

Rapport fra Bioteknologinemndas åpne møte om

Bruk av fostervev

Oslo, 8.mars 1995

- ÅPNING AV MØTET
Professor Wenche Blix Gundersen, nestleder i Bioteknologinemnda

- HOVEDPUNKTENE I INNSTILLING FRA ARBEIDSGRUPPEN
OM BRUK AV FOSTERVEV. ETIKK OG REGULERING.
FORSKNING PÅ OG BRUK AV FOSTERVEV.
Rådgiver Grete Gjertsen, Sosial- og helsedepartementet

- ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?
 - Kommentar fra konsulent Bodil Stenslet, For livsrett og menneskeverd
 - Kommentar fra avd. overlege Brit Standnes, Norges Parkinsonforbund
 - Kommentar fra generalsekretær Ingrid Vad Nilsen, Norges Kristne Råd
 - Kommentar fra nestleder Unni Minsås, Human-Etisk Forbund
 - Kommentar fra leder Rønnaug Aaberg Andersen, Norges Katolske Kvinneforbund

- MÅ KVINNEN GI SAMTYKKE?
Førstemanuensis Kristi Strøm Bull, Institutt for privatrett, UiO

- AVSLUTNING
Ellen Strengenhagen

ÅPNING AV MØTET

Professor Wenche Blix Gundersen, nestleder i Bioteknologinemnda

Jeg vil på vegne av Bioteknologinemnda få ønske dere alle hjertelig velkommen til vårt åpne møte om bruk av fostervev. Nemnda betrakter disse åpne møtene som en særlig viktig del av vår virksomhet. I en verden som forandrer seg så fort og hvor de tekniske mulighetene til forandring av vår helse og vårt miljø utvikler seg så raskt, er det spesielt viktig at etisk viktige problemer blir debattert. Det er ikke tilfeldig at problemene rundt bruk av fostervev akkurat nå er særlig aktuelt for vårt åpne møte. Den 20. desember 1994 kom utredningen "bruk av celler og vev fra aborterte fostere". Disse problemene var bevisst holdt utenfor utredningen om mennesker og bioteknologi, fordi myndighetene mente at problemstillingene hadde krav på en isolert behandling. Det er litt tilfeldig at dette åpne møte falt på 8. mars - kvinnedagen. Når først denne tilfeldighet er et faktum, synes vi at det er helt passende. Kvinner, fostere og barn henger på gitte tidspunkt ekstra nært sammen. Denne nærhet gjør at vi må reflektere. Og også våre refleksjoner må lyttes til. Etikk er ikke noe abstrakt. Etikk er å treffe de riktige valg i vanskelige situasjoner. Etikk er det beste valg mellom flere alternativer. Bruk av fostervev er et vanskelig valg. Vi må velge.

HOVEDPUNKTENE I INNSTILLING FRA ARBEIDSGRUPPEN OM BRUK AV FOSTERVEV. ETIKK OG REGULERING. FORSKNING PÅ OG BRUK AV FOSTERVEV.

Rådgiver Grete Gjertsen, Sosial- og helsedepartementet

Som dere ser av programmet er det bare kvinnelige innledere her i dag. Det har vi gjort fordi det er en kvinnedag. Og jeg vil begynne med å gratulere alle kvinner med dagen. Jeg har selv heist flagget hjemme hos meg.

La oss lese min første overhead sammen;

- Trækker over en grense
- bruk av fostervev er etisk forkastelig
- kan fremprovosere valg av abort når hensikten ikke helliger middelet
- når døde kan komme til nytte
- nei til at barn drepes og brukes i forskning

- et svik mot bibelens menneskesyn
- minner om krenkningen av jødernes menneskeverd.

Hvor er disse sitatene hentet fra? Jo, de er hentet fra pressen etter at NOU 1994:22 ble lagt frem den 20. desember. Hva er det så arbeidsgruppen har sagt som har gitt disse reaksjonene? Som Wenche Blix Gundersen nevnte kom det et forslag i St.meld.nr. 25 (1992-93) om mennesker og bioteknologi som vi la frem våren 1993 om at de etiske, medisinske og juridiske spørsmål som bruk av fostervev reiser skal utredes nærmere. Da hadde allerede Etikkutvalget i 1991 sagt litt om fostervev. Regjeringen fant at det ikke var nok som grunnlag for å ta standpunkt i stortingsmeldingen og ønsket derfor en nærmere utredning. Da stortingsmeldingen ble behandlet i Stortinget våren 1993 ble det reist et forslag fra de tre mellompartiene; KrF, Sp og SV som ønsket et forbud mot forskning og bruk av vev fra aborterte fostere. Dette forslaget falt med 101 mot 52 stemmer i det tidligere Stortinget. Da Stortinget behandlet Lov om medisinsk bruk av bioteknologi i 1994, som ikke omhandler bruk av fostervev, reiste de tre partiene det samme forslaget. Dette ble da ikke realitetsbehandlet, men oversendt Regjeringen.

