er kvinnen rettferdiggjort i å ta abort?	Etikk
5	Hvordan bør abort lovreguleres?	Jus

1. Når begynner livet?

Forstått som et spørsmål om hva naturvitenskapen – altså biologien – sier, er det greit å besvare: Menneskelivet begynner ved befruktningen, når egg- og sædcelle smelter sammen til et befruktet egg (3, 4).

2. Når blir det nye individet til?

I kristen tenkning er mennesket en enhet av kropp og sjel. I kristendommens historie har det som nevnt vært gitt ulike svar på når besjelingen inntreffer. Men moderne naturvitenskap har altså gjort det klart at livet i biologisk forstand begynner ved befruktningen; eggcellen og sædcellen opphører å eksistere for å gi opphav til en ny organisme, det befruktede egget. Hva mer er, «oppskriften» på menneskets utvikling er på plass allerede fra befruktningen, i DNA. Det betyr ikke at DNA-et *er* menneskets sjel. Men det betyr at allerede det befruktede egget har *menneskenatur*, som det så utfolder og utvikler seg i tråd med gjennom svangerskapet. Det synes dermed mest treffende å si at allerede det befruktede egget er et individ av menneskearten.

I en anmeldelse av min bok innvendte Svein Aage Christoffersen at to andre milepæler er like viktige som befruktningen, nemlig levedyktighet og fødsel (8). En tredje milepæl som også ofte trekkes frem, er det befruktede eggets implantasjon i livmorveggen. Til dette er mitt svar at disse milepælene er av en annen art enn befruktningen: De innebærer ikke noen kvalitativ endring i fosteret selv, men en endring i ytre omgivelser. Aller tydeligst er dette for levedyktighet, som er en relativ størrelse – avhengig som den er av hvilken medisinsk teknologi som er tilgjengelig. I stedet for å si at fos-

teret blir (mer av) et menneske ved å nå disse milepælene, vil jeg si at det er *det samme individet* som når milepælene. Og dette individet ble til ved befruktningen.

3. Når får fosteret moralsk status?

De to første spørsmålene er deskriptive, de handler om «hvordan verden er», uten å bestemme hvordan vi *bør* handle eller verdsette det nye individet. Først ved det tredje spørsmålet er vi kommet til det normative: Når får fosteret *moralsk verdi*? I min bok viser jeg at det kan argumenteres for mange ulike svar på dette spørsmålet (1). Men jeg argumenterer også for at det ut fra et kristent menneskesyn er mest plausibelt at det nye livet får moralsk verdi allerede fra befruktningen.

I denne teologiske argumentasjonen er det tre tråder; henholdsvis *skapelsen*, *inkarnasjonen* og *omsorgen for den svake* (1, s. 191–193). For det første er mennesket skapt av Gud og kalt av Gud til fellesskap med ham. Dette er grunnlaget for menneskets store verdi, menneskeverdet. Bibelen har mange passasjer som indikerer at Gud har omsorg for fosteret. Blant dem som gjerne trekkes frem, er salme 139, der det heter at «Du har vevd meg i mors liv ... Dine øyne så meg da jeg var et foster». Gud sier til Jeremia at «Før jeg formet deg i mors liv, kjente jeg deg, før du ble født, helliget jeg deg» (Jer 1,5). Gud har «laget meg i mors liv» (Job 31,15).

For det andre ble Gud selv menneske i Jesus Kristus (inkarnasjonen). Radikaliteten i dette kan være vanskelig å ta inn over seg. Jesus, Guds sønn, har delt vår menneskenatur, han har blitt vår bror. At Gud selv på denne måten ble menneske har «helliget» menneskenaturen. Det at Gud selv har delt menneskets svakhet, sårbarhet og avhengighet, indikerer at Guds omsorg for oss begynner allerede ved vår spede begynnelse, ved menneskelivets start.

For det tredje skal kristen etikk alltid ha en særlig omsorg for den svake. Jesus sier: «Det dere gjorde mot én av disse mine minste søsken, har dere gjort mot meg» (Matt 25,40). Det at fosteret er lite, hjelpeløst og helt avhengig av moren er i dette perspektivet ikke et argument for at fosteret ikke teller – snarere tvert imot, det har krav på ekstra beskyttelse.

4. Når er kvinnen rettfærdiggjort i å ta abort?

På det fjerde steget hever vi blikket og tar stilling til selve den etiske vurderingen av abort i ulike situasjoner. Da er det den gravide og hennes situasjon som står i sentrum. Men «grunnarbeidet» vi har gjort i spørsmål 1–3 har gitt oss bakgrunn for å mene noe om hvor mye og på hvilken måte fosteret bør hensyntas. Det kommer inn som et premiss i den totale vurderingen. I min bok argumenterer jeg slik (1, s. 224–225):

Fosteret har menneskeverd og følgelig en moralsk rett til beskyttelse. Fosteret er skapt i Guds bilde – det er *én av oss*, vår søster eller bror. Det forplikter. Enhver beslutning under svangerskapet som påvirker fosterets ve og vel, må ha dette for øye.

Samtidig er det langt fra full symmetri mellom fosterets og den gravides situasjon. Den første er i livets aller tidligste fase, mangler bevissthet om egen eksistens og har ikke etablert relasjoner til andre mennesker ut over den gryende tilknytningen til moren. Den gravide, derimot, har et nettverk av familie, venner, kolleger og kontakter. Hennes liv er vevd inn i mange andre menneskers liv, hun betyr mye for mange, og mange betyr mye for henne. Det blir derfor lite treffende å sette likhetstegn mellom fosteret og kvinnen, som om de begge kun var abstrakte «rettighetshavere» som skal telle som «1» i et slags moralsk regnskap.

Asymmetrien mellom kvinnen og fosteret rettferdiggjør at kvinnens interesser prioriteres når mye står på spill. Men som sagt må enhver beslutning respektere fosterets menneskeverd og rett til liv. Hva slags begrunnelser kan veie tyngre enn dette, og følgelig rettferdiggjøre at fosterets liv avsluttes med viten og vilje gjennom abort? Etter min vurdering kan en slik vekting først forsvares etisk når vi har å gjøre med svært tungtveiende grunner, særlig fare for den gravides liv og (fysiske og psykiske) helse, eller etter voldtekt.

5. *Hvordan bør abort lovreguleres?*

Et avgjørende poeng for meg er å peke på at «spranget» fra etikk til juss ikke er kort og enkelt. Spørsmålet om lovregulering av abort er et eget, nytt spørsmål som ikke avgjøres av svarene som er gitt forut alene.

Mer enn gener (1989)

I vår sammenheng er det relevant å avlegge den 34 år gamle rapporten *Mer enn gener* fra Kirkerådets arbeidsgruppe en kort visitt (9). Utredningen ble ledet av Svein Aage Christoffersen, nå professor emeritus ved Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo, mens sekretær for arbeidsgruppen var Olav Fykse Tveit, som nå er Bispemøtets preses. Jeg mener rapporten har to svakheter som den deler med mange andre diskusjoner om fosteret, og som det derfor er instruktivt å peke på.

Mer enn gener handler om bioteknologi i et kristent perspektiv, og har et sentralt kapittel om embryoets og fosterets moralske status (9, s. 45–51). Dette behandler spørsmål 1–3 i mitt rammeverk introdusert over. Min første innvending er at *Mer enn gener* ikke holder de tre spørsmål skarpt fra hverandre. Man reflekterer over spørsmålet om når fosteret blir et individ, en person og et menneske, men uten at disse tre nøkkelbegrepene defineres. Forholdet mellom spørsmål 2 og 3 – mellom det å være et individ eller menneske i deskriptiv forstand og det å ha moralsk status i normativ forstand – er ikke klart. Mitt rammeverk er ment å gi en hjelp til å holde abortdis-

kusjoner «på sporet». Koblet med presise definisjoner av sentrale begreper legger det til rette for høyere presisjon i formulering og kritisk vurdering av standpunkter i abortdebatten.

Min andre innvending er at til å være en utredning for Kirkerådet er det overraskende hvor lite plass *Mer enn gener* vier den spesifikt teologiske argumentasjonen om fosterets natur og moralske verdi. Skapelsen i Guds bilde vektlegges, men ikke betydningen av inkarnasjonen for hvordan vi kan tenke om fosteret i et kristent perspektiv. Kapitlet avslutter med å vise til at to syn på fosteret er representert i arbeidsgruppen: Det ene er at allerede det befruktete egget er et menneske, og at den etiske vurderingen må bygge på dette faktum; det andre vil «også legge en viss vekt på den utvikling som finner sted fra det befruktete egg til det fødte menneske» (9, s. 51). Min vurdering er at om utredningen hadde gitt den teologiske tenkingen om fosteret den plassen den fortjener, ville det andre synet vært vanskeligere å forsvare. Det er en slik teologisk dybde jeg savner også i Bispemøtets uttalelse nevnt over (7).

Fire konklusjoner

Jeg har skissert et syn på fosteret som står i kontinuitet med hovedstrømmingen i den kristne tradisjonen, men som også er informert av moderne naturvitenskap og det bildet denne gir oss av fosteret som et eget individ allerede fra befruktningen.

[1] Den overordnede etiske slutningen jeg trekker av dette er at vi bør ha *respekt* for fosteret gjennom hele svangerskapet, slik vi også skal ha for alle øvrige medlemmer av menneskearten gjennom hele livsløpet. Denne slutningen legger føringer for hvordan abort kan vurderes etisk i ulike situasjoner. Men den endrer ikke på at abort noen ganger innebærer vanskelige etiske dilemmaer.

[2] Men i et kristent perspektiv gjelder også dette: Uønsket graviditet kan sette kvinnen i en krisesituasjon. Viktigere enn å «ha de rette meninger» om abort, er det da å kunne vise nestekjærlighet i praksis. Det som her er en ettertanke, har jeg gjort til et hovedpoeng i presentasjonen av en kristen abortetikk i min bok (1, s. 211–214).

[3] «Fosterets gradvis økende rettsvern» er nærmest et dogme i norsk abortdebatt. Politikere og andre deltakere i offentlig debatt er særlig opptatt av senaborter og nemnder og problematiserer ikke de tidlige abortene. Det gjelder også det regjeringsoppnevnte abortutvalget, der det fremgår av man-

datet at selvbestemt abort frem til uke 12 skal legges til grunn. Men fra mitt kristen-etiske perspektiv – der fosteret har krav på respekt gjennom hele svangerskapet – er det ikke klart at sene aborter er mer moralsk problematiske enn tidlige. Av de ca. 500 senabortene (etter uke 12) årlig er ca. 300 begrunnet i sykdom eller avvik hos fosteret, mens de fleste av de resterende innvilges fordi kvinnen ellers settes i en vanskelig livssituasjon. Dette kan være tungtveiende begrunnelser. Paradoksalt nok kan derfor de 11000–12000 tidlige abortene være *mer* problematiske, fordi det ikke er noe lovkrav om begrunnelse og det også her er et foster skapt i Guds bilde som går til grunne.

[4] Som nevnt er det ikke mulig eller tilrådelig å slutte direkte fra etiske overveielser til juss. Det er heller ikke opp til det mindretallet av nordmenn som holder en kristen abortetikk som min, å bestemme hvordan den norske abortloven skal se ut. Men min argumentasjon peker i retning av at fosterets vern bør styrkes snarere enn svekkes (1, s. 313–322). Fosterets *faktiske vern* kan styrkes gjennom å bedre økonomiske ordninger og permisjons- og arbeidslivsordninger slik at flere opplever det som mulig å fullføre svangerskapet. Fosterets *rettsvern* kan styrkes. Det kan også gjøres på måter som ikke rokker ved kvinnens selvbestemmelse. Viktigst er da å styrke veiledningen, slik at den blir en reell beslutningsstøtte. Den kan eventuelt gjøres obligatorisk. Abortloven bør også få en ny formålsparagraf som fremhever at fosteret har verdi – og at abort er en verdikonflikt.

Litteratur

1. Magelssen M. *Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetikk*. Oslo: Verbum Akademisk, 2023. <https://www.nb.no/items/323b7be911c8e802ae5cfd33666ad90?page=0> (25.8.2023).
2. Jones DA. *The soul of the embryo: An enquiry into the status of the human embryo on the Christian tradition*. London: Continuum, 2004.
3. Jacobs SA. The Scientific Consensus on When a Human's Life Begins. *Issues in Law & Medicine* 2021; 36: 221–233.
4. Condit ML. When Does Human Life Begin? The Scientific Evidence and Terminology Revisited. *University of St. Thomas Journal of Law and Public Policy* 2013; 8: 44–81.
5. Haanes VL. Hva var det nye i 1024? <https://moster2024.no/profesjonsuttalor/hva-var-det-nye-i-1024> (18.8.2023).
6. Kirkerådet. *Høringsuttalelse til Utkast til endringer i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. 2006. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/hdk/2006/0006/ddd/pdfv/285865-den_norske_kirke_-_kirkeradet_mellomkirkelig_rad_samisk_kirkerad.pdf (18.8.2023).

7. Bispemøtet. *Samtalen om abort – et bidrag fra Bispemøtet*. Uttalelse fra biskopene i Den norske kirke. 15.2.2019. <https://www.kirken.no/nb-NO/om-kirken/aktuelt/samtalen-om-abort-et-bidrag-fra-bispemotet/> (18.8.2023).
8. Christoffersen SA. Kyndig, men også omstridt om bioetikk og kristen tro. *Vårt Land* 3.3.2023: 40–41. <https://www.nb.no/items/014084161759ba114dd49ef662a31f4b?page=39> (25.8.2023).
9. Kirkerådet. *Mer enn gener. Utredning om bioteknologi og menneskeverd*. 1989. KM-dokument nr. 12.2./89. <https://www.nb.no/items/e464dcff509b3d3ece350b0ee9c5f6d9?page=0> (25.8.2023).

Morten Magelssen
morten.magelssen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Morten Magelssen er lege og førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk. Han er medlem av abortutvalget (2021–2023) og varamedlem i Bioteknologirådet (2023–2027).

Abort på museum

Michael 2023; 20: 499–511

Hvordan lage en utstilling om abort? Hvilke stemmer bør løftes frem og hvilke etiske utfordringer reiser et slikt prosjekt? I denne kronikken presenterer jeg utstillingen HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet. Jeg vil løfte frem problemstillinger prosjektgruppen diskuterte i produksjonsfasen, og dele noen refleksjoner vi hadde etter at innsamlingsarbeidet var ferdig. Utstillingen åpnet ved Anno Kvinnemuseet sommeren 2021 og er en del av museets permanente utstillingstilbud. Målgruppen er ungdom og unge voksne.

I 2017 startet forarbeidet til Kvinnemuseets nye abortutstilling.² I første omgang gjaldt det å sikre økonomisk støtte til prosjektet, men det viste seg vanskelig å overbevise sentrale aktører om prosjektets aktualitet. Loven om selvbestemt abort hadde stått uendret siden 1978, aborttallene i Norge dalte og det var politisk konsensus om abortloven. Flere av dem Kvinnemuseet kontaktet for å be om pengestøtte, stilte spørsmål ved prosjektets samfunnsrelevans. Det var enighet om at det historisk var en viktig sak, og at det fremdeles var en viktig kamp å kjempe i andre land – men ikke i Norge, i dag, vel? Så kom 2018.

I 2018 var Kristelig Folkeparti (KrF) splittet med abortsaken som et sentralt tema. Nestlederne, Kjell Ingolf Ropstad og Olaug Bollestad, ønsket å gå inn i Solberg-regjeringen. En av deres hovedsaker var å stramme inn abortloven og statsminister Erna Solberg uttalte at hun ville diskutere abort-

1 I denne artikkelen er det provosert abort jeg omtaler, viser tall fra og presenterer fortellinger om, med mindre jeg eksplisitt skriver noe annet. Utstillingen jeg refererer til handler ikke om spontan-aborter.

2 Kvinnemuseet hadde abortutstillingen *Fortiet. Aborthistorien* i perioden 2004–2015. Den måtte nedmonteres på grunn av slitasje og oppussing av utstillingslokalene. Utstillingen var en publikumssuksess, særlig blant ungdom. Se en nettverson av utstillingen her: <https://kvinnemuseet.no/aborthistorien> (29.6.2023).

loven hvis KrF sluttet seg til hennes regjering. KrF presenterte to forslag for innskrenkning av abortloven. Begge forslagene ble vedtatt på partiets ekstraordinære landsmøte, høsten 2018 (1). Etter landsmøtet gikk Knut Arild Hareide av som partileder, han hadde ønsket et samarbeid med venstresiden.

I januar 2019 ble KrF en del av Solberg-regjeringen. I regjeringsforhandlingene fikk partiet gjennomslag for å endre paragraf 2b i abortloven. Fra 2019 må alle kvinner som ønsker fosterantallsreduksjon – det vil si å abortere ett eller flere, men ikke alle fostre – møte i nemnd, også før 12. uke i svangerskapet. Forslaget ble vedtatt i Stortinget 13.6.2019.

Antakelig gjorde den politiske snuoperasjonen i behandlingen av abortloven og tilhørende reaksjoner i befolkningen mulige bidragsytere mer lydhøre for Kvinnemuseets prosjekt. Forsommeren 2019 mottok museet støtte fra Sparebankstiftelsen Hedmark, i april 2020 fra Helsedirektoratet og etter hvert også fra Fritt Ord, Nordisk Kulturfond og Norsk Kulturråd.

Kvinnemuseets innfallsvinkel til en utstilling om abort

I Norge tar i gjennomsnitt hver tredje kvinne en abort i løpet av sin levetid. På verdensbasis gjelder det statistisk sett hver kvinne (2, s. 23).³ Historien viser at selv om trygge aborter er utilgjengelige eller ulovlige, blir svangerskapsavbrudd likevel utført, noen ganger med livet som innsats. Selv om abort er vanlig, snakkes det lite om. Aborterfaringer deles med få, og det er knyttet myter og tabuer til det. Vi bestemte derfor tidlig at utstillingen ikke skulle bruke mye plass på en diskusjon om for eller imot abort. I stedet skulle utstillingen forholde seg til at kvinner til alle tider har avbrutt uønskede graviditeter, og det kommer de også til å fortsette med i fremtiden.

Kan vi lage en vakker utstilling om abort?

Noe av det første som ble diskutert var utstillingens visuelle profil. Vi i prosjektgruppen hadde lyst til å utfordre forslitte fremstillinger av strikkepinner, sinkbaljer med blodige laken, mørkemenn, gråtende unge kvinner og skam.

Kvinnemuseet inviterte den feministiske kunstnergruppen OTALT med i prosjektet. Kunstnerne Helene Karlsson og Sara Falkstad utviklet et visuelt konsept, med en fargepalett i sterke oransje- og lillafarger og sart fersken. Karlsson er illustratør og utviklet egne mønstre til utstillingen som ble omgjort til tapet (figur 1). Vakre mønstre med blant annet plante- og urtemotiver ser ved første øyekast ut som en dekorativ blomstertapet. Men lar en blikket dvele ved tapetmønsteret, kan en få øye på skyllsprøyter, fosfor-

3 Tall fra 2017.



Figur 1. Mønster utviklet til utstillingen HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet. Motivet viser gjenstander brukt som illegale abortmetoder. Til utstillingen ble det produsert tapet med mønsteret som dekket hele vegger. (Illustrasjon: Helene Karlsson, OTALT. © Anno Kvinnemuseet)

fyrstikker, strikkepinner og den giftige urten poleimynte. Alle objektene har til felles å ha blitt brukt som illegale abortmetoder. Dobbeltheten tapetmønsteret kommuniserte var noe prosjektgruppen etterstrebet i utstillingens visuelle profil: Tematikken kunne tidvis være tung og krevende å ta inn over seg, men den skulle presenteres i vakre, fargerike innpakninger.

Abortskrin

I utstillingsprosjekter er det viktig for museer å benytte seg av ressursene i egen samling. Det er en mulighet til å hente opp gjenstander fra magasiner og vise dem fram til et større publikum. Dette var en utfordring for Kvinnemuseets abortutstilling. Museet hadde et fåtall gjenstander i samlingen knyttet til tematikken, og den viktigste ble ansett som etisk problematisk, et såkalt abortskrin (figur 2). Dette er små skrin fra fosterbegravelser funnet inneklemt mellom planker eller under kirkegulv. Slike fosterbegravelser har vært en landsdekkende rituell skikk, avdekket gjennom kirkerestaureringer (3). Skrinene ble brukt som kister for å begrave dødfødsler eller spontanaborter. Man trodde at sjelen til udøpte barn ville besøke en hvis de ikke



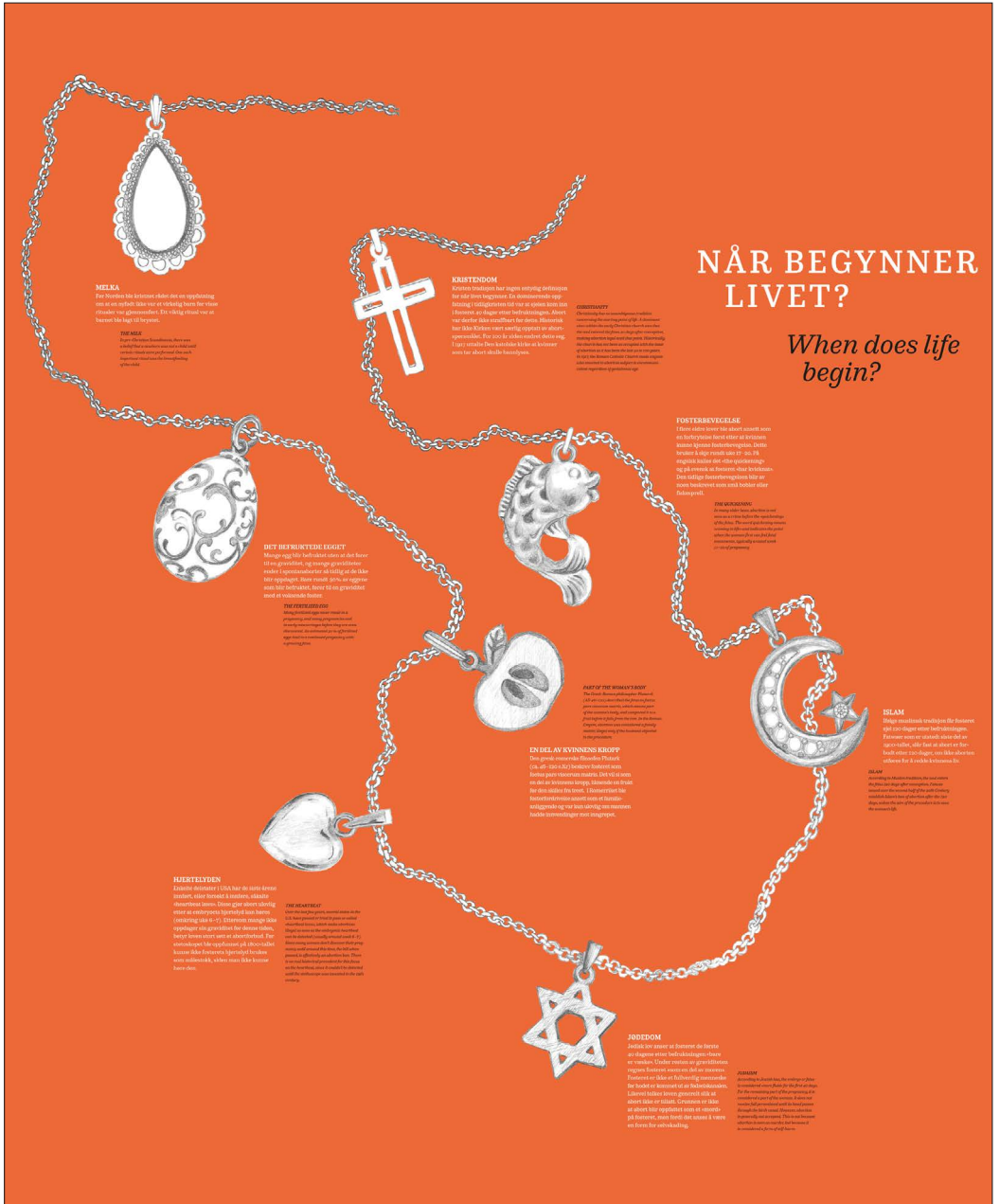
Figur 2. Abortskrin funnet under gulvet i Vinger kirke etter en restaurering på slutten av 1800-tallet. Dette er små skrin brukt til fosterbegravelser. De er del av en landsdekkende rituell skikk, avdekket gjennom kirkerestaureringer. (Foto: Anno Kvinnemuseet (<https://digitaltmuseum.no/021028533994/abortskrin>)).

ble begravet på kristen grunn. Kvinnemuseets abortskrin ble funnet under en restaurering av Vinger kirke og er trolig fra slutten av 1800-tallet.