På grunnlag av Stortingets behandling av St.meld.nr.25 oppnevnte Helseministeren en arbeidsgruppe 2. september 1993. Den har vært ledet av professor Finn Winter fra Rikshospitalet, og har ellers bestått av professor Julie Skjæraasen som er gynekolog på Rikshospitalet og også leder av Bioteknologinemnda. Hun var også leder av Etikkutvalget i 1990. Den har bestått av amanuensis Kirsti Strøm Bull som skal snakke om samtykke senere i dag - hun er jurist. Av Johan Aarli, professor i nevrologi på Haukeland sykehus i Bergen, av biskop Sigurd Osberg i Tunsberg og av meg. Sekretær var førstekonsulent Aud Nordal fra Statens Helsetilsyn. Vi jobbet i 1 år og 6 mnd. med dette. Vi leste alt vi kom over av rapporter og alt som var skrevet internasjonalt. Vi var på flere studiereiser og forsøkte å finne ut så godt vi kunne hva som egentlig har skjedd på dette området. Noen av problemene våre var at mange av de forsøkene som har vært gjort ikke er skikkelig dokumentert, og oppfølgingen er derfor vanskelig å fastslå.

Da lov om medisinsk bruk av bioteknologi ble behandlet i Stortinget 14. juni 1994, sa helseminister Werner Christie i sitt innlegg at denne utredningen skulle drøftes videre i en stortingsmelding om praktiseringen av abortloven sett i lys av moderne, medisinsk bioteknologi. Arbeidet med denne meldingen er i full gang i departementet, og den skal legges frem i løpet av 1995 - trolig sent på høsten.

Hvor kommer så fostervev fra? Man kan ta celler fra spontant aborterte fostere. De vil som oftest være døde, det vil være fare for infeksjoner, og de har ofte kromosomfeil. Mens krav til fosterceller er at de er friske, levende og fri for infeksjoner. Konklusjonen er at det vev og celler fra provoserte aborter før 12. svangerskapsuke som tilfredsstillte slike krav. Etter at utvalget la frem sin innstilling sto det i januarnummeret av det amerikanske tidsskriftet *Yama*?? en oversiktsartikkel som hadde forsøkt å undersøke i USA fra fem forskjellige fostervevsbanker bruk av vev og celler fra spontant aborterte fostere og fra

svangerskap utenfor livmoren, og det viste seg at det bare var 0,05% som var positivt brukbare for transplantasjoner av disse cellene. Så det vi i praksis snakker om er celler og vev fra provoserte aborter. Hva kan man tenke seg å bruke dette til? Det er delt inn i tre deler i utredningen: Forskningsformål, vaksineutvikling og behandling. Forskningsformål omfatter grunnforskning, fosterutvikling og sykdomsutvikling. Det man vet er at celler fra aborterte fostere kan brukes i mange år. Her i Norge kommer de enten fra Statens Folkehelse - fra aborter i Norge langt tilbake i tiden, eller importeres fra utenlandske firmaer.

Mandatet for arbeidsgruppen sier at de ikke skal se på den nåværende abortloven. Det har vært en rettslig forutsetning for utvalgets arbeid, og dette tror jeg det er viktig å understreke. Mulige anvendelsesområder er, som jeg også nevnte, vaksineutvikling. Vi vet at vaksiner mot rødehunder og rabies må importeres til Norge - Norge produserer ikke vaksiner selv - de er fremstilt på grunnlag av cellelinjer fra aborterte fostere. Så den som velger å si nei til dette - da må man også diskutere om vi skal la være å vaksinere våre døtre mot rødehunder. Alle norske tenåringsjenter får jo tilbud om slik vaksine. I andre land, bl. a. England, fremstilles også vaksine mot meslinger på cellelinjer fra aborterte fostere. I Norge kommer disse vaksinene fra kyllingfostere. Og det har gjort at man i England i fjor høst hadde en stor diskusjon innen den katolske kirke om hvorvidt det var riktig å vaksinere barn mot meslinger. Rabies er jo en fryktelig sykdom som går på dyr og som vi ikke har i fastlands-Norge i dag. Den finnes på Svalbard, men ikke ellers i Norge. Og de som får rabiesvaksine er vetrinærer og personell på karantenestasjoner som kommer i kontakt med dyr som kan være smittet av rabies. Dette for å hindre at vi skal få denne sykdommen i Norge.

Det har i over 20 år vært drevet virusdiagnostikk i norske sykehus som bygger på cellekulturer fra aborterte fostere. I en del tilfeller er dette den eneste måten å diagnostisere viruset på. En del av dere så kanskje fjernsynsprogrammet Schrødingers katt for en uke eller to siden, hvor det fremstod en engelsk parkinson-pasient som hadde fått transplantert fostervev. Og det er jo en av disse sykdommene som man har prøvd på - gjennom en del år - hvor resultatene har variert noe. Man har vel sett bedring av symptomene, men ingen har blitt helt helbredet. Man vet vel ennå ikke hvilken suksess dette vil få i fremtiden. Det har vært prøvet i mange land, men ikke i Norge. Svenskene har hatt flere forsøk, både i Stockholm og i Lund, og holder på fortsatt. Det har vært prøvd på diabetes og det har også vært prøvd på en del sjeldne blod- immun og stoffskiftesykdommer. Men også her varierer resultatene. Det har også vært prøvd på behandling av fostere i mors liv. Og det har vært veldig sjeldne sykdommer, og har bare vært gjort et fåtall på verdensbasis hittil. Noen få i Frankrike, ett i USA og tre i Sverige hvorav ett norsk foster som fikk stor mediaomtale etter møteleders fjernsynsprogram i april -93. Også her er det varierende resultater. På det lille norske barnet som ble sendt til Huddinge har vel ikke behandling i seg selv vært vellykket, og det som gjør at barnet i dag overlever er så vidt vi vet at det har fått en rekke blodtransmisjoner etter fødselen. Og all denne transplantasjonen er eksperimentell behandling. Det er

ikke tatt i klinisk bruk noe sted i verden.

Det er i dag ingen som vet hvilken betydning dette kan få i fremtidens medisin. Derfor tenker man alternativer. I NOUen drøfter vi forskjellige muligheter. Genterapi er vel det som kanskje i fremtiden vil kunne avløse denne behandlingsformen. Man tenker futale celler kombinert med genterapi, man snakker om xenotransplantasjon (vev og celler fra dyr), for enkelte alvorlige, arvelige sykdommer vil det kunne være aktuelt med preimplantasjonsdiagnostikk og sæddonasjon. Enkelte skeptikere sier at fostervev trolig bare vil være en prarentes i medisinenes fremtid. Og det er ingen som vet hvilken klinisk nytte det vil få. Man tror at det på sikt vil erstattes av ny teknologi, og det er meget usikkert i dag i hvilke utstrekning dette vil bli benyttet i fremtiden.

Et av de sykehusene som har jobbet mest med dette i norden er Huddinge sykehus i Stockholm. De har da jobbet med transplantasjon fra foster til foster. Utvalget har valgt som en ren illustrasjon å presentere hvilke prosedyrer de har lagt til grunn. Avgjørelsen om abort skal være tatt på forhånd, og forespørselen rettes dagen før abortinngrepet. Og det opplyses til kvinnen at vevet skal brukes til å helbrede syke fostere. Hvilke kvinner får så dette tilbudet? Jo, de har følgende kriterier: Kvinnen skal være over 18 år, hun skal ha god helsetilstand, hun skal ha en graviditetslengde med mellom 6 og 12 uker, hun skal ikke ha språkvansker og ikke være rusmisbruker. Dessuten velger en heller ikke kvinner fra en del afrikanske land på grunn av faren for infeksjoner. Når vi har gått så nøye inn på prosedyren fra Huddinge, er det fordi at det er de som faktisk har best erfaring. I innstillingen blir det understreket at det er ment som en illustrasjon og på en måte som man også kan bruke i Norge dersom det skulle bli aktuelt her. Man overlater fostervevet til en fostervevsbank for å lage en adskillelse mellom de som henter vevet og de som avgir det. Kvinnen kommer tilbake 3-4 uker etter abortinngrepet for å avgi blodprøve, der hun på nytt ble bedt om samtykke. Hvis ikke blir fostervevet heller ikke brukt. På Huddinge var det i 1993 1 200 abortsøkende kvinner. Av de ble - på grunnlag av de kriteriene jeg nevnte - 152 spurt om de ville avgi fostervev til behandling av syke fostere. Av disse avga 105 kvinner samtykke. For de typer behandlinger som Huddinge ønsker å tilby, er det bruk av leverstamceller. Og hos 61 av disse 105 lyktes det å finne slike celler, og av de var det normale celler hos 57 og det ble avgitt nytt samtykke av 46 som er brukt eller frosset ned på Huddinge.