I en artikkel om abortskrin skriver arkeologen Anja R.S. Magnussen at få av dem har blitt tatt inn i museenes samlinger. Ettersom de er en form for begravelser, har det ofte vært etiske betenkeligheter mot å fjerne skrinene fra kirken (3, s. 54). Det finnes noen abortskrin i andre museers samlinger, blant annet ved Bergen museum, De Heibergske samlinger, Kulturhistorisk museum i Oslo, Øksnes museum og Osterøy museum.⁴

Kvinnemuseets abortskrin var en del av samlingen da museet skulle begynne utstillingsarbeidet. Avgjørelsen om å innlemme skrinet i samlingen var allerede tatt, men noen i prosjektgruppen hadde betenkeligheter med å stille ut en slik gjenstand. Utgangspunktet for utstillingen var kvinners rett til selvbestemmelse. Ved å bringe inn et abortskrin risikerte vi at utstillingens oppmerksomhet på kvinnen ble utfordret og forflyttet seg til fosteret. Ønsket vi dette?

⁴ Søk i DigitaltMuseum.no på «abortskrin» og «fosterskrin» (31.7.2023).



NÅR BEGYNNER LIVET?

When does life begin?

Figur 3. Når begynner livet? står det på veggen i ett av utstillingsrommene. Figurene symboliserer ulike former for livssyn om livets begynnelse: En dråpe melk viser til førkristen tro. Halvmånen og stjernen viser til muslimsk tradisjon. Sammen viser symbolene at det finnes mer enn ett svar på spørsmålet. (Illustrasjon: Helene Karlsson, OTALT. © Anno Kvinnemuseet)

Når begynner livet?

Løsningen ble at vi kontekstualiserte skrinet under den filosofiske overskriften: *Når begynner livet?* Ritualet abortskrinet har vært en del av, forteller oss om tidligere tiders oppfatninger av når et liv oppstår. Spørsmålet er fortsatt aktuelt. På veggen i det ene utstillingsrommet ble tittelen supplert av en tegning med charms-lignende figurer på et kjede (figur 3). Figurene skulle symbolisere ulike former for livssyn om livets begynnelse: En dråpe melk viser til førkristen tro om at en nyfødt ikke var et virkelig barn før det ble lagt til brystet. En tegning av halvmånen og stjernen viser til muslimsk tradisjon om at fosteret får sjel først 120 dager etter befruktning. Tegningen av et hjerte peker på de såkalte «heartbeat laws» som har blitt innført i noen amerikanske delstater. Den loven sier at det er ulovlig å ta abort etter at embryoets hjertelyd kan høres, som er mulig så tidlig som 6–7 uker etter unnfangelsen. Abortskrinet ble plassert i en glassmonter, høyt oppe på veggen i et lite rom publikum måtte oppsøke og aktivt gjøre et valg om å gå inn i.

Tittelen tar opp en type livsretorikk som finnes i abortmotstanderes vokabular når de argumenterer for at fosteret er et nytt liv som vi ikke har rett til å avslutte, skriver samfunnsmedisiner Berit Austveg. Her er livsmystikken førende for forestillingen om ett bestemt øyeblikk som skiller liv fra ikke-liv (2, s. 69). Men rommet med abortskrinet og charms-figurene gir ikke ett svar. Det viser frem ulike oppfatninger av når livet begynner og åpner dermed opp for refleksjon rundt hva som har spilt inn for å avgjøre dette til ulike tider, i ulike tradisjoner og trossamfunn.

Truser og plakater

Høsten 2018 og vinteren 2019 foregikk det en kraftig mobilisering i kvinnebevegelser og blant privatpersoner landet rundt. For første gang siden loven om selvbestemt abort ble vedtatt i 1978, kunne kvinner i Norge få innskrenket sine abortrettigheter. Flere fra utstillingens prosjektgruppe deltok i demonstrasjonen foran Stortinget i november 2018. Det var en sak som engasjerte oss, og det var også en mulighet for å dokumentere og samle inn nye gjenstander til utstillingen.

En av parolene var *Forsvar abortloven – Fjern nemndene*. Vi fotodokumenterte og samlet inn aktivismemateriale fra demonstrantene. Et av fotografiene har blitt en del av utstillingsrommet om aktivisme, sammen med protestplakater som Kvinnemuseet samlet inn etter demonstrasjonen (figur 4).

I januar 2019 arrangerte Kvinnegruppa Ottar en protestaksjon mot Solberg-regjeringens forslag om å innskrenke abortloven. I kampanjen *#1000trusertilErna* oppfordret de kvinner til å sende gamle truser til stats-



Figur 4. Demonstrasjon utenfor Stortinget, november 2018. Det som utløste demonstrasjonen, var Erna Solbergs utspill om å gå inn for begrensninger i abortloven hvis KrF gikk inn i regjering. Flere av protestplakatene på fotografiet ble samlet inn til Kvinnemuseets utstilling. (Foto: Helene Karlsson)

ministerens kontor, gjerne med påskrevet slagord. «Erna Solberg (...) har lagt vårt mest intime og private på forhandlingsbordet», stod det i oppfordringen til protestaksjonen. «Erna Solberg skal få en smak av vårt mest intime og private, hun skal få 1000 gamle underbukser i posten!» (4). Utstillingens prosjektleder, Mona Holm, sendte en formell henvendelse til Statsministerens kontor (SMK) med forespørsel om å ta over trusesamlingen etter at kampanjen var avsluttet. Noen måneder senere dukket det opp en pakke fra SMK i postkassen. Den inneholdt ca. 70 underbukser med påskrevne slagord som *Erna: våre liv og vår helse er ikke til forhandling* (figur 5). Trusene er nå en del av Kvinnemuseets samling og flere av dem kan ses i utstillingsrommet viet til aktivisme (figur 6).

Hva snakkes om i den offentlige abortdebatten?

Mediene bruker mye plass på å diskutere de ekstreme, men også marginale problemstillingene innen abortpolitikk. Det så vi for eksempel i diskusjonen om fjerning av abortnemndene før stortingsvalget 2021. Kun 4,6 % av alle registrerte aborter i 2020 var nemndsaker (5). Flesteparten av selvbestemte aborter i Norge utføres før uke ni i svangerskapet. Diskusjonen rundt denne



Figur 5. Truse fra aksjonen #1000trusertilErna. Kvinnegruppa Ottar oppfordret kvinner til å sende inn truser med egenkomponerte protester til statsminister Erna Solberg. Kvinnemuseet kontaktet Statsministerens kontor og fikk overta trusesamlingen etter aksjonen var gjennomført. (Foto: Roger Johansen, Anno Kvinnemuseet)



Figur 6. Truser fra aksjonen #1000trusertilErna, montert i aktivismerommet i utstillingen HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet. (Foto: Ali Suliman, Anno Kvinnemuseet)

gruppen kvinners erfaringer og mulige helsemessige forbedringer hører vi mindre om.

Vi i prosjektgruppen ville gi plass til medisinske fagfelt og høre kvinners egne erfaringer. Utstillingen har til sammen fire rom: to hovedrom og to mindre rom. De minste rommene handler om aktivisme og livsretorikk. I de to hovedrommene fikk helsepersonell og kvinner med aborterfaring uttale seg. Rommet der abort er formidlet fra et helsefaglig perspektiv fikk navnet *Jordmoras skrivebord* (figur 7). Der kan besøkende lære mer om hva en abortsøkende kvinne i Norge i dag møter i kontakt med helsevesenet. Publikum kan finne svar på spørsmål som *Hvem skal en oppsøke?* Og *Hvordan skjer en abort?* Spørsmålene ble utviklet av elever i videregående skole som ga oss viktige innspill for å nå utstillingens målgruppe. I et video-intervju, plassert på dataskjermen til *Jordmoras skrivebord*, løfter lege Berit Austveg frem Norges forbedringspotensial for den største gruppen kvinner som tar abort. Norge følger ikke Verdens helseorganisasjons anbefaling om at aborttjenester bør ytes i primærhelsetjenesten, sier Austveg. I den norske abortloven står det at bare leger kan utføre svangerskapsavbrudd (§ 3), og det skal gjøres i spesialisthelsetjenesten (2, s. 13).



Figur 7. I utstillingsrommet Jordmoras skrivebord kan publikum lære mer om abort fra et helsefaglig perspektiv. (Foto: Ali Suliman, Anno Kvinne-museet, 2021)



Figur 8. Innsamlede abortfortellinger er anonymisert og blir fremført av skuespillere på skjermer. Fra Fortellingenes rom i utstillingen HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet. (Foto: Ali Suliman, Anno Kvinnemuseet, 2021)

Det andre hovedrommet, *Fortellingenes rom*, er resultatet av et omfattende internasjonalt innsamlings- og dokumentasjonsprosjekt⁵. Kvinnemuseet mobiliserte nettverket International Association of Women's Museums (IAWM) for å samle inn personlige fortellinger om abort fra hele verden. Alle fortellingene ble anonymisert av hensyn til personvern og kvinnene som ikke ønsket eller kunne avsløre sin identitet. Det ble også samlet inn fortellinger til noen menn. Personene bak fortellingene fikk fiktive navn og ble formidlet på film av skuespillere eller med tegnede ansikter utført av Karlsson i OTALT (figur 8).

Da jeg presenterte utstillingsprosjektet på IAWMs konferanse i Østerrike høsten 2021, fortalte flere av våre museumskolleger at de ikke har mulighet til å lage en utstilling om abort på sine museer. I noen land er abort ulovlig, men også i land som Tyskland, Østerrike og Italia kunne det være vanskelig fordi det er et kontroversielt tema. Museer som er avhengig av ekstern økonomisk støtte, kan risikere å miste den. Det gir en ekstra dimensjon til Kvinnemuseets utstilling om abort. Vi gjør det på vegne av flere, fordi vi kan.

5 For den internasjonale nettutstillingen av prosjektet, se www.shhh-stories.com

Hva fortalte kvinnene?

I forkant av innsamlingsarbeidet utviklet vi en intervjuguide. Spørsmålene var få og ganske åpne, for eksempel: *Hva er din erfaring med abort? Hva var viktig for deg? Hvordan fikk du vite hvor du skulle henvende deg? Hva tenkte du da og hva tenker du nå?*

Resultatet ble 57 fortellinger om abort fra 23 land. Vi var i kontakt med enda flere land og folk for å samle inn historier, men vi lyktes ikke alltid. Det ble gjort gjentatte henvendelser til amerikanske, polske og samiske nettverk. Hvorfor vi ikke klarte å rekruttere noen fra disse gruppene vet vi for lite om, og det kan være ulike årsaker til det.

Hva fortalte kvinnene? På hver sine måter er fortellingene preget av abortlovgivningen i det landet kvinnen tok abort, enten den var utført lovlig, ulovlig eller gjort på en abortreise til et annet land eller by med en lovgivning der kvinners helse og liv har blitt prioritert. Materialet er ikke stort nok til å være representativt. Jeg vil likevel løfte frem to trekk som gikk igjen og som overrasket oss, nemlig at kvinnene viste et behov for å legitimere sine handlinger og at vi fikk inn flere ulykkelige fortellinger om abort enn lykkelige.

Et forklaringsbehov

Flere av landene vi samlet inn fortellinger fra praktiserer selvbestemt abort, som betyr at verken partner, foreldre eller helsepersonell har rett til å uttale seg om avgjørelsen. Den er selvbestemt og krever dermed ingen forklaring. Men i vårt materiale så vi at mange av kvinnene hadde et behov for å forklare sine valg, utdype sin livssituasjon og gjøre seg forstått. Selv om vi ikke etterspurte en forklaring, var det som om informantene svarte på en uuttalt forventning på å begrunne sine valg.

Historiker og sosiolog Erica Millar presenterer en teori om kvinners abortfortellinger i boken *Happy abortion stories* (2017), som kan være interessant å se nærmere på. Aborttilhengere mener å ha identifisert et slags forhåndsbestemt «manuskript» for hvordan kvinner følelsesmessig skal forholde seg til sin egen aborterfaring. Den forhåndsbestemte, følelsesmessige instruksjonen i manuset fremstiller abort som et vanskelig valg, bestemt ut fra eksterne forhold som er utenfor kvinnens kontroll. Manuskriptet indikerer at avgjørelsen om å ta abort er vanskelig, og dermed krever det at kvinnene rettferdiggjør sitt valg. Denne forventningen til kvinners fortellinger er ikke nødvendigvis uttalt, skriver Millar, de må heller anses som kulturelle tattfor-gitt-heter (6). Dette var et tankekors for oss som laget utstillingen. Kvinnene som viste oss tillit og delte sine abortfortellinger skulle møtes med respekt og gis åpne, nøytrale og ikke-dømmende spørsmål. Men vi tok

kanskje ikke høyde for de sterke, uttalte normene som Millar mener påvirker kvinner til å fortelle om sine aborter på bestemte måter.

Prosjektet endte opp med flere ulykkelige enn lykkelige abortfortellinger. Dette var overraskende for oss i prosjektgruppen fordi vi kjente til flere, omfattende studier av kvinners aborterfaringer som konkluderer med at lettelse er den vanligste følelsen etter en trygg abort (2, s. 36). En stor amerikansk studie om abort og mental helse viste at de fleste kvinner som velger å avslutte et svangerskap ikke opplever mentale helseproblemer (7), men denne studien var gjort blant kvinner som tok abort i løpet av første trimester i et land der det var lovlig. Vårt prosjekt hadde ikke samme avgrensede kriterier for utvalg, og det kan bidra til å forklare hvorfor vi fikk et annet resultat. En annen forklaring kan være teorien om et abortfortelling-manuskript, presentert av Millar. En tredje forklaring kan være at en ukomplisert abort kanskje ikke oppleves som noe å fortelle om. Kanskje det var derfor vi ikke klarte å rekruttere så mange kvinner med den erfaringen. Denne antakelsen stemmer med det en jordmor ved Kongsvinger sjukehus fortalte til prosjektgruppen i et intervju sommeren 2020. Intervjuet ble gjort i sammenheng med utviklingen av utstillingsdelen *Jordmoras skrivebord* og jordmoren var kontaktet for å svare på spørsmål fra elever i videregående skole. Her er et sitat fra jordmoren om hvordan hun opplever sin pasient-gruppe etter at aborten er utført:

Vi følger opp alle våre pasienter. Noen uker etter de har abortert ringer jeg kvinnene for å sjekke. Noen tar ikke telefonen, og de som gjør det er som oftest allerede videre i livet sitt og anser aborten som et tilbakelagt kapittel.

For mange er en abort et lite, ukomplisert og raskt inngrep, før man deretter går videre med livet sitt. Opplevelsen av å være en fortelling er muligens sterkere for dem som har tenkt mye på dette i ettertid, opplevde det som smertefullt eller allerede var i en vanskelig livssituasjon. Dette prosjektets innsamlingskriterier skilte seg også fra forskningsprosjektene jeg har referert til.

Lykkelige abortfortellinger eksisterer, og vi fikk inn noen av dem. «Kim», født 1990, fra Sverige får siste ord. Denne aborten skjedde i 2017.

Når jeg tenker tilbake på de tre viktigste beslutningene i mitt liv, de jeg er mest fornøyd med, så ser topplisten slik ut:

1. *min abort*
2. *min abort*
3. *min abort*

Det finnes ikke noe annet i mitt liv som jeg er så glad og takknemlig for at jeg har gjort.

I utstillingen står de personlige historiene i relieff til det helsefaglige perspektivet. Sammen viser de kvinners ulike erfaringer i møte med helsevesenet og et ideal for hvordan abortsøkende kvinner skal bli møtt. Vi trenger mer kunnskap fra både kvinner og helsetjenesten for å lære mer om hvordan behandlingen av abortsøkende kvinner kan bli enda bedre.

Litteratur

1. *Ny abortkamp i 2018–2019*. I: Lønnå E, Garvik O. Abortkampen. Store norske leksikon. https://snl.no/abortkampen#-Ny_abortkamp_i_2018%E2%80%932019 (2.8.2023).
2. Austveg B. *Abort. En etisk argumentasjon*. Oslo: Humanist forlag, 2017. <https://www.nb.no/items/6f5d5885b717aaa3c07d5e8ac2a2489f?page=0> (2.9.2023).
3. Magnussen ARS. *Fosterbegravelser. En skikk utenom alle skikker*. Universitetet i Bergen, Arkeologiske Skrifter. UBAS Nordisk 2006; 2: 53–66. <https://hdl.handle.net/1956/11266>
4. *Lørdag 12. januar 2019 kl. 21:00-23:00. Protestaksjon: Send 1000 underbukser til Erna!* Facebook. https://m.facebook.com/events/375967379634788/375967399634786/?active_tab=about&refsrc=deprecated&_rdr (1.8.2023).
5. Løkeland M, red. *Rapport om svangerskapsavbrot 2020*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021: 9. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-om-svangerskapsavbrot-2020-rapport-2021.pdf> (2.9.2023).
6. Millar E. *Happy abortions: our bodies in the era of choice*. London: Zed Books, 2017: 1–2.
7. Major B, Appelbaum M, Beckman L, et al. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychologist* 2009; 64: 863–890. <https://doi.org/10.1037/a0017497>

Thea Aarbakke
thea.aarbakke@tekniskmuseum.no
Norsk Teknisk Museum
Kjelsåsveien 143
0491 Oslo

Thea Aarbakke er ph.d. og førstekonservator (Norges museumsforbund) ved Nasjonalt Medisinsk Museum/Norsk Teknisk Museum. Hun er utdannet museolog og historiker. Aarbakke var prosjektmedarbeider for utstillingen HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet, og var ansatt ved Anno Kvinnemuseet 2019–2023.

Legene og abortspørsmålet – posisjoner og konfliktlinjer

Michael 2023; 20: 512–528

Legers og legegruppers roller og bidrag til utforming av norsk abortlovgivning er tema for denne artikkelen. Studien omfatter perioden fra ca. 1930 til 1978, da abortloven fra 1975 ble endret slik at kvinner fikk rett til selvbestemt abort innen 12. uke av svangerskapet. I 1930-årene var det diskusjoner, med stor uenighet og skarpe fronter, og ulike legeposisjoner inngikk i den offentlige debatten om abortlovgivningen. Mens den liberale posisjonen i 1930-årene understrekte behovet for å tillate abort på rene sosiale indikasjoner, ble det i 1950-årene argumentert for at medisinske indikasjoner med et utvidet helsebegrep ville gi tilfredsstillende tilgang til abort. Abortloven fra 1960 ble kritisert for forskjeller i avgjørelsene i legenemndene og fra sist i 1960-årene ble det reist krav om fri abort. Artikkelen bygger på studier av politiske prosesser knyttet til norsk abortlovgivning og viser ulike konfliktlinjer mellom leger og legegrupper over tid i Norge.

Høsten 2023 skal et regjeringsoppnevnt utvalg levere sin utredning om abortlovgivningen, den tredje norske abortlovutredningen.¹ Den første ble levert i 1935 og resulterte ikke i noen abortlov, den andre i 1956 dannet grunnlag for landets første abortlov i 1960. Gjeldende abortlov fra 1975 ble vedtatt uten forutgående lovutvalg og endret i 1978 ved innføring av kvinners rett til selvbestemt abort innen 12. svangerskapsuke – også uten noe utvalgsarbeid.

I analyser av hvorfor og hvordan lovgivning blir vedtatt, er aktører og aktørgruppers bidrag viktige. I abortpolitikken utforming, politikken kontroverser og praksis, er legene en aktørgruppe, juristene en annen. Legene og legenes organisasjoner var særlig viktige i 1930-årenes politiske prosesser

¹ Oppnevnt av regjeringen Støre sommeren 2022, under ledelse av Kari Sønderland.

og vies mest oppmerksomhet i fortsettelsen. De hadde også betydning for abortlovvedtaket i 1960. I arbeidet med gjeldende abortlov og med endringen i 1978, var legene mindre sentrale. Sammen med kvinnebevegelse, sosialistiske og kristelige organisasjoner har leger og legegruppers innsats særlig hatt betydning i noen perioder. I denne artikkelen drøfter jeg noen linjer i legenes bidrag til norsk abortlovgivning og abortpolitikk.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på en studie av abortspørsmålets politiske historie i Norge i perioden 1900–2020 (1). Sentrale kilder er medisinske tidsskrifter, konferanserapporter, publiserte tekster fra leger og dokumenter fra de ordinære politiske prosessene med utforming av lovgivning.² Ønsket er å gi innsikt i mangfoldet, kontinuitet og endring i legenes bidrag til abortpolitikk og abortlovgivning.

Liberalisering eller innskjerping

I de skandinaviske landene var abort forbudt og hjemlet i straffelovgivningen til godt inn på 1900-tallet. Danmarks første abortlov er fra 1937, Sveriges fra 1938. I Norge regulerte straffelovens § 245 fra 1902 forbudet mot abort inntil 1960. Leger kunne likevel utføre lovlige aborter dersom det sto om kvinnens liv eller helbred. Hvilke forhold dette gjaldt, ble presisert i et rundskriv fra Justisdepartementet fra 1899, basert på innspill fra universitetets medisinske fakultet. Rundskrivet var sentralt for reguleringen i flere tiår. I 1910 utdypet medisinaldirektør Michael Holmboe (1852–1918) dette i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (2). Aborter for å redde mors liv eller for å «avverge en særlig fare for morens helbred» var lovlige dersom de ble rapportert til myndighetene. Holmboe advarte mot utvidede abortindikasjoner, men trangt bekken, nefritter og svangerskapsnyre, vedvarende blødninger og septisk infeksjon av uterinhulen var aktuelle indikasjoner.

Krav om legalisering av abort ble reist i mange land rundt 1910, også i Tyskland, England, Sverige, Danmark, og i Norge. Bak sto sosialister, anarkister, leger, jurister og deler av kvinnebevegelsen. I Norge er Katti Anker Møller (1871–1945) og hennes taler fra tida rundt 1915 mest kjent. Både hun og arbeiderkvinnebevegelsen arbeidet da for fødselskontroll, at kvinner kunne bestemme når og hvor mange barn de skulle få (3).

2 Regjeringens og Stortingets trykksaker og andre dokumenter refereres i noter.

Mobilisering for og mot liberal abortlovgivning

I 1930-årene var det dype kontroverser og steile fronter i abortspørsmålet. Legene som gruppe og enkeltaktører var spesielt viktige for abortpolitikken nettopp i dette tiåret, men hvilke posisjoner og konflikter var det blant legene?

Ved *Norsk kirurgisk forenings* årsmøte i 1929 holdt Kristen Andersen (1864–1950) foredraget *Abortus provocatus med særlig henblikk på dens mulige sociale og humanitære indikasjoner* (4). Andersen var fra 1915 overlege ved sykehuset i Kristiansand. Hans engasjement er tydelig, som kirurg og troende kristen opplevde han situasjoner det var riktig å utføre abort.

Andersen omtalte gjeldende rett i Norge og utenlands. Han etterlyste avklaring av i hvilke situasjoner abort ikke var «rettstridig», særlig de «sociale eller humanitære indikasjoner». For ham var det uetisk ikke å utføre abort hvis svangerskap var resultat av voldtekt, dersom kvinnen, mannen eller begge var uten forståelse av «kjønnsaktens betydning eller av foreldreskapets innhold» og hvis kvinnen var svært ung. Svangerskap blant ugifte og blant gifte der mannen eller kvinnen var gravid med en annen enn ektefellen, burde også lovlig kunne avbrytes. Han foreslo at § 245 fikk bestemmelser om at aborter utført av leger etter forskrifter og avgjørelser av abortsøknader i legekommisjoner, var lovlige.

Kirurgmøtet vedtok (60 for, 3 mot) å be Legeforeningen drøfte abortlovgivningen. Legeforeningens sentralstyre ba så en komité utrede saken før landsmøtet i Trondheim i 1930. Andersen ble komiteleder, øvrige medlemmer var spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, Sverre Kjelland-Mørdre (1892–1974), Legeforeningens generalsekretær Jørgen H. Berner (1883–1964), privatpraktiserende lege Tove Mohr (1891–1981) og distriktslege Stian Erichsen (1867–1953). Mohr var kjent talskvinne for kvinners tilgang til prevensjon og abort (5). Komiteens flertall (Andersen, Kjelland-Mørdre, Mohr og Berner) foreslo en liberal abortlov, mindretallet (Erichsen) ønsket en innstramming av praksis. Innstillingen ble trykt og debattert i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* før landsmøtet i Trondheim i 1930. Debatten ved årsmøtet ble publisert som særtrykk.³ Årsmøtet vedtok (76 for, 30 mot) å be myndighetene om å endre lovgivningen om abort. Utredninger, innlegg og referater fra debattene skulle oversendes. Vinteren 1931 drøftet *Det norske medisinske selskap* også abortsaken.

Legene ble ikke enige om forslag til myndighetene, men hvilke posisjoner og anbefalinger i abortsaken var det og hvilken abortlov ble det mobi-

3 *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1930; 50: 608–648. (<https://www.nb.no/items/9865fa22a0f214d345e3bd15fc8179d2?page=27>). Omtrent samtidig ble det publisert en undersøkelse av 717 aborter ved 21 sykehus (6) og av aborter ved Ullevål sykehus 1920–1929 (7).

lisert for? Det var to posisjoner. Én ville liberalisere adgangen til abort, en annen stramme inn praksis.

Den *liberale* posisjonen finnes i legekomiteens flertall i 1930. Det ville tillate abort på sosiale og humanitære indikasjoner: «hvor abort gjøres fordi fødselen av et barn er skikket til å volde ulykke for kvinnen selv, for hennes barn eller hennes nærmeste slekt». ⁴ Humanitære indikasjoner kunne være voldtekt, besvangring av meget unge kvinner, besvangring ved eller av mindreverdige individer, svangerskap hos ugifte, blodskam osv. Sosiale indikasjoner burde kunne brukes hvis en familie hadde minst tre levende barn eller kvinnen hadde født fem barn. Komiteen fulgte Andersens linje fra 1929. Betingelser for lovlig abort måtte tydeliggjøres og abortsøknader fra kvinnens lege behandles av legekommisjoner. Mohr og Berner mente «hel frigivelse» var best, å se abort som en sak mellom kvinnen og legen, men begge støttet flertallet.

På landsmøtet viste Karl Evang (1902–1981) til positive erfaringer fra Sovjet som argument for liberalisering. Hensynet til kvinner som levde i elendige forhold var viktigst for Mohr, adgang til abort trengtes til preven-sjon ble lettere tilgjengelig. Hun foreslo en endring av § 245 slik at aborter utført av sykehus eller klinikker (etter offentlige retningslinjer) ikke var rettsstridige. Forslaget falt, men fikk 24 av 106 stemmer. At så mange av legene stemte for forslaget, er ikke vektlagt i ettertiden (8). Siden framholdt Mohr at kvinnes vurdering av situasjonen måtte være suveren og leger måtte få hjelp (9).

Også legen Ingeborg Aas (1870–1958) talte for en abortlov med sosiale og humanitære indikasjoner. Voldtekt måtte kunne gi abort, også i ekteskapet. I Trygdekassenes fylkesmøte i Trøndelag høsten 1931 agiterte hun for støtte til mødrehygienekontorenes opplysningsarbeid om prevensjon (10). Fattige burde få abort, også for å redusere offentlige utgifter. Aas var for rasehygieniske indikasjoner og sterilisering for å få færre åndssvake, sinnsyke, epileptikere og forbrytere.

Rundt 1930 dannet sosialistiske leger i Skandinavia foreninger. Den norske, med Karl Evang som formann og redaktør, utga *Populært tidsskrift for seksuell opplysning* fra 1932 til 1935. Tidsskriftet krevde en liberal abortlov (11). Evang ville tillate abort på sosiale indikasjoner for å hindre at ulovlige og farlige aborter ble en nødutvei for kvinner i vanskelige situasjoner. Han støttet at leger hjalp kvinner til abort, på randen av det lovlige,

⁴ Utredningen i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1930; 50: 625 (<https://www.nb.no/items/9865fa22a0f214d345e3bd15fc8179d2?page=43>).

dette var til «den norske lægestands heder». ⁵ Evang så abort som nødutvei, bare økt levestandard og bedre tilgang til prevensjonsmidler kunne forebygge abort.

Også en *restriktiv* posisjon hadde tilhengere blant kirurgene og i Legeforeningen, med motstand mot å gjøre abortlovgivningen mer liberal. Stian Erichsen var i mindretall i legekomiteen. ⁶ For ham var erfaringer fra Sovjet skrekkeksampler. Hel eller delvis frigivelse ville gi nedgang i befolkningen og moralsk kollaps, mens fosteret hadde livsrett som måtte beskyttes. Erichsen ville ikke godta sosiale og humanitære indikasjoner, men ville styrke stillingen til barn født utenfor ekteskap og gi økt økonomisk støtte til barnefamilier og enslige forsørgere. Å tillate abort på humanitært grunnlag var et «alvorlig brudd på sedelighetens lov». Friske og selvhjulpne burde ikke tillates abort, men de som ikke var selvhjulpne, burde få abort og bli sterilisert, for samfunnets skyld. Dette kunne forankres i en utvidet medisinsk indikasjon.

Erichsen fikk støtte av flere ved landsmøtet. Kvinnelegen Louise Isachsen (1875–1932) var av dem. Konstituert medisinaldirektør, Karl Wilhelm Wefring (1867–1938), var kritisk til abort, fordi abortingrep kunne få psykiske ettervirkninger. Kirurgen Harald Natvig (1872–1947) støttet Erichsen og vektla de moralske farene med liberalisering. Overlege ved Kvinneklubben i Bergen, L. Severin Petersen (1870–1955), mente legene kunne foreta abort – etter egen overbevisning og legeeden, ikke dirigeres av «... kongelige resolusjoner og direktiver fra et fakultet».

Louise Isachsen utdypet sin motstand mot liberalisering av aborttilgangen med formulering av et lovforslag i et foredrag i *Det norske medisinske Selskab* på nyåret i 1931, *Om abortus provocatus* (13). ⁷ Hun avviste sosiale indikasjoner, men ville tillate abort etter voldtekt, etter besvangring av kvinner under 15 år, etter blodskam og etter «besvangring av eller ved mindreverdige». Etter hennes død arbeidet samboeren, legen Kristine Munch (1873–1959), iherdig for forslaget. ⁸ Natvig, Erichsen, Munch og andre kristne og abortrestriktive leger var sentrale i en videre innsats mot liberalisering av abort, som i *Folkereisingen av 1934 mot fosterdrap* (1).

5 Det ble sitert fra Evangs artikkel i Stortinget av Kristelig folkeparti i 1939 da innstillingen fra protokollkomiteen, med kritikk av utnevnelsen av Evang til medisinaldirektør, ble behandlet (12).

6 Mindretallets innstilling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1930; 50: 638–648. (<https://www.nb.no/items/9865fa22a0f214d345e3bd15fc8179d2?page=57>).

7 Isachsen ble cand.med. i 1900, spesialist i kirurgisk gynekologi og privatpraktiserende kvinnelege, medstifter av Norske kvinnelige legers forening og internasjonalt orientert (14).

8 Munch var gynekolog som Isachsen (14). I 1934 sendte Munch spørreskjema til kvinnelige leger om Isachsens lovforslag. Av 49 svar, støttet 35 Isachsens lovforslag, 15 var uenige (1).

Straffelovkomiteens utredning

Henvendelsen fra legene til myndighetene om å gjennomgå § 245 ble sendt i januar 1931. Da hadde landet en mindretallsregjering utgått av Venstre, men fra mai 1931 til mars 1933 regjerte to mindretallsregjeringer fra Bondepartiet. De fulgte ikke opp Legeforeningens brev. Da Venstre i mars 1933 overtok regjeringsmakten, ble arbeidet for å få en liberal abortlov igangsatt.

I april 1934 sendte Sosialdepartementet et notat fra medisinaldirektør Nils Petter Løberg Heitmann (1874–1938) om abortlovgivning til Justisdepartementet.⁹ Heitmann ville ha en liberal abortlov, med sosiale og humanitære indikasjoner og ville godta begjæringer om abort hvis kvinnen hadde «en aktverdige grunn». Det burde også gjelde mindreårige, åndssvake og sinnssyke. Hva dette innebar, burde leger bedømme.¹⁰ Ikke-autoriserte som utførte abort og aborter utenfor sykehus burde straffes strengt. Medisinaldirektøren foreslo altså en legestyrt vurdering av hva som var aktverdige grunner for legal abort.

Flere presset på. I juni 1934 framsatte legen Signe Swensson (1888–1974) et forslag til abortlov for Odelstinget.¹¹ Det var signert fire leger og fire jurister, «de åtte», med Kristen Andersen, kirurgene Hjalmar Schilling (1867–1946) og Sofus Widerøe (1880–1937) ved Ullevål sykehus, samt gynekolog Kristjar Skajaa (1890–1956). Skajaa skulle komme til å delta i utredninger av abortspørsmålet i flere tiår.¹² Juristene var venstremenn, som høyesterettsdommer Thomas Bonnevie (1879–1960), liberal og gift med Margarete Bonnevie (1884–1970), sentral i Norsk Kvinnesaksforening. Hun og Swensson samarbeidet (15). De åtte foreslo at abort foretatt av en lege ble straffri, mens kvakksalvere måtte straffes. Abort kunne utføres gratis i offentlige sykehus med medisinske eller ved sterke humanitære eller sosiale indikasjoner. Abort som ikke gjaldt kvinnens liv og helse burde besluttes av et legeråd. Dette var en klar melding til regjeringen om å starte abortlovarbeidet.

Straffelovkomiteen ble oppnevnt 5. juli 1934, ledet av riksadvokat Haakon Sund (1873–1965). I komiteen satt sorenskriver Erik Solem (1877–1949), Skajaa, en av «de åtte», samt legene Tove Mohr og Ingeborg Aas, begge offentlig kjent for å ville liberalisere abortloven, ble oppnevnt særskilt

9 Medisinaldirektør fra 1930, overlege for tuberkulosen 1928–1935. Fordi abortforbudet var hjemlet i straffeloven, var Justisdepartementet ansvarlig departement for lovarbeidet.

10 Dette var samme formulering som ble brukt i steriliseringsloven, der tillatelse til sterilisering kunne gis ved aktverdige grunner, ønsket om abort skulle være velbegrunnet.

11 På Stortinget fra Trondheim 1931–1936, med i styret for Norsk Kvinnesaksforening og ledet Norges Yrkeskvinnens landsforbund 1936–1946, med i den internasjonale foreningen for kvinnelige leger.

12 Skajaa ble dr.med. i 1922, universitetsstipendiat 1928–1932, ved Radiumhospitalet 1932–1938 og overlege ved Oslo kommunale kvinneklinikk fra 1938.

for abortlovutredninger. Sund var liberalt innstilt. Alt tydet på at Venstre ønsket en liberal abortlov utredet (1).

Komiteen ble møtt med massiv protest. Legene Erichsen og Munch mente Mohr, Aas og Skajaa var ytterliggående og ville supplere komiteen med kritiske leger og bruke Isachsens abortlovforslag. Med storstilt mobilisering ble det sendt protestskriv til regjering og storting, noen fra leger (29 av 149 legeunderskrifter var kvinners) og jurister. Bonde- og kvinneorganisasjoner og Fedrelandslaget, samt mange venstremenn og -kvinner protesterte også. Regjeringen utvidet komiteen med Erichsen, Andersen og høyesterettsadvokat Aage Schou (1867–1948).

Innstillingen ble levert i juni 1935.¹³ Straffelovkomiteens lovforslag hadde skiftende flertall, men med ett hovedskille, med Erichsen og Schou i mindretall.¹⁴ *Flertallet* foreslo «indisert frigivelse» av abort på medisinske indikasjoner, en etisk indikasjon (hvis svangerskapet skyldtes blodskam eller voldtekt eller annen grov krenkelse av kvinnens kjønnsfrihet), en eugenisk indikasjon og en humanitær eller sosial. Den eugeniske gjaldt hvor det var fare for at barnet kom til å være psykisk eller fysisk syk eller skadet av sykdom eller via arv. En humanitær eller sosial indikasjon gjaldt hvis det å få barn kunne «føre til en stor og langvarig lidelse for kvinnen eller for barnet eller hensette noen av disse i nød som ikke kan avhjelpes på annen måte ved midler som has for hånden». Erichsen og Schou avviste sosiale indikasjoner. De ga en særuttalelse og viste til stor støtte fra kristne og andre organisasjoner.

Det var enighet om at abort måtte skje innen svangerskapets tredje måned og at to leger i fellesskap skulle beslutte om abort, slik praksis var ved sykehusene. Komiteen foreslo en ny § 245, med redusert strafferamme. Mohr foreslo at straffen for kvinnen bortfalt, men stemte for flertallets strafferammeforslag. Juristen Solem i komiteen tok dissens og foreslo at kvinnen ikke kunne straffes.

Skajaa utredet abortsituasjonen. Det var langt flere legale aborter i Norge (1622) enn i Sverige (198) og Danmark (370). Anslått antall illegale aborter var mellom 6300 og 10 000 i Norge (¾ legeutførte). Skajaa kartla sykehuslegers syn på abortlovgivning. Flertallet ønsket å legalisere en relativt liberal abortpraksis.

Innstillingen møtte massiv kritikk fra kristne og borgerlige organisasjoner, også før den ble levert til statsminister Johan Nygaardsvold (1879–1952)

13 *Innstilling nr. 1 fra den av Justisdepartementet den 5. juli 1934 nedsatte komite til revisjon av straffeloven angående forandring i straffeloven § 245 og angående uferdigelse av lov om avbrytelse av svangerskap*. Oslo: Det Mallingske Bogtrykkeri, 1935. <https://www.nb.no/items/65a10da204a043c9f2626f931c13247c?page=711> (29.8.2023).

14 *Innstilling s. 82–98* (<https://www.nb.no/items/65a10da204a043c9f2626f931c13247c?page=793>).

i juni 1935. Nygaardsvold mottok 230 000 underskrifter mot en liberal abortlov (1). Arbeiderbevegelsen, særlig kvinnene, støttet på sin side forslaget. Innstillingen var ikke til høring, men Sosialdepartementet fikk sykehusoverlegenes og Det medisinske fakultets vurderinger i 1936. Flertallet av sykehuslegene ønsket liberalisering, med legale sosiale indikasjoner. Noen, som overlege Harald Natvig (1872–1947) ved Oslo kommunale kvinneklinikk, var kritiske til liberalisering – tydelig demonstrert i heftet *Fosterdrap* (16). Det medisinske fakultet var splittet (1). Flertallet så abort som en «sykelig prosess» med en viss fare for kvinnens liv og helse. Kriminelle aborter måtte bekjempes, men flertallet mente forslaget fra straffelovkomiteen kunne gi flere kriminelle aborter og ikke større likhet for loven.

Etter valget i 1936 fortsatte Nygaardsvold-regjeringen i mindretall. Stortingflertallet støttet ikke noen liberal abortlov. I Tyskland var abortforbudet blitt innskjerpet etter Hitlers maktovertakelse i 1933. Tre år senere ble abort forbudt i Sovjetunionen. Den danske regjeringens abortlovforslag ble vedtatt i 1937, uten sosiale indikasjoner. Sverige vedtok i 1938 også en abortlov uten sosiale indikasjoner, selv om lovutvalg i begge land hadde foreslått å legalisere slike (1). Nygaardsvold-regjeringen var i mindretall og ville ikke fremme en liberal abortlov, det ville gitt opposisjonen anledning til å vedta en streng lov, som i nabolandene. Samtidig utnevnte den Karl Evang til medisinaldirektør, en profilert talsmann for prevensjon og liberal tilgang til abort. Opposisjonen var sterkt kritisk, særlig til hans abortsyn (12).

Igjen mobiliserte de abortkritiske legene, med Natvig i spisen. Han støttet nabolandenes abortlover, de lignet Sovjets abortforbud, norsk praksis var alt for liberal.¹⁵ Abortsituasjonen kom opp i Stortinget i 1939 (1). Påskyndet av Natvigs kritikk ble justisminister Trygve Lie (1896–1968) spurt om hvordan han ville stoppe illegale aborter. Lie ville vurdere å be straffelovkomiteen oppsummere erfaringer fra nabolandene, men syntes ikke situasjonen var så ille. Hadde regjeringen fremmet et lovforslag, ville Stortinget vedtatt en restriktiv lov.

Høsten 1939 talte kirurg Johan Haffner (1906–1989) ved Aker sykehus for en liberal abortlov i *Det norske medisinske selskap* (17). Møtet vedtok en resolusjon som støttet ham. Natvig og andre agiterte for en restriktiv lov. Like før jul i 1939 ble så straffelovkomiteen bedt om å vurdere lovforslaget fra 1935 på nytt.

15 Kronikker i *Aftenposten* 27.5.1939 (<https://www.nb.no/items/064d3420c6ac05e65497fd5f3d8fcac1?page=1>) og i *Morgenbladet* 26.5.1939 (<https://www.nb.no/items/9e7316d104e3485c91ed3868ff5616f6?page=3>) og 27.5.1939 (<https://www.nb.no/items/238fd1e1c20abd6e0a76222c49002b16?page=3>).

Etter den tyske invasjonen ble straffelovkomiteen avviklet. I 1943 ble en abortlov iverksatt av de norske NS-myndighetene og okkupasjonsmakten. Den skulle stramme inn praksis og tillot abort bare på strengt medisinske og eugeniske indikasjoner. Loven lignet på de abortkritiske lovforslagene som ble fremmet i 1930-årene. En etisk indikasjon, dersom svangerskapet var resultat av en kriminell handling, var imidlertid utelatt. Abortloven, *lov om vern av folkeætten nr. 2*, ble, som alle illegitime lover fra okkupasjonstida, avviklet ved frigjøringen (1).

En splittet legestand

I 1930-årene var legestanden splittet i synet på abortlovgivningen. Leger med et liberalt syn på abort arbeidet for å tillate abort på sosiale og humanitære indikasjoner. Sist i 1930-årene agiterte leger med et restriktivt syn for en lov som kunne innskjerpe det de så som en altfor liberal praksis. At Arbeiderpartiet ikke fremmet og fikk vedtatt en abortlov i mellomkrigstida, har tidligere blitt sett som et svik (8, 18, 19, 20). Men dette kan ses annerledes, som at muligheten til å ha en relativt liberal abortpraksis ble forsvart ved å hindre at en restriktiv lov ble vedtatt (1). Kanskje kan straffelovkomiteens forslag også ha blitt brukt som uformell retningslinje for praksis.