I vårt mandat inngikk det også å diskutere etiske problemstillinger ved dette. Og det er jo klart at synet på provosert abort vil avdekke en forskjell i synet når det gjelder bruk av celler og vev fra aborterte fostere. Det ser vi også på debatten i Sverige. Svenskene har jo både drevet med parkinson fra 1987 og senere disse transplantasjonene på Huddinge, og har hatt en omfattende, svensk debatt. Svenske myndigheter la frem en SOU (tilsvarende vår NOU) i 1991 som har vært ute på stor høring i Sverige. Det svenske sosialdepartementet har jobbet i en del år med lovgivning. Man valgte å legge den i skuffen i den tiden man hadde en borgerlig flerparti-regjering, men de har nå tatt den frem igjen og vil i løpet av våren legge frem en ny lov som regulerer dette i Sverige. I Sverige har man valgt

å ta utgangspunkt i den eksisterende transplantasjonsloven, og anbefalingene som kommer i loven fra regjeringen følger veldig de forslagene som vi har i vår egen NOU. Motstanden i Sverige har stor sett - som i Norge - vært reist fra anti abort organisasjoner og fra Kirken. Så det er det samme mønsteret vi ser, og det ser vi også i andre land.

Hvilke etiske problemområder har vi omhandlet i NOUen? Vi har vurdert hva som er forsvarlig bruk, vi har vurdert hvilke begrensninger vil skal legges til grunn, vi har vurdert dette med dyreforsøk. All medisinsk forskning bygger på dyreforsøk. Krysser man over en utilbørlig grense når man tar vev fra aborterte fostere og setter inn i et forsøksdyr? Utvalget mener nei, fordi at det ikke skjer noen endring av dyrets arveanlegg. Vi diskuterer beslutningsprosess og krav om samtykke. Om dette med fostervevsbank, altså for å sikre hildet beslutning om anvendelse og håndtering under reservasjonsrett av samvittighetsgrunner fra helsepersonell.

Hvilke konklusjoner trakk så utvalget? Den eksisterende abortloven ligger til grunn men vi har vært opptatt av at celler og vev fra aborterte fostere ikke på noen måte må fremskaffes i den hensikt å skaffe materiell til forskning, diagnostikk eller behandling. Og at bruk av celler fra aborterte fostere ikke på noen måte må føre til at det abortforebyggende og svangerskapsforebyggende arbeidet trappes ned. Stortinget bevilger jo 20 millioner kroner til dette arbeidet hvert år.

Hva ønsker utvalget at celler og vev fra aborterte fostere skal kunne brukes til? Jo, vi sier til medisinsk forskning, herunder vaksinefremstilling og diagnostikk, og til transplantasjon ved alvorlig sykdom - bare der hvor det ikke foreligger andre behandlingsalternativer eller hvor tidlige behandlingsformer har hatt begrenset effekt. Celler og vev fra aborterte fostere kan ikke brukes til forskning eller diagnostikk dersom det finnes andre, likeverdige metoder.

Vi har vært opptatt av at feltet bør lovreguleres. Slike regler finnes ikke i dag. Vi sier at bruk av eggstokkvev fra aborterte fostere - som det har vært en stor diskusjon om bl. a. i England fordi man tror at man rent teoretisk kan gjøre dette - det ønsker vi å forby i tråd med forbud om eggdonasjon som finnes i lov om medisinsk bruk av bioteknologi. Vi ønsker at all bruk skal godkjennes av myndighetene - både forskning, import og eventuell bruk til behandling av mennesker. Alt skal godkjennes, og ved det får man offentlig kontroll og åpenhet. Eventuelt etter råd fra et særskilt utvalg. Utvalget har ikke tatt standpunkt til hvilket utvalg. Det er nevnt tre alternativer; enten Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin, de fem regionale forskningsetiske komiteene for medisin eller Bioteknologinemnda.

Skal kvinnen gi samtykke til bruk? Har hun frasagt seg eiendomsretten til fosteret ved at hun selv har ønsket abort? Dette var et emne vi diskuterte lenge i utvalget, og som Kristi Strøm Bull vil snakke nærmere om. Kort om konklusjonene: Vi mener at kvinnen bør avgi informert samtykke, og at et samtykke skal innhentes etter at beslutningen om svangerskapsavbrudd er tatt.

Kvinnen som avgir fostervevet skal ikke kunne bestemme til hvilken person eller hvilket formål fostervevet skal kunne benyttes. Det skal ikke være noen form for kontakt mellom den kvinnen som avgir fostervevet og mottakeren. Dersom en kvinne avgir fostervev vil hun ikke få opplyst om hvorvidt vevet blir benyttet eller ikke. Det skal etableres en fostervevsbank som skal være et fysisk skille og et mellomledd mellom abortvirksomheten og en eventuell bruk av fostervevet. Vi tar ikke standpunkt til hvor slike fostervevsbanker skal opprettes eller hvor mange, men sier at også opprettelse av en slik bank vil kreve godkjenning av helsemyndighetene. Jeg nevnte reservasjonsrett. Det foreslår vi også her - for vi ser jo tilknytningen til abortspørsmålet, og det er den samme regel som står i den nåværende abortlov. Dersom et menneske får tilført fostervev skal vedkommende informeres om dette. Og vi ønsker også å forby all kommersiell bruk av celler og vev fra aborterte fostere.

Jeg vil avslutte med å spørre om bruk av fostervev motiverer til abort. Det har vært reist som kritikk mot utredningen fra flere hold. Det vi sier i innstillingen - og det tror jeg kanskje det er veldig viktig å slå fast på en dag som 8. mars - er at spørsmål om abort for de fleste kvinner er en vanskelig og tung avgjørelse, som tas på bakgrunn av livsomstendigheter, ikke på grunn av generell kunnskap om mulig bruk av fostervev. Og vi tror ikke i utvalget at dette vil påvirke avgjørelsen om svangerskapsavbrudd.

ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?

Konsulent Bodil Stenslet, For livsrett og menneskeverd

Takk til bioteknologinemnda fordi de arrangerer dette viktige møtet, der vi fra hvert vårt ståsted kan få belyse og drøfte de uhyre vanskelige problemstillinger som dagens tema reiser.

Vi er glade for at For Livsrett og Menneskeverd, som en tverrkirkelig bevegelse, med formål å verne om livet fra befruktning til naturlig død, er invitert til å komme med sine synspunkter på utredninger om bruk av celler og vev fra aborterte fostere. Og de sentrale spørsmål ved utredningen er om det er etisk forsvarlig å anvende fostervev etter provoserte aborter ved dagens abortpraksis.

Historisk tilbakeblikk

FLM har engasjert seg i debatten om bruk av fostervev helt siden 1987. På bakgrunn av opplysninger fra Sverige om at man der ville ta i bruk vev fra

abortfostere i behandling av sykdommer, bl.a. parkinsons sykdom, gikk vi ut med en uttalelse der vi tok sterk avstand fra dette. Begrunnelsen var at det ufødte barn i følge abortloven var fullstendig uten rettsbeskyttelse i de 12 første ukene av svangerskapet. Følgelig ville de lovregler som vi har for transplantasjon og obduksjon ikke ha aktualitet. Et foster måtte først gis status som menneske, og det ville måtte føre til at abortloven i sin inkonsekvens ble avslørt.

"FLM vil gå inn for at det snarest må komme et regelverk som forhindrer bruk av abortfostere i medisinsk behandling. Ellers er vi redd for at praksis etableres for de etiske sider er gjennomdrøftet", het det i vår uttalelse fra 1987.

Debatten kommer på etterskudd

Vi fikk rett i vår bekymring. Det viser seg at debatten kommer på etterskudd. Som på så mange andre områder innen bioteknologien, har forskerne gått foran, og lovgivere kommet etter for å prøve og regulere en virksomhet som er kommet godt i gang.