Tolkningen av hva som truet kvinnens liv og helse ble sikkert strukket, og leger utførte sannsynligvis mange illegale aborter, noen for penger, andre for å hjelpe og av solidaritet, som leger knyttet til mødrehygienekontorene – som Ellinor Jamvold (1890–1978) i Oslo eller Carl Viggo Lange (1904–1999) i Trondheim (1).

Kristne leger kunne ha ulike syn på abort, det var stor forskjell på Kristen Andersens og Harald Natvigs argumentasjon, de to var også i flere skarpe offentlige debatter (1). Andersen fikk støtte av mange leger, som Mohr og Evang, sosialister, liberale og av arbeiderkvinnebevegelsen. Kvinner og menn i Venstre var splittet. Kvinnebevegelsen var i det hele splittet, med kvinnelige leger i begge leirer. Arbeiderkvinnebevegelsen støttet Mohr og at abort burde *være en sak mellom kvinnen og hennes lege* og prinsipielt at kvinner ikke skulle kunne straffes for abort. Mohr var Katti Anker Møllers datter, begge støttet arbeiderkvinnene.

De kvinnelige legene sto ikke sammen for en liberal abortlov. Louise Isachsen fikk arbeiderkvinnenes støtte da hun i 1914 ikke fikk en offentlig legestilling (14). I abortsaken var hun ikke på deres side (1).

Hovedkonflikten i 1930-årene gjaldt de sosiale indikasjonene. De som var mot, mente at enklere tilgang til abort ville øke umoralen i samfunnet. Flere ville ha seksuelt samkvem dersom de ikke fryktet svangerskap, i eller utenfor ekteskap. Abortadgang kunne redusere antall fødte og svekke den

nordiske rasen. Dessuten kunne en liberal lov gjøre kvinner mer utsatt for menns begjær. Motsatt, de som krevde sosiale indikasjoner, vektla at fattigdom og nød utarmet kvinner og barn. Med legale sosiale indikasjoner kunne leger hjelpe. Sosialistiske leger, som Evang, krevde også fødselskontroll og mulighet for abort for å hindre seksuell nød. Frykt for graviditet ødela seksuallivet.

Alle var for abort om det sto om kvinnens liv, selv om «fare for liv og helse» var et tøyelig uttrykk. Det var også enighet om å tillate abort dersom svangerskapet var resultat av voldtekt eller incest. Ingeborg Aas vektla at det også måtte gjelde voldtekt i ekteskapet. Louise Isachsen ville kreve at voldtekten var anmeldt – ellers kunne kvinner lett hevde seg voldtatt. Det var også enighet om en arvemessig, eugenisk abortindikasjon, selv om den ble omtalt forskjellig (1). Det relativt høye antallet legale aborter tyder på at norske leger brukte åpningen loven ga for abort, og var mer liberale enn i nabolandene. Hva det skyldes, er likevel vanskelig å vite.

Strid om sosiale grunner for abort

Norsk Kvinnesaksforening tok opp kravet om å få en abortlov i 1948, og ved årsskiftet 1949/50 tok helsedirektør Evang også opp behovet for en abortlov.¹⁶ Våren 1950 mobiliserte Arbeiderpartiets kvinnebevegelse for å fremme abortlovforslaget fra 1935 med sosiale indikasjoner (1). I juni 1951 ble Straffelovrådet bedt om å lage et forslag til abortlov. Straffelovrådet, med tre jurister, ble forsterket med tre leger, foreslått av Legeforeningen: Skajaa, som var med sist, psykiateren Ørnulv Ødegaard (1901–1986) og kvinnelegen Valborg Klem (1919–1998). I tillegg ble økonomen Aase Lionæs (1907–1999), leder av Arbeiderpartiets kvinnesekretariat, og jordmor Anna Hagevold (1895–1977) oppnevnt. Som i 1934, da Venstre-regjeringen oppnevnte lovutvalg, fylte Arbeiderparti-regjeringen lovutvalget med personer som var kjent for å ønske en liberal abortlov. Denne gangen kom det ikke protester (1).

Straffelovrådet foreslo i juni 1956 enstemmig å legalisere abort på medisinske, arvemessige (eugeniske), etiske og sosiale indikasjoner innen utløpet av tredje svangerskapsmåned.¹⁷ Dette lignet straffelovkomiteens flertallsforslag fra 1935, men nå gikk Straffelovrådet enstemmig inn for sosiale indikasjoner. Rådet foreslo at en nemnd med to leger, en oppnevnt av fylkeslegen og overlegen ved sykehuset (ev. stedfortreder) skulle avgjøre

16 *Arbeiderbladet* 31.12.1949 (<https://www.nb.no/items/5f2e87496963f170fa8761b20daccfda?page=3>) og 2.1.1950 (<https://www.nb.no/items/49b57475fc7bda3d1f3804c027837c33?page=3>).

17 Innstillingen ble trykt som vedlegg til regjeringens lovforslag i 1959, Ot.prp. nr. 15 (1959). *Stortinget*

abortsøknader. Det ble foreslått at kvinnens lege kunne anke avslag, at mannen fikk uttale seg, men kvinnen kunne få abort om fylkeslegen samtykket – hvis mannen var imot. Svært få ble straffet for brudd på § 245. Rådet foreslo ny strafferamme, 2 år (fra 3 år) for dem som rettsstridig avbrøt svangerskap eller medvirket til det. Hvis kvinne var «i en opprevet sinnstilstand» eller ved «særdeles formildende» forhold, kunne straffen bortfalle.

En ny utredning viste at det var 3150 legale aborter i 1954 og anslagsvis 7300 illegale aborter. De fleste legale abortene var medisinsk begrunnet, men for ca. 16 % var begrunnelsene «økonomisk-sosiale».¹⁸

Hvilken rolle spilte legene i Straffelovrådet? Skajaa bidro til kunnskap om abortsituasjonen, både i første og andre utredning. Også legene Ødegaard og Klem bidro med utredninger, Ødegård for eksempel om psykiatriske indikasjoner for abort.¹⁹ Underveis ble det klart at Klem og jordmor Hagevold kunne være villige til å gå inn for en lov uten rene sosiale indikasjoner, men de valgte, uvisst av hvilke grunner, å følge Straffelovrådets enstemmige forslag om å legalisere sosiale indikasjoner. I utvalget var juristene innstilt på sosiale indikasjoner, og det var hovedtema for Lionæs (1).

Innstillingen fikk både støtte og motstand i offentligheten, noe som ses i forslag til abortlov fra regjeringen Gerhardsen vinteren 1959.²⁰ Sterkest motstand kom fra *Norges kirkelige landslag*. Organisasjonen oversendte Louise Isachsens forslag fra 1930-årene til Stortinget.²¹ Noen som hadde støttet Isachsen, som Natvig, var gått bort. Psykiater Klara Leivestad (1905–1993) var av dem som arbeidet for forslaget. Landslaget var fortsatt særlig mot sosiale indikasjoner.

Forslaget ble viet liten oppmerksomhet i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Legeforeningens president, Haffner, skrev om forslaget (21). Både han, og professor i sosialmedisin, Axel Strøm (1901–1985), som også skrev om det, ville ikke ha en lov med rene sosiale indikasjoner (22). De ville begge at det skulle være en åpning i loven for å ta hensyn til de sosiale og økonomiske forholdene kvinnen levde under ved vurderingen av den medisinske indikasjonen.

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo var delt i tre fraksjoner.²² Flertallet mente at det kunne vært ønskelig med en sosial indikasjon, men den burde formuleres annerledes og klargjøre at en slik bare måtte gjelde for «eksepsjonelle» tilfeller. Et mindretall ville utvide den medisinske indi-

18 Innstillingens vedlegg 1.

19 Trykt som vedlegg til innstillingen.

20 Ot. prp. nr.15,1959.

21 Trykt som vedlegg til Ot.prp. nr. 15, 1959.

22 Se omtalen i Ot.prp. nr.15, 1959. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1959&paid=3&wid=a&psid=DIVL260> (19.9.2023).

kasjonen om adgang til abort hvis kvinnens liv og helse var i alvorlig fare ved å erstatte «alvorlig fare» med «fare». Et annet mindretall ville inkludere sosiale forhold i den medisinske indikasjonen og ville ikke bruke begreper som «utvidet medisinsk indikasjon» eller «sosialmedisinsk indikasjon», men presisere at det måtte tas hensyn til kvinnens totale situasjon. Fakultetet hadde ikke et samlet syn på hva som skulle ligge i en medisinsk indikasjon, og hvilke helsefarer knyttet til svangerskapet og hvor alvorlige de måtte være for å kunne begrunne abortinngrep.

Sentralstyret i Den norske legeforening ville ikke legalisere sosiale indikasjoner og mente den medisinske indikasjonen kunne presisere at hensyn til kvinnens sosiale og økonomiske forhold måtte med, uten at noen ytterligere presisering.²³ Helsedirektør Evang var enig, vurderingen av kvinnens helsetilstand måtte hensynta hennes totale situasjon. En lov med en moderne sosialmedisinsk innretning ville gi bedre muligheter for legale aborter, og Evang forventet at nemndene ville bruke indikasjonene fleksibelt.

Sosialdepartementet og statsråden, legen Gudmund Harlem (1917–1988), mente forslaget om sosiale indikasjoner var unødvendig. Slik han så det, måtte en vurdering av medisinske indikasjoner inkludere kvinnens sosiale forhold. Oslo mødrehygienekontor, Kvinnesaksforeningen og Tove Mohr, som fortsatt deltok i debatten, argumenterte også for en vid medisinsk indikasjon, heller enn en ren sosial. Det er uvisst om dette skyldtes pragmatiske grunner eller prinsipielle. Det var godt kjent hvor kontroversielt det hadde vært å foreslå en ren sosial indikasjon, – og samtidig var det nok tillit til at leger med et utvidet helsebegrep ville ta hensyn til kvinnens sosiale forhold.

Regjeringen foreslo en abortlov uten sosiale indikasjoner. Ellers fulgte forslaget i hovedsak Straffelovrådet. I Arbeiderpartiets stortingsgruppe kom det sterk kritikk mot at lovforslaget var uten en ren sosial indikasjon, særlig fra Aase Lionæs. Da Stortinget skulle vedta loven, stemte et flertall fra partiet først for å inkludere sosiale indikasjoner. Det falt. Så fikk Arbeiderpartiet vedtatt landets første abortlov høsten 1960, iverksatt fra 1.2.1964 (1). Den innførte legenemnder til å avgjøre abortsøknader, legene fikk avgjørelsesmyndigheten (19).

Kritikk og kamp om fri abort

Abortloven ble raskt kritisert. Antall legale aborter sank, og det var geografiske forskjeller i praktisering av loven (23). Det var fortsatt tusenvis av illegale aborter, klasseforskjeller i abortinnvilgelse, og det ble oppmerksom-

²³ Haffner var president i Legeforeningen 1954–1957.

het om vanskelige møter i abortnemndene. I 1967 krevde Lionæs fri abort fra Stortingets talerstol (1). Loven fra 1960 – uten sosiale indikasjoner – var ikke noe framskritt. Svaret fra sosialministeren Egil Aarvik (1912–1990) i Per Bortens borgerlige koalisjonsregjering (1965–1971), støttet seg på Axel Strøm, som avviste en mer liberal abortlov, slik som i 1959.

Helsedirektør Evang ble raskt kritisk til 1960-loven, den reduserte ikke antallet illegale aborter. Strøm snudde også i 1969 og dels på bakgrunn av erfaringer fra abortnemnda ved Aker sykehus, ville han ha fri abort for unge og eldre kvinner (24). Strøm skrev at abortloven ikke sikret likebehandling og at den ble praktisert forskjellig i ulike deler av landet. Dessuten mente han at legene sto friere før. Lederartikkelen i VG 12.4.1969 «Når loven blir geografi» støttet Strøm. Noe hadde skjedd ved Sosialmedisinsk institutt. I 1967 ble legen Berthold Grünfeld (1932–2007) vitenskapelig assistent der. Hans doktoravhandling fra 1973 var en undersøkelse av legale aborter i Norge (25). Studien viste sosiale forskjeller ved behandling av søknader og bidro til skjerpet kritikk mot abortloven.

I 1969 programfestet Arbeiderpartiets landsmøte fri abort, etter forslag fra ungdomsorganisasjonen (AUF) og Ammerud lokallag. Også Sosialistisk folkeparti gjorde det (1). Stortingsvalget i 1969 ga borgerlig flertall, og Bortens koalisjonsregjering fortsatte. Fra 1970 tok den nye kvinnebevegelsen, med *Nyfeministene* og *Kvinnefronten* (fra 1972) opp kampen for kvinners rett til selvbestemt abort. *Norsk Kvinnesaksforening* programfestet også fri abort. Abortspørsmålet var brennbart, med mobilisering for og mot fri abort.

Hva så med legenes rolle? Nye prevensjonsmidler fra 1960, p-piller og spiraler, fikk raskt stor utbredelse, med ny frihet for seksuelt samliv. Prevensjonsbruken varierte, med større bruk hos velstående og i byene (24). Oslo Arbeidersamfunn åpnet veiledningskontor for kvinner om abort og svangerskap høsten 1970.²⁴ I 1971 åpnet *Sosialistiske legers klinikk for seksuell opplysning* i Oslo med veiledning og hjelp ved uønskede svangerskap. Andel innvilgede abortsøknader økte til 91 % i 1972 (25). I 1973 ga Grünfeld i samarbeid med *Nyfeministene* og *Kvinnefronten* ut boka *Selvbestemt abort – en kvinneverett* (26).

Stortingsvalget i 1973 ga knappest mulig flertall for Arbeiderpartiet og Sosialistisk Valgforbund, begge med program for fri abort. En SV-representant hadde på forhånd reservert seg, det hindret et stortingsflertall for selvbestemt abort. I en stortingsmelding om familiepolitikk foreslo Trygve

24 *Arbeiderkvinnen* 1970, 6, s. 11, 1971,1, s. 21–23. Det faglige rådet besto av Axel Strøm, Berthold Grünfeld, gynekologen Hans Dølvik (1926–2005), overlege Fredrik Mellbye (1917–1999), prof. dr.juris Torkel Opsahl (1931–1993) og ass. overlege Aud Blegen Svindland (1928–2019).

Brattelis regjering likevel fri abort (27). Det ble imidlertid klart at ingen fra borgerlige partier ville stemme for det. I Danmark ble fri abort vedtatt i 1973, i Sverige året etter. I 1975 fremmet så regjeringen et abortlovforslag som var langt mer liberalt enn 1960-loven, men med nemndbeslutning. I lovarbeidet var Grünfelds doktoravhandling *Legal abort i Norge* en sentral referanse.²⁵

Det ble mobilisert både for og mot fri abort, og leger var sentrale på begge sider. I *Folkeaksjonen mot selvbestemt abort*, etablert i 1974, var det en kjerne av kristne organisasjoner, samt Norsk sykepleierforbund og Norsk gynekologisk forening (1). Initiativet kom fra legen Erling Sagedal (1929–1987) og formann i 1974–75 var psykiateren Hans Olav Tungesvik (1936–2017). Aksjonen samlet over 600 000 underskrifter mot selvbestemt abort. Dels som en reaksjon på aksjonen ble det dannet et tverrpolitisk *Opplysningsutvalg for selvbestemt abort* samme år (1). Utvalget besto av 12 personer, de fleste leger, blant dem Gro Harlem Brundtland (f. 1939) og Dag Bruusgaard (f. 1940).

Abortloven fra 1975 ble liberal, men beholdt nemndbeslutning, i kurante tilfeller kunne ett medlem beslutte. Stortingsbehandlingen ga en mer liberal lov enn regjeringsforslaget (1). Det ble en ren sosial indikasjon og det skulle legges stor vekt på kvinnens vurdering. Samtidig fikk helsepersonell rett til å reservere seg mot å delta ved abortinngrep. Etter stortingvalget i 1977 ble det flertall for selvbestemt abort, og i 1978 ble loven fra 1975 endret til dagens abortlovsituasjon (1).

Legene og abortsaken – ingen enhetlig gruppe

Da Legeforeningen i 1931 ba myndighetene starte et abortlovarbeid, var det stor uenighet blant legene om innholdet i en abortlov. Kristne leger fikk sterk støtte i de kirkelige organisasjonene som mobiliserte massivt mot legalisering i 1930-årene. Louise Isachsens restriktive lovforslag, lansert i 1931, var en viktig referanse i flere tiår. Arbeiderkvinnebevegelsen støttet legene med liberalt abortsyn, og særlig Tove Mohrs linje om at abort måtte kunne besluttes i forholdet mellom lege og kvinne. Men også Kristen Andersens posisjon er verdt å framheve som særlig viktig, selv om den ble utfordret av mange, som av Harald Natvig.

Mange leger var bekymret for at kvinner ble skadet av illegale aborter. Ulovlige aborter endte ikke alltid med sykdom og død, mange ble utført av kyndige personer. De trygge ulovlige abortene var lettere tilgjengelig for kvinner med kontakter og ressurser. Fattige kvinner hjalp hverandre eller

²⁵ Grünfeld ble lege i 1960, dr.med. 1973, Institutt for sosialmedisin fra 1967, professor fra 1993.

måtte ty til ukyndige. Sosialistiske leger så også abort i seksualpolitisk sammenheng. Mange leger hjalp, men det var sosiale og geografiske forskjeller.

I etterkrigsårene ble tiltroen til et utvidet helsebegrep styrket. Selv om legene oppnevnt av Legeforeningen i lovutvalget foreslo en ren sosial indikasjon i 1956, fikk forslaget hverken Legeforeningens, fakultetets eller helsedirektørens støtte i høringen før regjeringens forslag og stortingsvedtaket om abortlov i 1960. Et utvidet helsebegrep var en løsning.

Sist i 1960-årene var det ulikhet i innvilgning, nemndene sikret ikke rett til lik vurdering. Først i 1970-årene tok nye sosialistiske leger opp prevensjons- og abortrådgivning, en innsats som lignet Sosialistiske legers forenings i 1930-årene. Grünfeldts doktorgradsarbeid om legal abort ble en sentral referanse for forståelse av abortsituasjonen og arbeidet for fri abort. Også hans samarbeid med den nye kvinnebevegelsen var viktig. Mange leger deltok i aksjoner for og mot selvbestemt abort i 1970-årene, men noen samlet eller enhetlig lege-linje var det ikke – ikke da heller.

Fra 1964 har legenemnder besluttet om abort, fram til 1979 for alle aborter, deretter for aborter etter 12. uke. Legenemndenes historie og virke er ikke tema her. Hvordan abort etter 12. uke skal besluttes er tema i den pågående lovutredningen.

Litteratur

1. Elvbakken KT. *Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020*. Oslo: Universitetsforlaget, 2021. <https://doi.org/10.18261/9788215042923-2021>
2. Holmboe M. Om indikationerne for kunstig abort. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1910; 30: 322–325.
3. Elvbakken KT. Katti Anker Møllers tale «Moderskapets frigjørelse» – inspirasjonskilder og kontekst. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2015; 18: 306–317.
4. Andersen K. Abortus provocatus med særlig henblikk på dens mulige sosiale og humanitære indikasjoner. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1929; 49: 1191–1215. <https://www.nb.no/items/7c718be9659d80031ecc3a289edc2365?page=17> (29.8.2023).
5. Andresen A, Elvbakken KT. Fødselskontroll, barnehelse og kvinners rettigheter og plikter. *Tidsskrift for kjønnsforskning* 2018; 42: 67–84. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2018-01-02-05>
6. Kielland-Mørde S. Abortus provocatus utført i norske sykehus – med særlig henblikk på inngrepets umiddelbare risiko. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1930; 50: 690–706. <https://www.nb.no/items/46afc3d6dd2a67ca642b0e3efd90d9e1?page=23> (29.8.2023).
7. Berg A, Harbitz HF. Statistiske og kliniske undersøkelser av abortene behandlet ved Ullevål sykehus 1920–1929. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1930; 50: 743–764. <https://www.nb.no/items/4f789f3d9aa6bcb99df57713d0fb48fc?page=23> (29.8.2023).
8. Blom I. *Barnebegrensning – synd eller sunn fornuft*. Bergen: Universitetsforlaget, 1980. <https://www.nb.no/items/1dbce660c630763fe36b1a667d11314a?page=0> (29.8.2023).

9. Mohr T. Hvorledes kan spørsmålet abortus provocatus best ordnes juridisk og medisinsk. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1931; 51: 596–606. <https://www.nb.no/items/20ef816961f4f2f40ea6c853d920b428?page=25> (29.8.2023).
10. Aas I. *Abortus Provocatus*. Foredrag ved Trygdekassenes fylkesmøte i Trondheim 29.6.1931. Trondheim: Nidaros og Trøndelagens trykkeri, 1932.
11. Evang K. Fosterfordrivelsene, deres årsaker, deres farer og veien til å forebygge dem. *Populært tidsskrift for seksuell opplysning* 1933; 3: 86–139. <https://www.nb.no/items/13877a6b4693b3eaf4fe243b0eb44cf?page=105> (29.8.2023).
12. Andresen A, Elvbakken KT. Karl Evang og mødrehygienesaken. Om lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i helseforvaltningen (1938–1972). *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 2017; 33: 136–152. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2017-02-03>
13. Isachsen L. *Om abortus provocatus*. Oslo: Böhler & Larsen, 1930. <https://www.nb.no/items/2b411d663ff558cd35ac47ac12df8317?page=0> (29.8.2023).
14. Arentz-Hansen C. *Kvinder med Begavelse for Lægevirkosmbhed. Norges første kvinnelige leger, og tiden de virket i*. Oslo: Cappelen Damm, 2018. <https://www.nb.no/items/b5238e92a685dba8537ca5751c74c045?page=0> (12.9.2023).
15. Lønnå E. *Stolthet og kvinnekamp. Norsk kvinnesaksforenings historie fra 1913*. Oslo: Gyldendal, 1996. <https://www.nb.no/items/7c29b7c1ad3185c17f807b9ac5db0073?page=0> (12.9.2023).
16. Natvig H. *Fosterdrap. Betenkning angående straffelovkomiteens innstilling i spørsmålet om forandring av straffelovens § 245 m.m.* Oslo: Norli forlag, 1936. <https://www.nb.no/items/4ed03a74bc60d1f4bd991d934c32132b?page=0> (29.8.2023).
17. Haffner J. Abortene – fremdeles et samfunnsproblem. Foredrag i Det norske medicinske selskab i Oslo september 1939. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1939; 59: 1179–1189. <https://www.nb.no/items/e0bdbbc8107c7c823c07bc1dd13b95e1?page=25> (29.8.2023).
18. Gulli BM. *Abortlovgivningens historie. Fra fødselshjelp til sosialhjelp. En interesseanalyse med hovedvekt på abortloven av 1960*. Hovedoppgave i statsvitenskap, våren 1979. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1979.
19. Aanesen E. *Send meg ikke til en «kone», doktor*. Oslo: Oktober, 1981. <https://www.nb.no/items/1545c277fb1e65e648e5cd08566b5cc6?page=0> (29.8.2023).
20. Schrupf E. *Abortsakens historie*. Oslo: Tiden, 1984. <https://www.nb.no/items/639a4b5365363728b8ba3697776c70b0?page=0> (29.8.2023).
21. Haffner J. Om «adgangen til å avbryte svangerskap». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1957; 77: 201–203. <https://www.nb.no/items/2d4be6c858c1ee27dae5298c9c5ead2?page=19> (19.9.2023).
22. Strøm A. Om «adgangen til å avbryte svangerskap». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1957; 77: 293–295. <https://www.nb.no/items/7e5939ed64a870d16c7c6d81614aea73?page=19> (19.9.2023).
23. Bjørnsen B. *Abort i Norge*. Oslo: Pax, 1966. <https://www.nb.no/items/18f8308e9cbbdd80fb7?page=0> (29.8.2023).
24. Strøm A. Svangerskapsavbrot i visse høve. Et 5-års materiale fra Kvinneklubben, Rikshospitalet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1969; 89: 761–772. <https://www.nb.no/items/33e6da2900c643d325fbc97a0271daab?page=69> (29.8.2023).