Etikkutvalget, som i 1990 la fram meldingen om Mennesker og Bioteknologi, pekte også på at det er vanskelig å få en meningsfull debatt om etablerte rutiner som ikke lett kan endres. Mindretallets konklusjon avspeiler dette dilemma. I spørsmålet om bruk av fostervev fra **spontanaborterte** fostere i virusdiagnostikk, mener utvalgets mindretall at dette er etisk betenkelig, selv om dette har foregått i en årrekke. De ønsker ikke å tillate ytterligere bruk av spontanaborterte fostere til cellekulturer, men aksepterer at cellekulturer som er i bruk idag, fortsatt benyttes.

Arbeidsgruppens innstilling

Så til NOU 1994:22, der jeg vil gripe fatt i noen viktige punkter i arbeidsgruppens innstilling og kommentere dem.

Definisjonen av det foster

Med foster forstår arbeidsgruppen alle stadier av fosterutviklingen **fra det er festet i livmorens slimhinne** og fram til fødselen. I tiden fra befruktningen i egglederen og de dagene det tar for det nyskapte liv å feste seg i livmoren, ca. 7 dager som det står i utredningen, bruker gruppen betegnelsen befruktet egg. Dette kunstige skille. Det er ved befruktningen det hele skjer, da dannes det selvstendige, unike individ med hele sin genetiske kode. Celledelingen begynner straks, fosteret er ikke avhengig av livmoren for å starte på sin utvikling i disse første dagene. Rådet for medisinsk forsknings etikkutvalg sa det slik i sin utredning: Forskning på fostere 1990: *- utviklingen fra befruktning til fødsel er en kontinuerlig prosess. Med foster forstår derfor utvalget alle stadier av fosterutviklingen; fra sammensmeltningen av egg- og sædcelle til gjennomgått fødsel.* Prof. Dag Helland bekreftet det samme på vår konferanse om mennesker og bioteknologi i ja. -93: *Som biolog går det ikke an å komme utenom at fosteret begynner etterat eggcelle og sædcelle smelter sammen. Det befruktede egg har*

full status og fullverdig livsrett.

Også gjeldende abortlov sier at legen ved beregning av svangerskapets varighet, må ta hensyn til en rekke faktorer, herunder beregnet tidspunkt for befruktning. Paradoksalt nok er det bare det befruktede egg som i dag har et visst rettsvern. Riktignok bare når det befinner seg utenfor morens kropp. Odelstinget sa jo i fjor nei til forskning på befruktede egg. Andre steder i utredningen velger arbeidsgruppen andre betegnelser på et foster. På side 57 står det f.eks.: *Bruken av fostervev berører den private sfære, og det er derfor ønskelig også med en privat kontroll. Kvinnen som **abortmaterialet** stammer fra er her den nærmeste til å utøve kontroll.* Fosteret omtales også som abortmateriale i kapitlet om sykehusenes håndtering av aborterte foster. En slik språkbruk er med og krenker fosterets menneskeverd, og reduserer det til en ting som kan behandles deretter.

Dødsbegrepet

For at fostervev skal kunne brukes innen forskning, diagnostikk og behandling, er man i de fleste tilfeller avhengig av at fostercellene er levende. Transplantasjonsloven legger hjernedødskriteriet til grunn for diagnosen død. Arbeidsgruppen anfører at det finnes ikke tilsvarende bestemmelser som regulerer hvordan man skal fastslå at et foster er dødt. Ved de fleste provoserte aborter dør fosteret under selve inngrepet og er **ikke intakt**. Dette gjør at det da ikke er relevant å definere et dødskriterium. Den definerer at et **intakt** foster er dødt når det ikke puster og når hjertet ikke slår. Dersom det er aktuelt å benytte celler og vev fra et intakt abortert foster, bør døden fastslås av to leger! Hvorfor denne kunstige skjelningen mellom et foster som er blitt maltraktert gjennom vakuumsug eller aborttang, og et såkalt intakt foster som fødes fram etter prostaglandinbehandling? Det er jo det samme ufødte barnet som har fått avbrutt sitt liv.

Arbeidsgruppen henviser også til transplantasjonsloven, men finner den ikke direkte anvendelig, fordi den gjelder vev og organ som tas fra **person**. Et foster er ikke en person i juridisk forstand, person blir det først ved fødselen. Men det kan være naturlig å anvende transplantasjonslovens regler analogt **så langt de passer**, heter det. Her avslører gruppen til fulle hvilket uføre en kommer ut i med en abortlov som har gjort fosteret fullstendig rettsløst. I sin definisjon av dødsbegrepet for et foster tar gruppen etter min mening utgangspunkt i en hensiktsmessighets-etikk. Med rette reagerte Den norske legeforenings råd for legeetikk slik i 1989, med bakgrunn i den praksis som var etablert i Sverige.