25. Grünfeld B. *Legal abort i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 1973. <https://www.nb.no/items/211c685900ffc925c853d521cc823be2?page=0> (29.8.2023).
26. Grünfeld B, red. *Selvbestemt abort. En kvinneverett*. Oslo: Pax, 1973. <https://www.nb.no/items/2b35bb66e20e7154fd6531bdf4a6e2?page=0> (29.8.2023).
27. Stortingsmelding nr. 51 (1973–74). *Barnefamilienes levekår*. *Stortinget* (29.8.2023).

Kari Tove Elvbakken
karitove.elvbakken@uib.no
Institutt for politikk og forvaltning
Universitetet i Bergen
Postboks 7802
5020 Bergen

Kari Tove Elvbakken er professor i statsvitenskap ved Universitetet i Bergen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Norwegian physicians and the abortion issue 1930–1978

In this paper, I describe the contribution from medical doctors and their organizations to Norwegian abortion legislation from about 1930 until 1978, when the present abortion law, which passed the Parliament in 1975, was changed and elective abortion was implemented. In Norway women has the right to abortion within the 12th week of pregnancy. Abortion was regulated in the penal code from 1902, until an abortion law passed parliament in 1960. In the 1930s abortion legislation was much discussed, with sharp conflicts, also among physicians. Groups of physicians were arguing both for liberal and restrictive regulations. An important issue was legalizing social indications for abortion. Whereas the liberal abortion legislation physician position argued for social indication during the 1930s, a social-medical or extended medical indication was preferred in the late 1950s. The 1960-Norwegian abortion law was soon criticized for being used differently – resulting in inequal access to abortion service. From the late 1960s elective abortion was demanded, but still very controversial. The article is based on studies of political processes about Norwegian abortion legislation, and it demonstrates lines of conflicts between physicians and groups of physicians over time.

Fra tre års fengsel til selvbestemt abort

Kari Tove Elvbakken

Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020

Oslo: Universitetsforlaget, 2021

386 s.

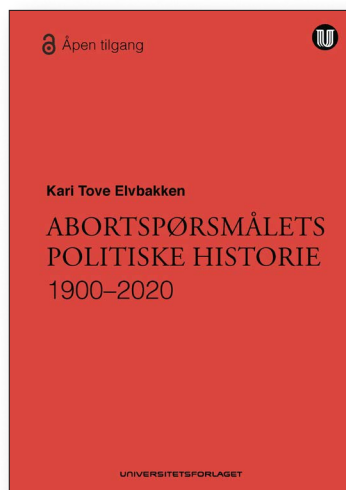
ISBN 978-82-15-04291-6

Boka er fritt tilgjengelig på nett: <https://doi.org/10.18261/9788215042923-2021>

Michael 2023; 20: 529–531

Kari Tove Elvbakken er professor i statsvitenskap i Bergen. Hennes bok om abortspørsmålets politiske historie slutter seg til en rekke andre fremstillinger om hvordan abortlovgivningen endret seg gjennom 1900-tallet, men Elvbakkens skiller seg fra de andre på avgjørende måter. Hun følger saksfeltets politiske historie gjennom mange tiår, ikke bare når diskusjonen førte til lovvedtak, men synliggjør også prosessene i mellomperiodene. Det var, som hun skriver, aldri helt stille. Det gir en unik oversikt over diskusjon og avgjørelser over tid. Dermed utvider hun synsfeltet og knytter vellykket an til analyser av norsk offentlig politikk mer generelt. Hun redegjør også for aborstdiskusjoner og lovprosesser i andre land og forsøkene på å få i stand en felles nordisk lovgivning. Elvbakken vektlegger de politiske konflikter med diskusjon av partimøter, stortingsforhandlinger, komiteinnstillinger, proposisjoner.

Og, ikke minst viktig, hun beskriver det politiske arbeidet på tvers av skillelinjene. Dette var et av 1900-tallets store stridstemaer, der det etter



hvert ikke ble plass for kompromisser, selv om partene sto langt fra hverandre. En ny lov ble forkastet av Stortinget som ble valgt i 1973, så vidt. Det krevde både i 1975 og i 1978 odelstingspresidentens dobbeltstemme å få vedtatt en ny og mer liberal lov. I 1974 hadde 1027 leger, 16 % av alle norske leger, protestert mot at abortavgjørelsen skulle ligge hos kvinnen. Samme år leverte den nystiftede *Folkeaksjonen mot selvbestemt abort* 610 000 protester mot kvinnens egenbestemmelse, 22 % av de stemmeberettigede i Norge. Det vakte stor oppsikt da biskopen i Borg, Per Lønning (1928–2016), i 1975 sa opp sin stilling i protest mot at Stortinget ikke tok kirkens argumenter mot liberaliseringen alvorlig. Da en ny lov ville gi kvinnene bestemmelsen i 1978, gikk biskopene til samlet aksjon. Alle landets prester skulle søndagen etter odelstingsvedtaket lese opp et hyrdebrev fra prekestolen, der det ble uttrykt at abortloven var i strid med kirkens lære. Reaksjonen førte til en kraftig mobilisering til støtte for den nye loven. Diskusjonen ble ofte så skarp at det i ettertid er forståelig at Trygve Bratteli (1910–84) i 1978 ba alle vise forståelse for de 120 000 som legalt hadde tatt abort de siste 14 år.

Det skjedde en betydelig liberalisering av abortpraksisen gjennom 1960- og 1970-årene, før de nye lovene kom. Det ble i 1965 innvilget 74 % av 4 800 abortsøknader. Seks år senere var tallene 87 % av 12 100 søknader. Et stort spørsmål var om man skulle godta en sosial indikasjon. Imens endret praksis seg. I årene 1964–69 utgjorde en ren medisinsk indikasjon 70 % av innvilgelsene i abortnemnden ved Rikshospitalet, i 1971 bare 21 %. Det ble tydelig hvor forskjellig loven kunne tolkes. Den dramatiske forskjell i innvilgelsene ved Aker sykehus og Ullevål sykehus, som så ble reversert ved sjefsskiftet på de gynekologiske avdelingene, viste hvor urimelig det var. Viktige faktorer var bosted, sosial klasse og henvisende leges formuleringer i søknaden. Her var det vanskelig å snakke om likhet for loven.

Den nye kvinnebevegelse som vokste frem i 1970-årene var med å prege debatten og aksjonsformene, men som Elvbakken viser, var det først og fremst arbeiderkvinnelagene og deres allierte som holdt kravet om fri abort ved like, og Arbeiderpartiet vedtok i 1969, etter mange tiårs innsats fra kvinnene i eget parti, å arbeide for kvinnens selvbestemmelse. Aase Lionæs' (1907–99) utrettelige innsats fremheves med rette. Hun var også, i 1967, den som først fremmet kravet i Stortinget.

De skarpe motsetningslinjene ble overraskende raskt utvisket. Da jeg begynte ved en stor gynekologisk avdeling i 1973, var det kun én av 11 leger som syntes kvinnen skulle bestemme før 12 uker. Men legene i Norge sluttet raskt opp om den nye loven. Og Per Lønning tok imot tilbudet om å bli biskop på nytt, denne gang i Bjørgvin.

Boken er ikke alltid like lett å lese, stil og format krever betydelig konsentrasjon. Men det som sies, er vel undersøkt og presist formulert. Det blir mange gjentakelser som gjør det mulig å lese enkeltkapitler uten å lese hele. Men det vil være synd å gjøre. Dette er en imponerende og samlet fremstilling av et komplisert saksfelt, som først gir fullt utbytte når leseren tar seg tid til å følge forløpet.

Boken er fritt tilgjengelig på nettet, men det bør ikke være noen unnskyldning for et lett sjusket forlagsarbeid. Den er vanskelig å lese på grunn av en stiv paperbackinnbinding med små innermarger, og den mangler saks- og personregister. Til gjengjeld er Elvbakkens litteraturliste fyldig og god, en inspirasjon til videre lesning.

Per E. Børdahl

pbordahl@online.no

Per E. Børdahl er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, pensjonert klinikkoverlege og professor.

Hva snakker vi om når vi snakker om abort?

Kjersti Sandvik, Grethe Fatima Syéd
Hva snakker vi om når vi snakker om abort?
Oslo: Solum Bokvennen, 2021
264 s.
ISBN 9788256025404

Michael 2023; 20: 532–533



Abortspørsmålet er oppe til debatt igjen, og regjeringen har satt ned et utvalg som skal vurdere om det burde gjøres endringer i dagens lovverk. Utvalget skal skrive en offentlig utredning (NOU), som skal være klar i 2023. Kjernen i debatten er om abortnemndene, som innvilger aborter etter uke 12, skal beholdes eller ikke. Det er denne diskusjonen som motiverte Kjersti Sandvik og Grethe Fatima Syéd til å skrive boken *Hva snakker vi om når vi snakker om abort?*

Forfatterne var lei av en lite nyansert offentlig debatt om abort, og med boken ønsker de å belyse aspekter de mener mangler ved abortdiskusjonen. Boken er delt inn i ti kapitler som tar for seg alt fra språket rundt abort, når livet starter, og hvordan økonomi og samfunn påvirker abortvalgene våre. Hvert kapittel er etterfulgt av en

historie fra en kvinne som har tatt abort.

Det er flott at forfatterne bidrar i diskusjonen. Boken lykkes med å opplyse om dagens lovverk, og oppklarer hva en nemnd faktisk er. Historiene til ulike kvinner som har tatt abort er fine, og viser variasjonene i hvordan abort oppleves, men jeg savner årstallet for når abortene fant sted for å kunne

kontekstualisere bedre. I tillegg er det ingen historier fra menn, noe som generelt mangler i abortdiskusjonen.

Boken stiller en rekke undrende spørsmål om abort som til tider gjør det vanskelig å forstå hva forfatterne faktisk ønsker å formidle. Når spørsmålene i tillegg ofte besvares med påstander fra enkeltpersoner uten videre faktasjekk, og det ikke er kildehenvisninger i teksten, er dette uheldig. Som der påstanden fra en gynekolog, som mener grunnen til mangelen på jordmødre og gynekologer er begrunnet i at de må utføre abort, får stå uten at forfatterne har sjekket om dette stemmer. Skal man ha en god abortdebatt, er det viktig med korrekt informasjon.

Boken gaper over mye. Når klimakrisen trekkes inn i abortspørsmålet med utsagn som «den ytre naturen hever stemmen og roper til oss at nå er det nok. Vår manglende ydmykhet har fått oss i en situasjon der vi for første gang i planetens historie står i fare for å utslette oss selv. Hvilken følge kan manglende respekt for den indre naturen få?» mister jeg tråden i argumentasjonen, og er usikker på hva dette har å gjøre med abort.

Forfatterne bruker en del intervjuer de har gjort med folk involvert i abortspørsmålet, samt sitater fra avisinnlegg. Her blir det tydelig hvem de er enige med, der enkelte beskrives som «modig» og får mye plass til å nyansere synspunktene sine, mens andre får hard kritikk. Det er spesielt feministene på venstresiden, som de omtaler som «liberaliseringsforkjempere», og partiet SV som får gjennomgå. Det er lov å være uenig i andres synspunkter, men når forfatterne skriver at de ønsker en balansert bok som ikke støter noen, er det rart at de bruker så mye plass på kritikk av sitater fra debattinnlegg som i sin natur er spissformulert.

Jeg er enig med forfatterne i at vi trenger å snakke om abort, men jeg syntes denne boken er mer utydelig enn oppklarende. Argumentasjonen blir for tvetydig, og skillet mellom fakta og verdier fremstår uklart, noe som er uheldig hvis man ønsker en opplyst debatt om abort.

Emily Mclean
emily.mclean@uib.no

Emily Mclean er lege og stipendiat ved Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Burde vært pensum

Signe Veierud Busch

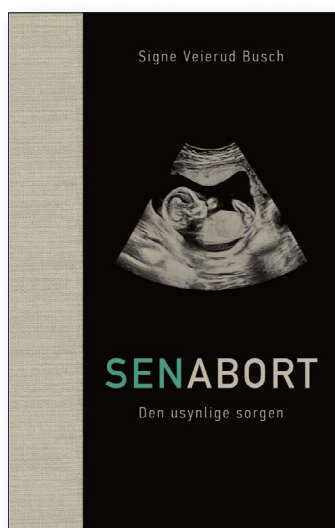
Senabort: den usynlige sorgen

Oslo: Humanist forlag, 2023

279 s.

ISBN 9788282822428

Michael 2023; 20: 534–535



Denne boken burde vært pensum for alle som mener noe om abort. Forfatter Signe Veierud Busch setter lovtekst, praktisk informasjon og gripende opplevelser sammen til en konstruktiv helhet som fremmer kunnskap og empati hos leseren. Utgivelsen kan være en nyttig veileder for mennesker som selv opplever senabort, men også for pårørende, fagfolk og lovgivere.

Busch er selv jurist og gjennomgikk senabort da hun var gravid med sitt femte barn. Det gjør inntrykk å lese om forfatterens tvil, skam og sorg. Teksten styrkes av at opplevelser fra ytterligere seks informanter er flettet inn som sitater. Slik får boken preg av en kvalitativ studie, hvor kvinnenes egne beskrivelser får tale for seg selv. Dette er erfaringer som alle kan lære av.

Boken har en kronologisk inndeling i tre hovedoverskrifter: *Graviditet og ventetid*, *Abortfødselen og barnet* og *Når sykehusdørene lukkes*. I alt sytten underkapitler angir tydelige tema, som *Abortbegjæring og abortnemnd*, *Abortfødselen* og *Obduksjon og genetiske undersøkelser*. Bruk av faktabokser og kildehenvisninger understøtter informasjonen og gjør den lett å finne frem i. Busch redegjør for lovverk, medisinske prosedyrer og forskning, samtidig som hun slipper til de personlige

historiene. Slik bidrar hun til å øke forståelsen for hva senabort er, uten at det tar form som en moralsk eller politisk diskusjon.

Boken inneholder mange viktige tilbakemeldinger om både samfunn og system. Flere av kvinnene angir at opphetet offentlig abortdebatt er en ekstra belastning. Og det er trist å lese om en helsetjeneste som distanserer seg gjennom ordbruk og rutiner – kanskje som et misforstått forsøk på å skjerme foreldrene eller helsepersonell? Forfatteren velger å bruke ord som «barnet» og «fødselen», fordi «foster» og «å kvittere graviditetsprodukter» er fremmedgjørende. Selv om informantene selv har begjært svangerskapsavbrudd fordi fosteret har fått påvist en alvorlig diagnose, opplever kvinnene at de har mistet et barn. Dette gjør sorgen mer kompleks. Behovet for hensynsfull kommunikasjon, både i debatter og i møte med kvinnene, er stort.

Heldigvis nyanseres bildet av møter med fagfolk som har både kunnskap, varme og omsorg. Kvinnene forteller at senaborten likevel er en ensom erfaring. Busch har ønsket å bidra til et fellesskap, og en mulighet for å bryte ned tabu. Dette lykkes hun med, sammen med de modige kvinnene som i boken deler sine tanker og følelser.

Abortutvalget skal se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen etter abort og alternativer til dagens abortnemnder. Mens vi venter på utredningen og den påfølgende debatten, anbefales denne boken. Den er konkret og følsom, slik debatten også bør være.

Agnethe Lund
agnethe.lund@helse-bergen.no

Agnethe Lund er ph.d. og overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus.

Å møte mennesker der de er

Karin Gustavsen

Livet bak tallene: dårlige levekår og fattigdom i barnefamilier sett innenfra og hva vi kan gjøre med det

Bergen: Fagbokforlaget, 2023

206 s.

ISBN 9788245023749

Michael 2023; 20: 536–537



I Norge lever over 110 000 barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt, ifølge Statistisk sentralbyrå. Disse barna har ikke de samme godene og mulighetene som andre barn, og det kan skape sosial ulikhet. Denne boken tar for seg fattigdom og dårlige levekår i barnefamilier, og hva som kan gjøres med det.

Forfatteren, som er utdannet både sosionom og sosiolog, starter med en gjennomgang av levekårsbegrepet. Det er ikke så enkelt å definere. Selv om dårlige levekår i en velferdsstat er forskjellig fra de i et utviklingsland, er opplevelsen likevel helt reell.

Hva kan levekårstress over tid medføre? Hvordan påvirker dette barn og unges hverdagsliv og deres muligheter som voksne? Hva kan gjøres for å forhindre fattigdom og dårlige levekår? Dette er blant spørsmå-

lene som belyses i boken.

Dette er en fagbok og kan derfor til tider oppleves som tung å lese, men det er likevel enkelt å få med seg essensen. Bokens viktigste kapittel er også det mest lettlest, nemlig kapittel fire. Her får vi et innblikk i livene til fem familier som har deltatt i levekårsprosjekter, og hvordan de har klart seg.

I prosjektene drar forfatteren hjem til familiene og snakker med alle i hjemmet, både barn og voksne.

Sitater fra familiene gir et dypere innblikk i hvordan det er å leve i en situasjon med dårlige levekår, og viser hvor viktig det er å møte mennesker der de er. Terskelen for å be om hjelp er ofte høy. Forfatteren viser i praksis hvor mye det kan bety å utjevne maktforholdet mellom saksbehandler og familie. I stedet for å sitte på kontoret, møtte de familiene der de var, snakket *med* og ikke *til* dem, og fikk frem alles perspektiver.

Jeg satt igjen med en dypere forståelse av hvordan det faktisk er å ha dårlige levekår og hvordan jeg kan møte mennesker i slike situasjoner. Hver familie har sin unike historie, men de strever med det samme, blant annet usikker og dårlig økonomi, ustabile og dårlige boforhold, problemer med å få jobb – og «en utfordrende helsesituasjon» (s. 96)

Forfatteren klarer å formidle komplekse temaer på en forståelig måte. Dette gjør boken til en verdifull ressurs for alle som ønsker å forstå hvordan fattigdom og dårlige levekår påvirker barnefamilier. En viktig målgruppe er studenter og ansatte i velferdsprofesjoner som ønsker å gjenoppdage sitt engasjement. Første reaksjon på «causa socialis» bør aldri være likegyldighet eller resignasjon.

Afaf Al-Rammahy
afaf.al-rammahy@studmed.uio.no

Afaf Al-Rammahy er medisin- og forskerlinjestudent ved Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet.

Dagsaktuell dagbok

Sandra Kristiansen

Er det en lege her? En turnusleges hemmelige dagbok

Oslo: Bonnier, 2023

234 s.

ISBN 9788234702563

Michael 2023; 20: 538–539



Sandra Kristiansen (f. 1990) har ført dagbok fra sin tid som turnuslege, og skildrer hverdagen på «et ubestemt sykehus på Østlandet». Boken inneholder korte pasienthistorier, og refleksjoner rundt legerollen og systemet hun jobber i. Innholdet er strukturert slik som LIS1-løpet. Først får vi innblikk i sykehusårets todelte tjeneste i kirurgisk og medisinsk avdeling, før det følger noen fortellinger fra allmennpraksis. Hvert innslag i dagboken inneholder et tema, og det følger som oftest en avrundning til slutt, slik at hver historie kan leses uavhengig av den forrige. Historiene er varierte i innhold, lengde og tempo, men følger samtidig en rød tråd: Hvordan oppleves det å balansere familieliv og egne behov med et vakttungt omsorgsyrke?

Som Kristiansen selv påpeker i forordet, har hun latt seg inspirere av *Dette kommer til å gjøre vondt: doktor Kays hemmelige dagbok* av Adam Kay (f. 1980), som kom på norsk i 2019 og som ble skrevet under hans spesialisingsløp i gynekologi i det britiske National Health Service. Boken ble for øvrig hans avskjed med legejobben. Bøkene er like i form og stil, med en humoristisk, men kritisk fortellerstemme som skal ta allmennheten med på innsiden av et lukket fellesskap.

Bøkene er utgitt på tidspunkt hvor legestanden i begge land har varslet om økt arbeidspress og moralsk slitasje. Norske leger har sommeren 2023 delt sine erfaringer i både tradisjonelle og sosiale medier under emneknaggen #legermåleve. Kristiansens dagbok er et ufrivillig, men passende, tilskudd med sine tidvis såre innlegg hvor man kan kjenne på skyldfølelse og utilstrekkelighet når hun nok en gang må skuffe sin Lillemor til fordel for jobben.

Boken er lettest, morsom og ærlig. Vi får ta del i kjeft og skryt, mestring og nederlag. Språket er lekent, enkelt og preget av anglisismer som gir det en mer muntlig uttrykksform. Enkelte uttrykk tar seg litt bedre ut i originalspråket, men siden man vinner en slags nonchalanse, er dette kanskje et gjennomtenkt grep. Det er nesten som man kan høre sin kollega i lunsjen mens man leser, og det er nok poenget.