Bruk av hjernevev fra foster er ulovlig, det er hjernedødskriteriet som er hinderet, mente rådet. Det er ikke holdbart å si at cellene lever, men at organet er dødt. formannen i Rådet, overlege Pål Hartvig, uttalte til Vårt Land dengang at saken rokket ved rettsstillingen til fosteret. Det er ikke utenkelig at nyere medisinsk forskning vil tvinge fram en ny runde om hele abortloven eller deler av den, sa han. Og det fikk han jo rett i.

Begravelse av foster

Når det gjelder håndtering av aborterte fostere, skiller også arbeidsgruppen mellom et foster som er intakt og et som er revet istykker mekanisk. Sitat: *Med de metoder som anvendes ved provosert abort før 12. svangerskapsuke, foreligger det ikke etter aborten et helt, intakt levende foster. Celler og vev blir vanligvis destruert som biologisk sykehusavfall. Arbeidsgruppen finner det mer forsvarlig å tillate bruk enn å destruere.*

Det vises til ulik praksis ved sykehusene, de fleste behandler "abortmaterialet" som biologisk avfall, mens noen legger det i en felles grav. Et intakt foster derimot, har større mulighet for å få en verdig behandling etter sin død. Dette synes arbeidsgruppen å akseptere, og ta konsekvensen av i sine konklusjoner. Men hvilken logikk er det i dette? Ville de argumentert slik dersom det var et født menneske som var blitt maltraktert til det ukjennelige ved f.eks. et flykraj?

Det er unektelig paradoksalt når en av arbeidsgruppens medlemmer, Sigurd Osberg, bruker denne argumentasjonen. Som leder av bispemøtets abortutvalg gikk han inn for at kirken skulle arbeide aktivt for å gjøre de nye bestemmelsene om gravferd for dødfødte og spedbarn kjent, og oppfordre til gravferd. Disse nye bestemmelsene åpner for gravferd uansett antall uker på fosteret. Både av respekt for fostrets menneskeverd, og av hensyn til foreldre og helsepersonell, vil kirken arbeide for å få en verdig markering av at et liv er avsluttet.

Folketrygden dekker utgiftene til gravferd uten vilkår om minste svangerskapstid. Dette er med og understreker at fosteret har samme menneskeverd gjennom hele svangerskapet.

Nå har også leger og prester ved sykehus tatt initiativ for å få en oversikt over rutiner og praksis ved landets sykehus når det gjelder gravlegging av fostere. Bispemøtets abortutvalg fikk opplyst at ved bl.a. Rikshospitalet og Aker sykehus ble alle aborter, uansett tidspunkt de ble foretatt på, lagt i en felles grav på Østre gravlund. Ingen fostere ble destruert.

De skal jo kastes likevel, var helseministerens argument for å forske på overtallige befruktete egg. Nå hører vi den samme argumentasjonen igjen. Det er trist at neste 15 000 fostere aborteres hvert år. Men nårddet allikevel skjer, er det bedre å bruke fostrene som råstoff i livets tjeneste enn å kaste dem. Det dreier seg utelukkende om å ta vare på verdifullt vev som ellers ville ha blitt destruert, presiseres det på side 59 i utredningen.

Behovet vil øke

Arbeidsgruppen peker på det dilemma at det trenges store mengder vev for å foreta en transplantasjon. Ved behandling av parkinsons sykdom trenges seks friske fostere for hver transplantasjon. Dette innebærer at metoden, dersom den utvikles til praktisk behandling, vil kunne kreve et betydelig antall fosterceller, heter det. All erfaring tilsier at bruken vil øke, i neste omgang kommer det gjerne nye sykdommer og tilstander som kan helbredes med celler og vev fra fostere. Det er et fromt ønske, men ikke særlig realistisk, når det hevdes at det

svangerskaps- og abortforebyggende arbeid ikk emå trappes ned, og at disse behandlingsmetoder vil bortfalle dersom tallet på provoserte aborter synker sterkt.