Hvor representativ er boken for turnustjenesten? Heldigvis er jeg i skrivende stund «erfaren turnuslege», et merkelig oksymoron, og synes den er såpass gjenkjennelig at jeg mistenker at vi kan ha jobbet ved samme sykehus. Jeg anbefaler *Er det en lege her?* for alle ferske leger som går sin første jobb i møte, men også til andre som lurere på hvorfor legene har blitt så opptatt av å leve i det siste.

Hamida Achour
ach.hamida@gmail.com

Hamida Achour er LIS1-lege ved Sykehuset i Vestfold.

Kunnskapsrik og velformulert

Aksel Hatland, Axel West Pedersen

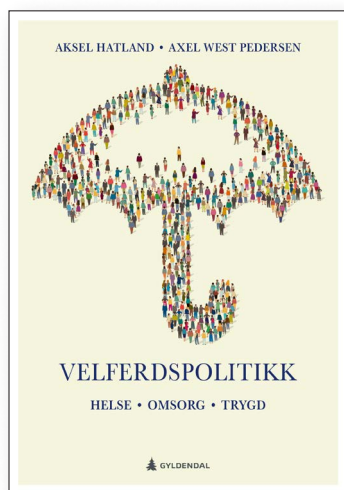
Velferdspolitik

Oslo: Gyldendal, 2023

338 s.

ISBN 9788205591189

Michael 2023; 20: 540–542



Jeg skriver lærebøker og underviste i faget *Velferdsrett*, et obligatorisk fag på masterstudiet i rettsvitenskap ved Universitetet i Oslo. I det faget legges hovedvekten på det normative; hvilke lover er gitt, hvilke bestemmelser gjelder, og ikke minst hvilke rettigheter har pasienter, trygdemottakere, barnevernsbarn mv.

Med stor interesse har jeg lest boka *Velferdspolitik* som tar opp de samme temaene, men med en bredere tilnærming med utgangspunkt i historiske, politiske og empiriske perspektiver. Undertittelen er «helse, omsorg, trygd», men boka har også kapitler om hvilke verdier som ligger til grunn for velferdspolitikken, relasjonen mellom staten, markedet, familien og frivilligheten, den økonomiske og demografiske utviklingen og en mer kritisk tilnærming til utformingen av enkelte ytelser.

Boka er innholdsrik og et skattkammer for den som vil orientere seg i det mylderet av tjenester, stønadsformer og tildelingskriterier som til sammen utgjør velferdsstaten.

Som det framgår av overskriften, er boka rik på kunnskap, og denne formidles på et greit, konsist og velformulert norsk. Som fagbok henvender

den seg til alle interesserte som ønsker å forstå velferdspolitikken og delta i debatten om den videre utviklingen av denne. Særlig interesse vil den kanskje ha for studenter med velferdspolitik og velferdsordninger i sitt studieløp. For leger med et sosialt engasjement vil den sannsynligvis bidra til et perspektivrikt kunnskapsløft. Den kan også tjene som oppslagsverk for den som plutselig ønsker konkret kunnskap om utformingen og innholdet i for eksempel kontantstøtte, alderspensjon, foreldrepenger, brukerstyrt personlig assistanse eller andre stønadsformer.

I sitt innhold minner derfor boka om Axel Strøms *Lærebok i sosialmedisin*, som var aktuell i min studietid. Men boka til Hatland & West Pedersen har et videre siktemål, og den er samtidig bedre strukturert. Del I (kapittel 1 til 3) tar opp velferdsstatens verdigrunnlag, del II (kapittel 4 til 7) handler om drivkreftene og aktørene på feltet. Del III (kapittel 8 til 18) beskriver utformingen av de ulike ordningene og utgjør derved den naturlige hoveddelen av boka. Del IV (kapittel 19 til 22) drøfter virkningene av ordningene i et kritisk perspektiv. Bokas avslutningskapittel reiser spørsmålet om vi for fremtiden vil ha råd til en ekspansiv velferdsstat.

Ved siden av litteraturliste (litteraturhenvisningene kommer i løpende tekst og det er derved få fotnoter som flytter blikket under lesningen), er det et stikkordregister hvor leseren kan komme direkte til den stønaden eller ytelsen hen vil ha konkret kunnskap om. Det er også i registerdelen et oppslag med nyttige nettsider og ikke minst en alfabetisk liste over viktige begreper i velferdspolitikken.

Med min bakgrunn leser man jo kritisk, men det er forbausende få trykkfeil og enda færre faktafeil i det mylderet av stønadsformer og stønadssetser som omtales. Den eneste egentlige formidlingsfeilen jeg finner, gjelder pasientskader der det på s. 216 står at sykehusene har et erstatningsansvar dersom en pasient blir feilbehandlet. Ordningen med Norsk pasientskadeerstatning, opprettet i 1988, er ikke nevnt i den sammenhengen. Denne ordningen fører stort sett til at verken sykehus eller helsepersonell blir ansvarliggjort ved pasientskader. Det kan vel også stilles spørsmål ved en setning (s. 276) som «Helsetilstanden er for eksempel ikke bare påvirket av helse-tjenestene, med også av spisevanene våre, arbeidsmiljøet og familielivet.» Verken genetiske disposisjoner eller innslaget av flaks/ufflaks inngår i en slik forståelsesramme.

Forfatterne er anerkjente forskere og formidlere, og det har vel borget for den gjennomført høye kvaliteten i framstillingen. Hatland har doktorgrad som forsker på feltet og var i mange år faglig leder for Velferdsprogrammet i Norges forskningsråd. West Pedersen er professor i en stilling delt

mellom Velferdsforskningsinstituttet NOVA og Institutt for sosialfag ved OsloMet.

Det er en glede å kunne anbefale denne boka.

Aslak Syse
aslak.syse@jus.uio.no

Aslak Syse er lege, jurist og professor emeritus ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo.

Les og bli vis

Ingelin Testad, Geir Sverre Braut, Arnfinn Fiskå et al, red.

Aldring: nye forutsetninger i en ny tid

Oslo: Scandinavian Academic Press, 2023

308 s.

ISBN 978-82-304-0310-5

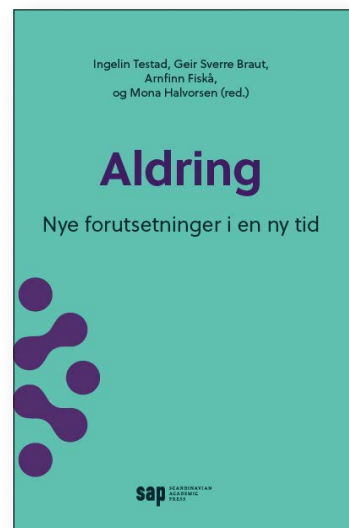
Michael 2023; 20: 543–544

Aldring angår oss alle, og denne boken har derfor bred interesse, både for oss som er eldre og alle som kommer i kontakt med eldre.

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) ble opprettet av Helse Vest i 2010 for å styrke samhandling, forskning og fagutvikling, nettverksbygning og undervisning innen fagfeltet eldremedisin. Senteret utgir denne antologien i tråd med den offisielle kjerneverdien *eldre som ressurs* og ikke som den eldretsunamien som vil lamme budsjetter og kreve alt helsepersonell – vårt største og uløselige samfunnsproblem.

Forfatterne representerer et vidt akademisk spekter fra medisin, sykepleie, psykologi, sosiologi, teologi, filosofi og litteraturvitenskap. De presenterer ulike perspektiver på alderdom, alder og hva som skjer med oss etter at vi når høyden på vår biologiske yteevne – ca. 21 år gamle. De betoner mange og positivt ladete verdier som kommer med alderen, slik som oversikt og erfaring.

Antologien virker gjennomarbeidet og aldring belyses så vel biologisk, kulturelt og eksistensielt. Forventet levetid øker raskt og flere kan forvente



gode leveår med rimelig helse så vel somatisk som mentalt langt over det våre foreldre og særlig besteforeldre hadde, men innen visse biologiske rammer. Disse rammene kan være utvidbare, men transhumanismen, det vil si å forbedre og overskride menneskearten slik den er i dag, fremstilles ikke særlig lokkende. Takket være ortopeder beveger vi oss på våre hofte- og kneproteser lengre og smertefriere, øyeleger skifter linser og behandler makuladegenerasjon og glaukom, høreapparater hindrer sosial isolasjon og demens, hjerte- og karsykkeligheten utsettes, for mange er kreft blitt en kronisk sykdom osv.

Boken handler om hva som skjer med den aldrende kroppen. Det er ikke til å komme fra at det skjer endringer med syn og hørsel, bevegelighet, hormoner og i noen grad med læreevne og hjerneforandringer inkludert hukommelse. Alderspsykiateren Knut Engedal behandler dette, og gir trøst for alle som frykter skrøpeligheitspøkelset, definert som minst tre av følgende: utilsiktet vekttap, følelse av utmattethet, redusert ganghastighet og redusert gripestyrke, samt å ha lavt fysisk aktivitetsnivå.

Nevropsykologen Brønnick og psykiateren Aarsland behandler hjernen og aldring. Hjernen er det organ som gjennomgår minst forandringer med alderen hos de fleste, selv om det skjer forandringer med så vel grå som hvit substans fra tidlig i 20-årene. De skiller mellom to typer intelligens: *flytende*, evnen til å løse nye problemer, og *krystallinsk*, evnen til å lære ny kunnskap. Den første avtar jevnt fra tidlig alder. Det er en grunn til at matematikere og fysikere som regel gjør sine beste arbeider før 30-årsalder. Kunnskapsakkumulering, med bruk av den krystallinske intelligensen, skjer gjennom hele livet – en trøst for oss som får stadig nye duppeditter og programvare vi skal forholde oss til, mens *slaget på Re* sitter spikret.

Det teologiske eller eksistensielle aspektet har god plass og belyses bredt og godt av både teologer, litteraturvitere, filosofer og psykologer. Personlig hadde jeg glede og gjenkjennelse av den danske teolog Ole Jensens to skildringer av *Om at være en gammel mand* og *Olding* og likevel sette pris på det man er og har vært, på terskelen til døden.

Boken gir kunnskap, ettertanke og refleksjoner om alder og aldring samt praktiske råd for omsorg på eldres egne premisser og kan varmt anbefales.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er overlege og professor emeritus ved Avdeling for medisinsk genetik, Oslo universitetssykehus.

Teoretisk forankret bok om ledelse

Tor Høst

Ledelse i helse- og sosialsektoren

Oslo: Universitetsforlaget, 2023

4. utgave. 285 s.

ISBN 978-82-15-06057-6

Michael 2023; 20: 545–546

Ledelse i helse- og sosialsektoren er 4. utgave av en lærebok som første gang ble utgitt i 1997. Forfatteren, Tor Høst (f. 1949), er sosiolog, har vært tilknyttet OsloMet og har bred undervisningserfaring innen organisasjon og ledelse.

Boken er forankret i fagets standardlitteratur. Forfatterens definisjon av ledelse som «en prosess hvor man tilrettelegger og påvirker andre mennesker til en felles innsats for å nå organisasjonens mål» er i tråd med et veletablert prosessperspektiv. Leseren blir presentert for sentrale temaer som ulike tilnæringer til ledelse, teorier om lederatferd, situasjonsbestemt ledelse og transformasjonsledelse. Forfatteren omtaler ulike former for makt, håndtering av konflikter, utviklingsorganisasjon og offentlig styring i helse- og sosialsektoren.

«Helse- og sosialsektoren» er en stor og heterogen sektor, med ulike ledelsesmodeller og organisasjonsformer, og kanskje gir det mer mening å snakke om flere sektorer? Forutsetningene, juridisk og økonomisk, for utøvelse av ledelse er ganske ulike i spesialisthelsetjenesten, med en foretaksmodell underlagt regnskapsloven, versus barnevernet eller i en forvaltningsorganisasjon som NAV. Nedslagsfeltet er med andre ord litt bredt.



Læreboken inneholder et kapittel om ny offentlig styring hvor Høst kritiserer mål- og resultatstyring, som er ett element av New Public Management. Han konkluderer med at slik styring ikke er egnet for offentlig sektor og følgelig heller ikke helse- og sosialsektoren (s. 210). Det er viktig med kritisk refleksjon om innholdet i myndighetenes styring av tjenestene, men mål- og resultatstyring rammer inn lederoppdraget i mange offentlige virksomheter i Norge. Man kunne i boken ha illustrert hvordan slik styring kommer til uttrykk i deler av helse- og sosialsektoren, eksempelvis gjennom krav til ventetider og andre resultater. Mål- og resultatstyring har svakheter og kan være mer eller mindre egnet i ulike sammenhenger. Samtidig vil det være krevende å fungere som leder i norsk spesialisthelsetjeneste hvis man har som utgangspunkt at mål- og resultatstyring er en uegnet tilnærming til styring og ledelse.

Nyere ledelsesforskning innen helse- og omsorgstjenesten er i liten grad omtalt, og jeg savner temaer som har preget diskusjoner om ledelse i helsesektoren, som betydningen av psykologisk trygghet for å fremme lærende organisasjoner og effektivt teamarbeid. Jeg savner også en omtale av den sentrale forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 2017. Prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ikke nevnt. Den nyeste NOU på referanselisten er fra 2000. Boken kunne på enkelte områder ha vært mer oppdatert.

Bokens styrke er at den er godt forankret i sentrale teoretiske bidrag innen ledelse og organisering. Hvis man er på jakt etter en lærebok i helseledelse som gjenspeiler norske rammer for ledelse i helsetjenesten, blir denne litt for vidtfavnende og overordnet.

Jan Frich
jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus, professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Imponerende oversikt over eit variert fag

Erik Falkum

Hva er psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål

Bergen: Fagbokforlaget, 2023

336 s.

ISBN 978-82-450-4118-7

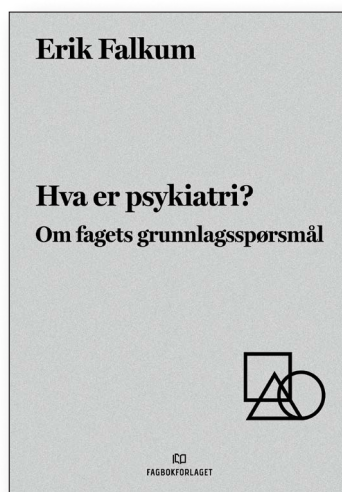
Michael 2023; 20: 547–548

Professor emeritus Erik Falkum stiller ambisiøse spørsmål: Kva var, er og vil psykiatri bli? Han angir ikkje målgruppa, men eg vil tilrå ein viss forkunnskap og erfaring i faget.

Språket er forståeleg, men innhaldet kan vere teori- tungt og vanskeleg tilgjengeleg. Eit smart pedagogisk trekk er samandraget i kvart kapittel som gir ei god oppsummering. Det er nokre få illustrasjonar, men det kunne gjerne vore fleire.

I forordet står det at kvart kapittel kan lesast kvar for seg. Men hovudstyrken til boka er nettopp heilska- pen og det overordna blikket. Oppstykkas lesing er difor ikkje å anbefale.

Boka begynner med eit historisk tilbakeblikk på filosofi og samfunnsutvikling, som legg grunnlaget for dei andre ti kapitla. Forfattaren er innom store tema som forståinga av mental helse, diagnoser, den biopsykososiale forklaringsmodellen, makt, psykoterapi og livsmestring. Det refererast til oppdatert forskning innan til dømes genetik, og forfattaren syner ei imponerende oversikt over eit variert fag.



Falkum dreg dei lange linjene frå rolla til psykiateren ved dei gamle asyla og fram til dagens New Public Management. Han gjer greie for innføringa av pasientforløpa (tidlegare pakkeforløp), eller det som ein meir presist kan skildre som *forsøket* på innføring. Det er gjennomført to evalueringar, og den i all hovudsak negative tilbakemeldinga frå klinikarar kjem tydeleg fram. I kapittelet om revisjonskulturen går Falkum meir i detalj om utfordringane med å bli kontrollert «ovanfrå». Det er vanskeleg å ikkje lese dette som ein kritikk mot systemet. Forfattaren fryktar at det på lengre sikt kan føre til at klinikarane blir utbrende og at det blir vanskar med rekruttering.

Andre tema som det tradisjonelt har vore usemje om i fagmiljøet, vert handtert på ein elegant og respektfull måte. Profesjonskamp og psykoterapiretningar er døme på dette. Det gjennomgåande synet er at det beste er ein middelveg med bidrag frå alle. Sitatet i kapittelet om den biopsykososiale modellen er illustrerende: «Utgangspunktet må være at ingen av aksene i den biopsykososiale modellen kan fjernes uten at behandlingen vil svekkes.»

Ellers skin det gjennom eit pragmatisk syn, nært forankra i klinikken med vekt på den individuelle historia, hos både pasient og terapeut. I ei tid med søkjelys på raske løysingar og effektivitet, opplever eg det som ei viktig motvekt å lese om rask og langsam tenking, å leve med uvisse og den opne samtalen.

Falkum skriv til slutt om «Å fremme selvstendighet og livsmestring». Som det einaste kapittelet framstår dette noko snevert, då det nesten utelukkande er fokusert på jobb. Det hadde vore nyttig om andre aspekt av livsmestring også blei utforska.

Boka gir ein grundig gjennomgang av psykiatrisk historie og det aktuelle faglege og politiske landskapet i dag. Vi får vite mykje om kvar psykiatrien har vore og er i dag, men vegen framover er meir uklar.

Jeanette Bjørke
jeanette.solheimslid.bjorke@sus.no

Jeanette Bjørke er overlege ved Stavanger distriktpsikiatriske senter.

Oss og de andre

Lindis Hurum

Alle mennesker er ikke like mye verdt

Oslo: Cappelen Damm, 2023

158 s.

ISBN 978-82-02-77144-7

Michael 2023; 20: 549–550

Forfatteren er generalsekretær i Leger uten grenser, og boken er en samling historier fra helsearbeidere som har arbeidet for denne organisasjonen i ulike situasjoner i alle verdenshjørner. Beretningene er knyttet sammen med kommentarer og korte kapitler skrevet av forfatteren.

Historiene gir et innblikk i spennet i Leger uten grensers arbeid. Men det er ikke presentasjonen av dette arbeidet som er målet med boken. Allerede i forordet, skrevet av Morten Rostrup som startet Leger uten grenser i Norge i 1996, og i første kapittel *De andres liv*, blir det klart at boken har et mye større mål. På bokens omslagsside står det at dette er et kampskrift for menneskeverd, og det er nok en riktig beskrivelse.

Gjennom historiene om kvinner som ønsker å avbryte et svangerskap med fare for eget liv, kvinner som gjennomgår vanskelige fødsler under kummerlige forhold, eller barn med dype psykiske sår i flyktningeleirer, blir forskjellene i livsvilkår mellom dem og oss demonstrert på en brutal måte.

Historiene om flyktningene som risikerer livet på havet for å komme til Europa og blir internert i leirer der de blir sittende i årevis fordi Europa har stengt døra, er hjerteskjærende.



Mennesker dør og lider unødige fordi rikdom er urettferdig fordelt og fordi egne økonomiske interesser settes foran rettferdighet og menneskeverd. Verdens håndtering av koronapandemien viste at det er penger og makt som styrer politikken og prioriteringene og ikke rettferdighetssans og empati. Denne forskjellen i livsvilkår og muligheter er blitt en del av vår virkelighet. Vi aksepterer stilltiende at barn dør i infeksjoner eller av ubehandlet diabetes. Noe er galt når vi ikke lenger reagerer på at voksne og barn drukner i Middelhavet. Vi blir likegyldige, og det er denne likegyldigheten forfatteren vil til livs.

Kapitlene som griper leseren mest, er de ulike helsearbeidernes korte historier om enkeltskjebner, som lille Mimuna fra Nigeria med malaria eller 14 år gamle Joshua i Sør-Sudan med insulinkrevende diabetes. Barna blir reddet gjennom akutte kriser, men på sikt vet alle hvordan dette vil ende. Kroniske sykdommer som vi kan leve nesten normale liv med i vår del av verden, er dødelige i land der ressursene er få og medisiner vanskelig og dyrt å få tak i. Historien om Hila som blir reddet etter en uterusruptur i forbindelse med fødsel er betegnende for samfunn der unge jenter med små, spinkle kropp er gravide og skal føde med fare for eget liv.

Kapitlene der forfatteren beskriver sin egen politiske bevisstgjøring og fyller inn med tall og fakta blir ikke like gripende, men rammer inn fortellingene, slik at årsaken til enkeltskjebnene ikke er til å misforstå.

Boken er i hovedsak en politisk ytring der helsearbeidernes historier tjener som illustrasjoner. Den kan derfor leses av folk flest og er ikke spesielt innrettet mot helsearbeidere.

Erik Fosse

e.t.fosse@medisin.uio.no

Erik Fosse er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og spesialrådgiver ved Intervensjonscenteret, Oslo universitetssykehus (www.ivs.no).

Hvordan klima- og miljøkrisen påvirker helsa

Erik Sveberg Dietrichs

Å bite seg i halen: hvordan menneskeskapte klimaendringer og miljøkatastrofer påvirker oss

Oslo: Gyldendal, 2023

162 s.

ISBN 978-82-05-57326-0

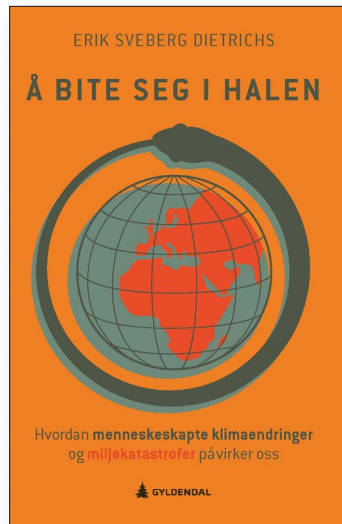
Michael 2023; 20: 551–552

Klima- og miljøkrisen utgjør en av vår tids største helse-trusler. Konsekvensene kjennes allerede for mange millioner mennesker. I mitt hjemland, Hellas, var skogbrannene i august 2023 noen av de mest omfattende i Europas historie. Sammenhengene mellom negativ menneskelig påvirkning på naturen og helsa vår har vært underkommunisert, og boken *Å bite seg i halen* er et velkomment bidrag.

Boken er en syntese av forskningen om hvordan klima- og miljøendringer kan påvirke oss mennesker. Erik Sveberg Dietrichs formidler kompliserte historier både grundig og populærvitenskapelig. Språket er lett og presist. Forfatteren er ikke en distansert observatør og boken er politisk.

Boken er delt inn i fire hovedkapitler: vann, jord, ild og luft. Gjennom en serie av eksempler fra hele verden finner vi den røde tråden i fortellingen: «klimaforandringer er ikke et dystert fremtidsscenario, vi ser konsekvensene av dem allerede nå» (s. 15).

Sveberg Dietrichs starter historien i *Earth Hall of Fame* i Kyoto. Der vises portrettet av Gro Harlem Brundtland, som spilte en avgjørende rolle



for Kyotoprotokollen i 1997, den første internasjonale klimaavtalen med konkrete utslippsmål for enkeltland. Forfatteren påpeker Norges dobbeltmoral. Etter nesten tretti år har utslippene våre ikke blitt redusert mer enn en tidel av de 30 prosent vi lovt innen 2020, og dette hovedsakelig ved å kjøpe klimavoter fra utlandet.

De store nettverkene av mangfoldige aktører, fra stormakter til lokalbefolkning, fra endeløse landskap til mikroorganismer, fra flytende vann til flammende gass støtter opp mot bokens argument: Vi må se helheten for å forstå hvordan dette vil ramme oss alle. Livet – og katastrofene – er vevd sammen. To eksempler om vann og luft kan belyse dette.

Aralsjøen i Usbekistan, landet som Sovjetunionen valgte å omgjøre til en stor bomullsprodusent, hadde en gang masse fisk og lokalbefolkningen trivdes. Nå finnes kun ørkensand, fiskebåtene ruster, den tørkede havbunnen er fylt av miljøgifter. Bomullsplantene trengte store mengder vann og sprøytemidler. Vannet kom fra to store elver, mens sprøytemidlene blandet seg med dreneringsvann og rant tilbake til vannkildene. Fjellene der vannet kommer fra, blir brukt til utvinning av tungmetaller, og store mengder av gruveavfall ender igjen opp i elvene. Lokalbefolkningen drikker det farlige vannet og spiser mat som inneholder giftstoffer.

Helsekonsekvensene av vektorbårne infeksjonssykdommer og malaria er et annet eksempel. Forandringer i temperatur, nedbør og luftfuktighet, inngrep i naturområder, sosial ustabilitet, antibiotikaresistens og begrenset tilgang til helsetjenester kan føre til økt spredning. Forfatteren presenterer Sardinias historie med malariaepidemier i hundrevis av år, men her savner jeg en diskusjon om hvordan denne historien var tett knyttet til kolonialisme, og om hvilke konsekvenser et ensidig fokus på vektoren hadde. Operasjonene mot sykdommen kom til en vellykket slutt i 1950 etter flere runder med DDT-sprøyting; «det ene året kunne du bade i en sjø som ynglet malariamygg, det neste året i en sjø full av DDT» (s. 140). Dietrichs påpeker også at det ikke er malaria som vil bli den største trusselen for europeiske land, men denguefeber.

Sveberg Dietrichs har levert en viktig bok, som vi trenger for å forstå alvoret, tenke med og handle ut fra.

Ageliki Lefkadiou
ageliki.lefkadiou@medisin.uio.no

Ageliki Lefkadiou er vitenskapshistoriker og arbeider som forsker ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Studentene som nektet å bli nasjonalsosialister

Elsa Kvamme

Tilbake til Buchenwald. Da norske studenter skulle gjøres til en ny SS-elite

Oslo: Aschehoug, 2023

394 s.

ISBN 9788203399237

Michael 2023; 23: 553–554

Høsten 1943 ble 644 mannlige studenter ved Universitetet i Oslo, hvorav 189 medisinere, arrestert av okkupasjonsstyret og deportert til Tyskland. Dette skjedde som følge av en økende konflikt mellom universitetet og myndighetene. Rundt halvparten av studentene ble sendt til konsentrasjonsleiren Buchenwald utenfor kulturbyen Weimar. De øvrige ble sendt til en SS-leir i Sennheim (i dag Cerney) i Alsace.

I begge leirene ble studentene forsøkt omvendt til den nasjonalsosialistiske ideologi gjennom forelesninger om rasehygiene og annet nazistisk tankegods av professorer fra nærliggende universiteter. Drømmen til offiseren som var satt til å passe på studentene i Sennheim, var å ri opp Karl Johans gate i spissen for et kompani av omskolerte norske studenter, selve eliten av den ariske rase. I Buchenwald ble studentene dratt inn i konsentrasjonsleirenes skrekke regime. De hadde det bedre enn de øvrige fangene, men fangelivet med dårlige forhold, undertrykking og usikkerhet om krigens utgang og sin egen skjebne var ikke lett. Flere døde av diaré, tyfus og andre infeksjonssykdommer. Da de allierte styrkene nærmet seg senhøstes 1944, ble nesten hele Sennheim-gruppen sendt til Buchenwald. I mars 1945 ble



studentene overført til konsentrasjonsleiren Neuengamme utenfor Hamburg, der de etter kort tid ble hentet hjem til Norge med De hvite bussene og unngikk dermed de grusomme fangemarsjene i krigens siste uker. 17 studenter døde under eller like etter fangeoppholdet.

I denne boken forteller filmskaperen og forfatteren Elsa Kvamme historien om disse tysklandsstudentene, som de ble kjent som. Hennes kilder er studentene selv: dagboksnotater fra fangetiden, svar på et spørreskjema, intervjuer, avisutklipp og bildemateriale. Hun omtaler episoder der studentene med oppfinnsomhet, mot og sivil ulydighet unngikk drap og andre alvorlige represalier tross press og trusler om dødsstraff. Samhold, intern disiplin og felles verdier må ha vært viktig for at de fleste kom levende fra det. Men fangeoppholdet kom til å prege livet til mange av dem. Mange holdt inne med hva de hadde opplevd, og ingen følte seg som krigshelter. Min far var også tysklandsstudent, og jeg kjenner igjen mye i denne gode og velskrevne boken.

Historien om tysklandsstudentene er fortalt før. Den grundigste fremstillingen kom i 2013 med boken *De motvillige germanerne* av Ingar Holm, skrevet i samarbeid med medisineren Elling Kvamme (1918–2016), som satt i både Buchenwald og Sennheim. Elsa er Ellings datter, og hennes bok kommer enda nærmere studentenes opplevelser og refleksjoner under og mange år etter fangeoppholdet. Historien om studentene som var fanger i Buchenwald og Sennheim er en liten fotnote i den store historien om den andre verdenskrig. Den er likevel en påminnelse om hvor viktig det er å stå imot politisk undertrykkelse, indoktrinering og systemer som setter humanistiske prinsipper til side.

Petter Gjersvik
petter.gjersvik@medisin.uio.no

Petter Gjersvik er professor emeritus i hudsykdommer ved Universitetet i Oslo.

Denne boka har gjort meg til en bedre lege

Alexander Wahl

Funderinger fra en fastlege

Oslo: wahlonecom.no, 2023

63 s.

ISBN 978-82-93206-58-3

Michael 2023; 20: 555–556

Alexander Wahl er fastlege, redaktør for primærhelse-tjenesten i Helsebiblioteket og skribent. Han har nå samlet sine funderinger i en utradisjonell liten tekst-samling. Boka appellerer umiddelbart til fastleger, men er interessant og tankevekkende for alle. Formatet – 60 letteste sider – er overkommelig. Den er en etterleng-tet motvekt til alle bekymringsmeldingene om arbeidet som fastlege.

Boka starter nemlig der – i turnustjenesten i distrikt i Huttiheita. Vi blir med på et nattlig hjemmebesøk med forlagt legekoffert der det må improviseres og tas en sjefsavgjørelse. Litt reklame for Helsebibliotekets søkefunksjon og Uptodate er det selvsagt blitt plass til. Her klør jeg etter mer. Får forfatteren tid til å skrive en oppfølger? Boka inspirerer til selvrefleksjon og iveren etter å søke ny kunnskap. Driver *du* eminens- eller evidensbasert medisin?

Han skriver om enkeltlegers hemmende angst og uro, men også om den *nødvendige uro* som alle leger burde føle på iblant; det hindrer oss i å bli kyniske og kjepphøye på vår egen legegjerning. Wahl får frem hvordan erfaring, medmenneskelighet og forståelse iblant forenes til beslutninger



som NAV neppe ville likt – hvis de noen gang fikk greie på det. Dette gir et perspektiv til diskusjonen som pågår om legers sykmeldingsrett.

Møte med pasienter med psykisk sykdom vies også plass. Utsagn som «Det gjelder å ønske dem varmt velkommen, slik at de ønsker seg tilbake» og «I et vennlig rom kan fastlegen være et medmenneske», sier mye om Wahls ambisjoner for fastlegenes virke. Han minner oss på hvordan pasientene gjør noe med oss, når vi viser innlevelse og medfølelse. Og at det er greit å føle på sympati, glede eller sorg – og at det er mye bedre enn å gjemme seg bak skallet av «profesjonalitet».

Vi får også en liten smak av en klagesak. Dette infernoet av følelser og tvil som treffer oss midt i solar plexus når brevet fra Statsforvalteren plutselig dukker opp i Altinn rett før ferien, kunne med fordel vært behandlet grundigere. Kapittelet om stabiliserende helsesekretærer er egnet for høytlesning på morgnemøte i alle landets legekontor.

Boka gir solid støtte til fastlegen som åpner sin legegjerning for å se hele bredden av pasienters utfordringer og bekymringer. Hva skal en fastlege definere som sitt arbeidsområde? Skal man være en fortrolig samtalepartner eller begrense seg til en avkjølt helseautomat?

Alle historiene er tidligere publisert i *Utposten*, *Tidsskrift for Den norske legeförening* eller *Dagens medisin*. Wahl fikk Norsk forening for allmennmedisins skribentpris i 2017. Det var vel fortjent. Alle leger har god-historier til ettertanke, og mer av dette gullet fortjener å komme frem i lyset. Boka vil kunne leses av alle aktører i helsetjenesten og kanskje gi mer forståelse for fastlegenes komplekse hverdag. Den anbefales på det varmeste som en vitamininnsprøyting for faget og godt lege-pasient-forhold – og til alle som lurere på hvorfor fastlegene elsker jobben sin.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anesthesiologi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

Internasjonal medisinhistorie- konferanse i Oslo – største i Norge noen gang

Michael 2023; 20: 557–563

Aldri har det vært en så stor internasjonal konferanse i Norge om medisinsk historie og helsehistorie som på Blindern i Oslo 30. august til 2. september 2023. Arrangør var European Association for the History of Medicine and Health (EAHMH), ledet av sin president, professor Anne Kveim Lie. Konferansen var meget vellykket. Det var presentasjoner fra de fleste felt innenfor medisinsk historie og helsehistorie, foruten plenumsforelesninger og paneldebatter.

Konferansen hadde som sin flertydige tittel *Crisis in Health and Medicine*. Denne kunne vise til kriser i sin alminnelighet – klimakrise, krig, humanitære kriser og forholdet til folkehelse og medisin. Men tittelen kunne også peke på kriser innenfor helseområdet, medisin og helsevesen. Programmet omfattet begge deler og mer til.

Temaet hadde vakt stor interesse. Det var påmeldt 287 deltakere. 275 innlegg var antatt og registrert, hvorav ca. 30 digitalt. Sammendragene var publisert i en 197 siders bok som dessverre bare forelå på papir for det meget lille antall som hadde fått med seg at den måtte forhåndsbestilles. Alle andre måtte nøye seg med den digitale utgaven (1). Den anbefales til gjengjeld varmt. Her ser man både bredden og kvaliteten på det som for tiden foregår på fagområdet. Europa-perspektivet var betydelig utvidet, for det var deltakere også fra andre verdensdeler.

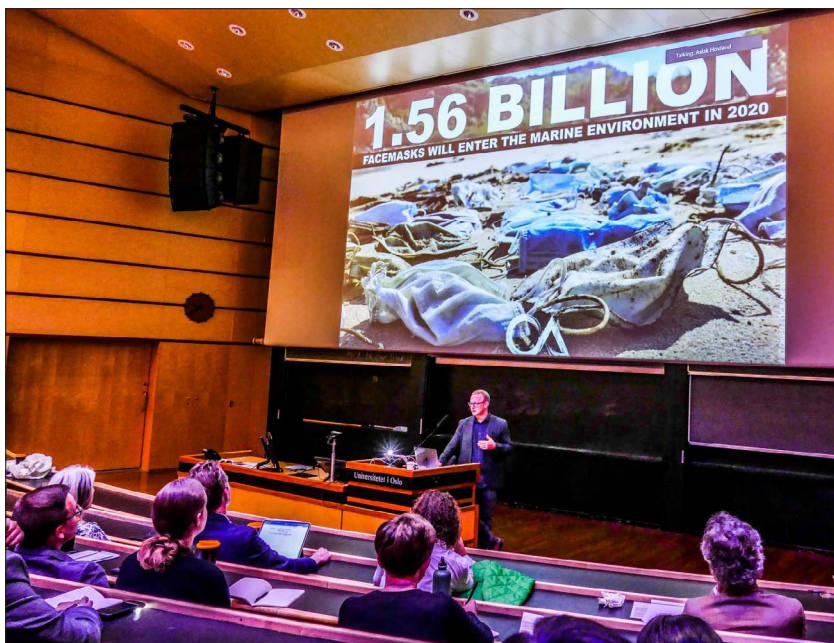
Det ble mange presentasjoner som skulle presses inn på få dager. Derfor var det hele ti parallelle sesjoner med 3-4 innlegg i hver hele tiden. Det gjorde nødvendigvis at den enkelte deltaker bare kunne rekke å høre på maksimum 10%. Desto viktigere ble det å ha abstraktboken for hånden.

Krise og kontekst

Det var en faglig innramming ved hjelp av plenumsforedrag og paneldebat-ter. Helge Jordheim (Oslo) slo an tonen for hovedtemaet med forelesningen *Crisis and temporality: Theoretical concepts*. Blant øvrige foredrag kan spesielt nevnes Jeremy Greens Rudolf Virchow-forelesning *How medicine becomes trash: Healthcare waste as environmental crisis*. At avfall fra sykehus og annen medisinsk aktivitet i USA har vært så ille at badestrender måtte stenges på grunn av sprøyter, ampuller og munnbind som sjøen skylte i land, var kanskje overraskende for mange (figur 1).

Forelesningen hadde imidlertid et overordnet budskap som gikk langt ut over å formidle dette – nemlig kontekststøttheten i samfunnet og skadevirkningene ved snever sektortenkning, her når det gjaldt avfallshånd-tering. Forelesningen var et memento til undervisere i samfunnsmedisin: I eldre tid var offentlige hygienetiltak, drikkevann, søppel osv. et fast tema som etter hvert har glidd ut av legestudentenes forståelse av hva de bør vite noe om for å kunne ta ansvar for helse i kontekst.

Andre forelesere tok opp mer spesifikke emner, f.eks. Britt Kramvig (Tromsø) om *Sámi trails in the archive*, der betydningen av alternative tenke-måter om helse og medisin ble trukket fram. Hun fortalte blant annet om



Figur 1. Helsesøppel på amerikansk strand. Jeremy Greene (Harvard) holder forelesning i Georg Sverdrups Hus på Blindern. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 2. Den nordnorske helbrederen Knut Lunde (1867–1937) hadde yrkestittelen «Kvaksalver» i folketellingen. Han holdt imidlertid profesjonell orden på sin korrespondanse og han førte sykejournaler, et materiale som nå forefinnes digitalisert ved Universitetet i Tromsø. Her blir det presentert ved konferansen av Britt Kramvig. (Foto: Øivind Larsen)

arkivmateriale som lekmanns-behandleren Knut Lunde (1867–1937) fra Dyrøy i Troms etterlot seg fra perioden 1902–1937 (figur 2).

Møteplass eller publikasjonsarena?

Med et så stort antall presentasjoner, der folk hele tiden forsvant inn i grupperom, oppsto spørsmål om balansen mellom konferansens funksjoner som møteplass for likesinnede, som presentasjon av ny kunnskap for et større publikum, og som diskusjonsforum for et fåtall spesielt interesserte. Men så vidt stemningen kunne loddes, ble det likevel vellykket.

Dette stilte imidlertid krav til den ytre, sosiale innrammingen, til å få ristet folk sammen. Det var utfordrende. Det begynte f.eks. med invitasjon til sauna og hopp i havet kl. 7 hver morgen, før forelesninger og sesjoner. Universitetet i Oslo inviterte en kveld til Munch i aulaen, bobler og kana-



*Figur 3. EAHMH-deltakere hører foredrag om Munchs aulamalerier før de går over plassen til Universitetets mottakelse i Domus Bibliotheca.
(Foto: Øivind Larsen)*

peer (figur 3). Det var også utflukt til Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum med påfølgende festmiddag der.

Til en sensommerdag i Oslo hører det ta gjester med på fjordcruise. Det var bestilt. Men akk: Stakkars arrangører som stilte på kaia med et tresifret antall deltakere og ble møtt med at båten var dobbeltbooket og stakk til sjøs med en annen gruppe. Fortvilelsen var stor noen minutter. Da var det at en av studentene fikk en god idé: De fleste hadde Ruter-kort som også gjaldt på Oslo-fergene! Da bar det isteden av gårde med første rutebåt til Gressholmen. Der var det både plass nok og øl nok på stedets kro. En lokal krise ble vendt til lokal tilfredshet.

EAHMH og medisinhistorien

European Association for the History of Medicine and Health (EAHMH) har utviklet seg til å bli et av de mest sentrale fora for et stort fagområde. I løpet av sine 34 år har organisasjonen skapt form, profil og standard innenfor et felt som i sin natur er svært tverrfaglig.

I 2023 er det Anne Kveim Lie fra Oslo som er organisasjonens president. Hun hadde også ansvaret for årets konferanse. Det er ingen tvil om at hun



Figur 4. Professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, Anne Kveim Lie, her i forgrunnen i et godt fylt auditorium ved en plenumsforelesning, var hovedansvarlig for konferansen. (Foto: Øivind Larsen)

og hennes medarbeidere kunne kassere inn en betydelig suksess da konferansedagene var over (figur 4). Ikke minst det store frammøtet og det betydelige innslaget av unge deltakere med nye og varierte prosjekter var et bevis på dette.

I 1960-, 1970- og 1980-årene lar det seg ikke nekte at faget medisinsk historie hadde en vanskelig tid, også internasjonalt sett. Det hadde på en merkelig måte styrket i gamle former. Det hadde ikke tilpasset seg etterkrigstidens mer dynamiske holdninger til hva som var viktig innen medisin, helsetjeneste og historiefag.

EAHMH ble opprettet ved et møte på Wellcome Institute i London 14. juli 1989 på restene av et hendøende såkalt akademi for medisinsk historie. Da ble man blant annet enige om å holde regelmessige internasjonale konferanser. Siden har det vært slike konferanser hvert annet år. Det klare mål har vært å bygge opp fagområdet medisinsk historie og helsehistorie. EAHMHs tidligste historie er riktignok noe kinkig å rekonstruere, ettersom arkivet fra den gang, oppbevart i Strasbourg, ble makulert av en overvrig kontormedarbeider.

Ved mange universiteter var medisinsk historie blitt slått sammen med faget medisinsk etikk. I tilbakeblikk var dette neppe noen fordel, verken for medisinsk historie eller for medisinsk etikk. Andre steder ble medisinsk

historie som universitetsfag knyttet til stedets medisinske museum. Det er heller ikke alltid noen ideell løsning. Museologi er et eget fag som ikke nødvendigvis tiltrekker seg dem som primært er interessert i medisinhistorisk forskning og fagutvikling.

Medisinhistorie og helsehistorie har vært, og er, viktig som kunnskapskilde og premissgrunnlag innen samfunnsmedisinen. London School of Hygiene and Tropical Medicine har således en avdeling for historie. Norge har også hatt tradisjoner for å knytte medisinsk historie til samfunnsmedisinske fag som epidemiologi, sosialmedisin, forebyggende medisin, medisinsk antropologi og global helse.

Miljøet i Oslo presenterte sin profil på forskjellige måter ved konferansen. Blant annet var det to sesjoner om antibiotikahistorie, et av satsningsområdene. Forskningsrådet hadde dessuten sponset konferansen gjennom prosjektet *Biomedicalization from the inside out (BIO)* ved seksjon for medisinsk humaniora, antropologi og historie ved Universitetet i Oslo. Den store interessen utenfra tyder på at denne profileringen er vellykket.

I tillegg til konferansene er det med EAHMHs medvirkning opprettet publikasjonskanaler. Først var det en beskjeden serie bokutgivelser, men så kom *Clio Medica*. Det er en bokserie som er en gjenopplivning av et tidligere tidsskrift med samme navn (figur 5). Et annet internasjonalt, fagfelle-vurdert vitenskapelig tidsskrift, *European Journal for the History of Medicine and Health*, ble opprettet i 2021 i samarbeid med EAHMH. Det er en



Figur 5. EAHMHs prestisjetunge publikasjonsserie *Clio Medica*, her noen eksempler. (Foto: Øivind Larsen)

fortsettelse av det avdøde, sveitsiske tidsskriftet *Gesnerus*. Dermed har EAHMH markert seg som standardsetter for faglige arbeider på sitt felt.

Sist EAHMH-konferansen ble avholdt i Oslo, var i 2003 (2). Profilen var tilsvarende den gang. Deltakerantallet var imidlertid større nå. Bredden og spensten i det faglige innholdet følte også større i 2023.

Man kan imidlertid undres om ikke spredningen i 2023 var i største laget. Det ble f. eks. presentert kunst som nok kunne være befriende, men også betenkelig i sin respektløshet. Hva om spredningen i konferanseinnhold blir enda større neste gang?

Qui vivra, verra.

Litteratur

1. *Book of abstracts. Crisis in Health and Medicine*. Oslo: EAHMH 2023. https://static1.squarespace.com/static/6376be75991da53b58af9ec8/t/64e762bf3d403b51e9ada623/1692885696328/EAHMH_Book+of+Abstracts_digital.pdf
2. Kvisvik M, Larsen Ø, red. *Health between the private and the public – shifting approaches. Programme and Book of abstracts*. Oslo: Det norske medisinske Selskab, 2003.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Farmasøytene tar vare på historien sin

Michael 2023; 20: 564–565

Gjennom intervjuer med 33 farmasøyer blir vi kjent med den nyere historien til norsk farmasi og apotekvesen. Historien presenteres av dem som selv har opplevd den.

Formålet er å formidle den kulturhistoriske utviklingen av farmasøytens rolle på nye måter til studenter, allmennheten, og farmasinæringen.

Rundt 100 interesserte lyttere var til stede da prosjektet *Farmasihistorier* ble lansert 24. august i Domus Bibliotheca ved Universitetet i Oslo.

– Det handler om å ta vare på fortellingene mens de er tilgjengelige, understreket prosjektleder Anne-Gerd Granås, som er professor i farmasi ved Universitetet i Oslo. Hun har opplevd at flere av dem hun har intervjuet, er blitt borte i tiden før lanseringen. Sammen med Knut Werner Lindeberg Alsén som er ansvarlig for lyd og bilde, har hun intervjuet 33 sentrale personer i norsk farmasi om hva de har opplevd gjennom siste del av det 20. århundret. Intervjuene blir publisert på nettsidene til Universitetet i Oslo. <https://www.mn.uio.no/farmasi/tjenester/farmasihistorier/>

Undervisningsprosjekt

Noen farmasøyer forteller om hvordan apotekhverdagen og legemiddelindustrien var i siste del av forrige århundre, andre har vært sentrale påvirkere i helseforvaltningen gjennom utredningsarbeid og foreningsliv.

Undervisnings- og formidlingsprosjektet er et samarbeid mellom farmasiutdanningene ved OsloMet, UiT Norges arktiske universitet, Nord universitet, Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Filmene er laget til bruk i undervisningen ved de fem universitetene. Anne-Gerd Granås sier at de bruker korte filmsnutter fra intervjuene i forelesninger for å gi studentene et historisk innblikk fra folk som faktisk var med «der og da».

*Prosjektleder
Anne-Gerd Granås
(foto: Magne Nylenna)*



Hvordan dagens unge som er formatert for TikTok og YouTube, skal fristes til å bruke en hel halvtime på et intervju, er uklart. Men for godt voksne med interesse for helsehistorie er dette en gullgruve.

Eksempel til etterfølgelse?

Intervjuene ble gjort i Farmasihistorisk museum på Folkemuseet på Bygdøy. De historiske omgivelsene gir autentisitet til innholdet. Granås byr på gode samtaler med profesjonell lyd, og hun bruker en personlig, men forsiktig intervjuteknikk.

Hun roser lyd- og bildetekniker Knut Werner Lindeberg Alsén: – Engasjer en journalist som kan dette med lyd og video, sier Granås som et råd til andre som blir inspirert til å ta vare på sitt fags historie. Lyden er spesielt viktig når man skal formidle litt lengre historier. Ikke vent for lenge med å sette i gang. Hvis man venter for lenge, vil mange historier gå tapt.

Halvparten av kostnadene på omtrent 700 000 kroner er finansiert av Universitetet i Oslo, og halvparten kommer fra Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi. I tillegg har mange bidratt i prosjektet med et betydelig antall ubetalte timer.

*Magne Nylenna
magne@nylenna.no*

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Ny utstilling i den gamle Kvinneklubben

Michael 2023; 20: 566–568

Rikshospitalets tidligere kvinneklubb i Pilestredet Park i Oslo har fått nye eiere som har ønsket ny utsmykning med fotografier. De har også kjøpt inn et portrett av byggherren, professor Kristian Brandt (1859–1932). Helsehistorisk forum markerte dette med et lanseringsseminar i byggets gamle auditorium 26. september 2023.

Per E. Børdahl og Erlend Hem fra *Helsehistorisk forum* hadde på oppdrag fra firmaet Propcap, som nå forvalter den gamle Kvinneklubben i Oslo, lagd en ny utstilling av historiske fotografier i auditoriet og trappeoppgangen i bygget. Det hadde hengt fotografier der før også, men den nye utstillingen skal illustrere byggets historie og aktiviteten i det. Bildene er trykt på hardføre aluminiumsplater med tekstplaketter i tilsvarende utførelse. Byggets eiere hadde også kjøpt inn et lite kjent maleri av Kvinneklubbens legendariske byggherre og første sjef, professor Kristian Brandt, utført av Erik Werenskiold (1855–1938) i 1909.

Lanseringen av utstillingen skjedde ved et meget vellykket seminar i regi av *Helsehistorisk forum*. Blant de 67 deltakerne så man mange som hadde arbeidet i bygningen. I årene 1914–2000, da Rikshospitalet flyttet til Gaustad, hadde den vært åsted for 174 369 fødsler.

Styreleder Erlend Hem reflekterte over å sette opp utstillinger der folk ferdes, slik som her. Når utstillingene finnes i det offentlige rom, kan både helsepersonell, pasienter, pårørende og publikum se dem uten å måtte oppsøke museer eller andre utstillingslokaler. Via en videolink fortalte forretningsfører Marius Snogdal Jensen fra forvaltningsfirmaet Propcap at formålet med utsmykningen var å ivareta byggets historie som klubb og gammelt sykehus.



Figur 1. I byggets inngangsparti møtes man av et fotografi av byggets praktfulle fasade. (Foto: Erlend Hem, originalfoto også Erlend Hem)

Per E. Børdahl holdt deretter foredrag om historien til denne sjeldent monumentale bygningen fra 1914. Anne Kaasen og Anne Marie Lilleengen hadde kalt sitt felles innlegg «Fra jordmorelev til jordmorstudent» om hvordan det hadde vært å bli utdannet jordmor i dette huset som hadde hatt som en hovedoppgave nettopp å utdanne jordmødre.

Navnet Brandt gikk igjen hele tiden. Hvem var han egentlig, denne fryktede og beundrede fødselshjelp-professoren som klarte å få myndighetene til å reise en bygning som med sin størrelse og utforming også vakte internasjonal oppsikt. Per E. Børdahl summerte opp hva Brandt huskes for. Selv etter tidens mål var hans lederform paternalistisk. Historien om den godt kvalifiserte legen Louise Isachsen (1875–1932) som ble forbigått ved ansettelse, fordi Brandt ikke tålte kvinnelige leger, blir ikke glemt (1). Med sin kollega i fødselsvitenskapen Christian Kielland (1871–1941) som lanserte sin egen fødselstang, hadde Brandt en konflikt av legendariske dimensjoner (2). Brandts brautende stil brakte klager på ham helt til Stortinget.

Men ingen medalje har to baksider, minnet Børdahl om. Brandt forsvarte gjennom hele sitt faglige liv de fødendes rettigheter, drev omfattende og



Figur 2. Erik Werenskiolds maleri av Kristian Brandt har fått fin plass i den gamle Kvinneklinikkens vestibyle, og det er trygt montert bak beskyttende pleksiglass. (Foto: Øivind Larsen)

systematisk undervisning og skrev lærebøker både for jordmødre og medisiner i god kontakt med internasjonal utvikling. Og den gamle kvinneklinikk står etter ham som et monumentalt minnesmerke.

Litteratur

1. Børdahl PE, Hem E. Fødselshjelp – et kvinnefag for mannfolk. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999; 119: 4561-4566.
2. Hem E, Børdahl PE. Med tangen ut i verden – Christian Kielland og hans tang. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2001; 121: 1496-1497.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Rikholdig helsehistorie i Innlandet

Helsehistorisk forums studietur 23.–24. august 2023

Michael 2023; 20: 569–572

Helsehistorien finnes overalt, bare man ser etter. Helsehistorisk forums studietur til Innlandet er et godt eksempel på det.

Helsehistorisk forum arrangerer studieturer både i Norge og utlandet (1). I august 2023 gikk turen til Innlandet med 32 deltakere¹.

Første stoppested var *Stiftelsen Stensveen – trygg i eget uttrykk* på Kapp. Det er et lavterskeltilbud for alle som har utfordringer med sin kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk eller opplever kjønnsinkongruens eller kjønnsdysfori. De som kommer til Stensveen oppfatter det som et diskret og trygt sted, der de møtes med forståelse og vennlighet og får hjelp til å komme videre. Besøket var en oppfølger av seminaret om samme tema som *Helsehistorisk forum* arrangerte i mars 2023 (2).

Mange har besøkt *Gammeldoktoren* ved Glomdalsmuseet på Elverum før, men det er alltid nye ting å se og lære, ikke minst når omviseren er så kunnskapsrik og engasjerende som Laila Bækkevold, leder for formidlingsseksjonen. Også leserne av *Michael* har tidligere fått en grundig innføring i utstillingen, som ble etablert i 1993 (3). Vi besøkte også en annen av de faste utstillingene på museet: *Latjo drom*, som betyr god reise eller god tur på romani (figur 1). Den handler om romanifolkets/taternes kultur og historie i Norge, og er en av de store satsingene ved Glomdalsmuseet.

Norsk helsearkiv

Neste dag var det forelesning og omvisning på *Norsk helsearkiv*, som ble etablert i 2019 på Tynset. Dette er et av Norges 18 nasjonale helseregistre, og består av avdøde pasienters journaler fra spesialisthelsetjenesten. Det er

¹ Reiseleder var styremedlem Inger Taasen, som arrangerte studieturen sammen med Tonje Ingarsdotter Helgesen og Lars Erik Eriksen.

Figur 1. Boka *Latjo drom* (2009) er laget i forbindelse med Glomdalsmuseets permanente utstilling ved samme navn som ble åpnet i 2006. (Faksimile av forsiden).



unik i verdenssammenheng. Hittil er over 1 million pasientjournaler digitalisert, og i løpet av de neste årene vil arkivet motta 15 millioner journaler, som utgjør 100 km med papir! De planlegger å digitalisere en halv million journaler årlig, som tilsvarer omtrent 36 millioner journalsider. Hele papirjournalen digitaliseres, og blir deretter makulert. De digitaliserte pasientjournalene utgjør et nytt, nasjonalt helsearkivregister, som vil gi forskere tilgang til unike helsedata som frem til nå har vært utilgjengelige, fortalte direktør Bjørn Børresen.

Bygget kostet 160 millioner kr, driftsbudsjettet er 60 millioner kr i året og der er 60 ansatte (figur 2). Målet er å gi pasientjournalene evig liv i forskningens tjeneste. Utviklingen skjer raskt, ikke minst bruken av kunstig intelligens, som er nødvendig for å finne gullet i den enorme tekstmengden (4). Også digital lesning av håndskrift vil komme i løpet av de neste årene, mente Børresen. Men ennå er materialet lite brukt, blant annet fordi det er lite kjent.

Tyrili og krigsmuseum

Nest siste post på programmet var *Tyrili Frankmotunet* i Follidal kommune, nord i Østerdalen. Dette tilbudet ble etablert i 1991, og her tilbys døgnbehandling for voksne med alvorlig rusmiddelavhengighet (5). De 25 pasientene er vanligvis her i seks måneder før de flytter nærmere en by for forbedelse på livet etter døgnbehandlingen.



Figur 2. Norsk helsearkiv på Tynset ble nominert til Arkitekturprisen 2019. Pasientjournalene oppbevares like trygt som i sykehus, og det er ikke lov å fotografere innendørs. (Foto: Statsbygg/Trond Isaksen)

Vi avsluttet det faglige programmet i *Sollia krigshistoriske museum* på den verneverdige gården Amperhaugen i Stor-Elvdal kommune (6) (figur 3). Den unike utstillingen er samlet og kuratert av én person, Jo Øvergaard, som viste rundt og fortalte. Museet består av en samling av våpen, uniformer og effekter fra den andre verdenskrig. Det er antakelig Norges største private krigsmuseum.

Studieturene i 2024 går til Padova og Venezia i april og til Vest-Telemark i august.

Litteratur

1. Hem E. Gammelt og nytt i Basel: Helsehistorisk forums studietur 24.–27. april 2023. *Michael* 2023; 20: 414–419. [Gammelt og nytt i Basel | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](https://michaeljournal.no) (4.10.2023).
2. Trygg i eget uttrykk. Seminar 30.3.2023. *Helsehistorisk forum*. <https://helsehistoriskforum.no/aktiviteter/post-14PPQ-trygg-i-eget-uttrykk>.



Figur 3. I Sollia krigshistoriske museum blir man kjent med historien om den lokale kommandograppa Grebe i Kompani Linge, som opererte i fjellene mellom Østerdalen og Gudbrandsdalen. (Foto: Erlend Hem)

3. Arnesen E. «Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet. *Michael* 2018; 15: 221–239. «Gammeldoktoren» – et godt liv på Glomdalsmuseet | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no) (4.10.2023).
4. Bjørnstad-Tuveng E, Nytrøen K. Helsearkivregisteret åpner nye dører for forskningen. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2022. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0570>
5. Tyrili Frankmotunet. <https://www.tyrili.no/vare-steder/tyrili-frankmotunet/> (4.10.2023).
6. Sollia krigshistoriske museum. <https://www.solliakrigshistoriskemuseum.no/> (4.10.2023).

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Errata

I den trykte utgaven av *Michael* nr 3-2023 er det følgende feil:

- s. 294 og 301: Første ord i første linje i brødteksten skal være Gerhard.
- s. 361: Annet ord i linje 7 nedenfra skal være Stuart.

Feilene er rettet i nettutgaven av tidsskriftet.

Redaksjonen

Michael

vol. 20, 2023, innhold

Michael 1-2023: Dødshjelp

Leder

En kunnskapsbasert debatt om dødshjelp <i>Erlend Hem</i>	7
---	---

Tema: Dødshjelp

Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt <i>Svein Aarseth, Morten Andreas Horn, Jørgen Dahlberg, Morten Magelssen</i>	11
---	----

Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp <i>Svein Aarseth, Morten Horn, Morten Magelssen, Magne Supphellen</i>	23
---	----

Dødshjelp – terminologi og forutsetninger <i>Morten Horn</i>	33
---	----

En fallitterklæring å legalisere dødshjelp <i>Marianne Klungland Bahus</i>	40
---	----

Det veneriske sykehus – det første kurative sykehus i Norge <i>Susann Holmberg</i>	47
---	----

Kva lærte me egentleg av pandemien? <i>Geir Sverre Braut</i>	64
---	----

Nye bøker

Tips oss om bøker <i>Erlend Hem</i>	75
--	----

Skolastisk om dødshjelp <i>Berit Horn Bringedal</i>	76
--	----

Nyttig bok for leger om læring og undervisning <i>Per Brodal</i>	79
---	----

Klassiker om miljø- og arbeidsmedisin <i>Britt G. Randem</i>	81
---	----

Tynt om psykisk helsevern <i>Jeanette Bjørke</i>	83
For mye medisin <i>Mette Kalager</i>	85
Med sans for det groteske <i>Stein A. Evensen</i>	87
Mye å lære av Vinmonopolet <i>Magne Nylenna</i>	89
Engasjerende bok om barns utvikling <i>Anne-Stine Meltzer</i>	91
Med datamaskinen som samtalepartner <i>Erik Fosse</i>	93
Stor tillit til det profesjonelle skjønnnet <i>Berit Horn Bringedal</i>	95
Da Wilhelm Reich og psykoanalysen kom til Norge <i>Jørgen G. Bramness</i>	97
Sykehus i krig <i>Ole Kristian Grimnes</i>	100
Universitetet i Bergen ser tilbake <i>Øivind Larsen</i>	105
Hva skjer? Det norske medisinske Selskab 2022 <i>Magne Nylenna</i>	110
Jøder i sykehus i ly for arrestasjon – stor interesse for boklansering <i>Øivind Larsen</i>	116
Ole Didrik Lærum <i>Erlend Hem, Øivind Larsen, Magne Nylenna</i>	118
Intelligens «innafor boksen» <i>Øivind Larsen</i>	121
Boklansering og helsespråksamtale <i>Magne Nylenna</i>	123

Michael 2-2023: Litteratur og medisin

Leder

Litteratur og medisin

Jan Frich 133

Tema: litteratur og medisin

Hva slags medisinsk behandling fikk *Fruen fra Havet*?

Jørgen G. Bramness 140

Dr. Thorndyke – en glemt, litterær legedetektiv

Magne Nylenna 155

Nevrologer og nevrologi i kriminallitteraturen

Ragnar Stien 170

Sjølvmord og folkehelse

John Nessa 182

En litterær bakvakt

Per Stensland 193

Why I recommend all doctors — indeed, everybody —

to read good books deeply every day

Richard Smith 206

Private brev som historisk kilde

Øivind Larsen 226

Nye bøker

Mister vi evnen til å lese bøker?

Magne Nylenna 234

Ikkje snø, men kvitleik

John Nessa 239

Sterk diktdebut

Jon Ståle Ritland 241

Velskrevet og spennende romandebut

Tone Skaali 243

Der passerens spiss kan plasseres

Per E. Børdahl 245

Romanperle om demens

Marit Tveito 247

En fengende roman om hovmod og fall

Steinar Solberg 249

En internasjonal naturforsker

Astrid Wale 251

Et rop om hjelp <i>Christian Grimsgaard</i>	254
Pasientjournalen <i>Lars Aabakken</i>	256
Inn i den romlige dimensjon <i>Øivind Larsen</i>	258
Helserett – familiær og fremmed <i>Jacob Jorem</i>	260
Spennende lesning trygt forvart etter to hundre år <i>Øivind Larsen</i>	264
Hva skjer? Jan Frich ny redaktør i <i>Michael</i> <i>Redaksjonen</i>	266
Kari Tove Elvbakken nytt medlem av <i>Michaels</i> redaksjonskomite <i>Redaksjonen</i>	267
<i>Michael</i> får pris for språk og formidling <i>Redaksjonen</i>	268
 <i>Michael 3-2023: Infeksjonshistorie</i>	
Leder Infeksjonssykdommenes historie – verktøy og spill <i>Øivind Larsen, Magne Nylenna</i>	275
Tema: Infeksjonshistorie Oppdagelsen av leprabasillen – et 150-årsjubileum <i>Lorentz M. Irgens</i>	283
Armauer Hansen forskningsinstitutt i Addis Abeba <i>Bjørn Myrvang, Gunnar Aksel Bjune, Bjarne Bjorvatn, Tore Godal</i>	294
Robert Koch, colonial medicine, global health – and us <i>Christoph Gradmann</i>	302
Å bo isolert var en risikofaktor under spanskesyken <i>Svenn-Erik Mamelund</i>	313
Barnevaksinasjonsprogrammets historie <i>Hanne Magdalene Nøkleby</i>	319
Da magesår ble en infeksjonssykdom <i>Ingvard Wilhelmsen</i>	332
Falden paa sin Post – legestudenten som fikk offentlig begravelse <i>Sofie Rogstad</i>	341

AIDS i Norge – et drama i to akter <i>Stig Frøland</i>	344
Folkehelseetikk – en oversikt <i>Bjørn Hofmann</i>	355
Antibiotika på reisefot <i>Lise Bjerke</i>	369
Nye bøker	
Detaljert om aids-syke <i>Stein A. Evensen</i>	377
Når medisin blir litteratur <i>Magne Nylenna</i>	379
Usynlige kvinner <i>Berit Schei</i>	381
Leger gir mest til dem som trenger det minst <i>Njål Flem Møland</i>	384
Nevrokirurgiens historie ved Rikshospitalet og Ullevål <i>Tor Ingebrigtsen</i>	386
Det er røyken vi dør av <i>Anniken Sandvik</i>	389
Mer om kriser og selvmordsatferd <i>Øivind Ekeberg</i>	392
Gjenkjennelig krise i dansk helsetjeneste <i>Heidi Haukelien</i>	395
Innblikk i sårbarhetens filosofi <i>Berit Horn Bringedal</i>	397
Et frimodig slag for en kristen bioetikk <i>Knut W. Ruyter</i>	399
Mer enn Anatomisk institutt <i>Stein A. Evensen</i>	405
En kraftprestasjon om rasetenkningens historie <i>Morten Hammerborg</i>	408
Hva skjer?	
Godt norsk helsespråk – hvor finnes hjelpen? <i>Øivind Larsen</i>	411
Gammelt og nytt i Basel <i>Erlend Hem</i>	414

Museer med mening <i>Øivind Larsen</i>	420
Nina Husom ny manuskriptredaktør i Michael <i>Redaksjonen</i>	427
Vennskap – et 20-års minne <i>Øivind Larsen</i>	428
 <i>Michael 4-2023: Abort</i>	
Leder	
En kunnskapsbasert debatt om abort <i>Erlend Hem</i>	435
Tema: Abort	
Hvorfor en ny abortdebatt nå? <i>Berge Solberg</i>	439
Abortutvalgets mandat og arbeid <i>Kari Sønderland, Bente Bryhn, Maren-Anna Lervik</i>	449
Abort i Norge – metoder og statistikk 1979–2022 <i>Mette Løkeland-Stai</i>	457
Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet? <i>Lars Ursin, Zuzanna Zarosa, Janicke Syltern</i>	466
Abortsituasjonen i verden <i>Berit Austveg</i>	478
Et kristent perspektiv på abort <i>Morten Magelssen</i>	490
Abort på museum <i>Thea Aarbakke</i>	499
Legene og abortspørsmålet – posisjoner og konfliktlinjer <i>Kari Tove Elvbakken</i>	512
Nye bøker	
Fra tre års fengsel til selvbestemt abort <i>Per E. Børdahl</i>	529
Hva snakker vi om når vi snakker om abort? <i>Emily Mclean</i>	532
Burde vært pensum <i>Agnethe Lund</i>	534
Å møte mennesker der de er <i>Afaf Al-Rammahy</i>	536

Dagsaktuell dagbok	
<i>Hamida Achour</i>	538
Kunnskapsrik og velformulert	
<i>Aslak Syse</i>	540
Les og bli vis	
<i>Arvid Heiberg</i>	543
Teoretisk forankret bok om ledelse	
<i>Jan Frich</i>	545
Imponerende oversikt over eit variert fag	
<i>Jeanette Bjørke</i>	547
Oss og de andre	
<i>Erik Fosse</i>	549
Hvordan klima- og miljøkrisen påvirker helsa	
<i>Ageliki Lefkadiou</i>	551
Studentene som nektet å bli nasjonalsosialister	
<i>Petter Gjersvik</i>	553
Denne boka har gjort meg til en bedre lege	
<i>Jo-Endre Midtbu</i>	555
Hva skjer?	
Internasjonal medisinhistoriekonferanse i Oslo – største i Norge noen gang	
<i>Øivind Larsen</i>	557
Farmasøytene tar vare på historien sin	
<i>Magne Nylenna</i>	564
Ny utstilling i den gamle Kvinneklubben	
<i>Øivind Larsen</i>	566
Rikholdig helsehistorie i Innlandet	
<i>Erlend Hem</i>	569
Errata	573
<i>Michael</i> vol. 20, 2023, innhold	574

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 600 (2023)

ISSN 1893-9651

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004