Parkinsonforbundets sterke uttalelse på s. 63 om at *disse etiske betenkelighetene vil ganske snart drukne i et massiv krav*, burde få mange bjeller til å ringe. Vi må ikke innføre en behandlingsmetode som er avhengig av et så stort onde som provosert abort.

Reservasjonsrett / holdninger til abort

Arbeidsgruppen har prisverdig nok foreslått at helsepersonell bør ha anledning til å reservere seg mot å delta i forskningsprosjekter hvor denne type vev benyttes, samt å utføre eller assistere ved eventuell transplantasjon av fostervev. De begrunner det med at for **en del mennesker** vil holdningen til bruk av celler og vev fra aborterte fostere ha nær sammenheng med deres holdninger til abort. Her er vi ved sakens kjerne og jeg tror at gruppen har feilberegnet sitt publikum når de mener dette kun gjelder en del mennesker. Jeg tror langt de fleste reagerer. Som overlege dr. med. Reidar Harket i en kronikk i Aftenposten nylig så treffende uttrykte det: *Har man tatt livet av et menneske, har man tatt nok. Han peker på at skillet går mellom dem som hevder at fosteret på dette stadium er en velorganisert celleklump, rett nok speiell, med nese, munn og ører, med stor lever og et bankende hjerte - men likevel uten menneskelig identitet, og de som mener at dette foster er et lite menneskebarn under dannelse i Skaperens bilde, avlivet av grunner samfunnet ikke bryr seg om å vite - dog de fleste av dem barn av frisk mor i et sykt samfunn.*

Etiske refleksjoner

Arbeidsgruppen har gått gjennom de etiske problemer ved bruk av fostervev, og har beskrevet disse i forhold til både den konsekvensetiske og den pliktetiske modell. Sitat fra s.51: *Både plikt og konsekvens må trekkes inn i sysnfeltet. Etter den pliktetiske modell er det ikke tilstrekkelig bare å spørre etter hvorvidt konsekvensene av en handling kan sies å være gode. Handlingen i seg selv må være forsvarlig i utgangspunktet. En anvendelse kan således være etisk forkastelig selv om konsekvensene kan sies å være gode.* Sitat slutt. Det arbeidsgruppen **ikke** har gjort, er å gå grundig inn på de premisser som må høre med i en etisk prøving. De etiske premisser er for det første de **normpremisser** som den etiske refleksjonen bygger på, f.eks. er en pliktetisk modell helt avhengig av hvilket **normgrunnlag** en har som utgangspunkt. Videre må den etiske prøvelse ta utgangspunkt i de faktapremisser som er betydelige for det angjeldende område. I denne sammenheng, med både normpremissene og faktapremissene, kommer en ikke utenom å fokusere på menneskesynet. Både teologisk og medisinsk har mennesket egenverdi fra unnfangelsen.

Arbeidsgruppen trekker også til sammenligning inn eksempler fra medisinske eksperimenter i konsentrasjonsleire under annen verdenskrig. *Denne virksomheten foregikk under omstendigheter som var forkastelige*, heter det.

Men arbeidsgruppen finner ikke å kunne trekke denne parallell ved anvendelse av fostervev. *For, sies det, selv om det finnes kritiske røster til vår nåværende abortlov, og det finnes en utbredt uro over de høye aborttal, foreligger celler og vev som en konsekvens av en **legal prosedyre!*** Denne argumentasjonen holder ikke. En virksomhet blir ikke etisk holdbar bare fordi den er innenfor en nasjons lovverk, det har vår tid nok av grelle eksempler på. Den legale prosedyre det her pekes på, er jo den rettsløse tilstanden for det ufødte mennesket.

Arbeidsgruppen sier at anvendelse av abortvev må kunne begrunnes ut fra "alment aksepterte normer i vårt samfunn". Men de gir jo sin tilråding på tvers av alle høringsuttalelsene til NOU 1991:6 "Om mennesker og bioteknologi." Av de 22 uttalelser som er referert, er 16 imot, 2 er for og 4 uttaler seg ikke direkte. Kan en i det hele snakke om alment aksepterte normer i et samfunn hvor hvert 5. barn tas av dage før det blir født?

Det må dessverre sies at arbeidsgruppen ikke har gått i dybden i sine etiske refleksjoner, men ender i den legale prosedyre som etisk normgrunnlag. Derfor blir også deres konklusjon at:

Selv om man har en restriktiv holdning til provosert abort, må anvendelse av fostervev vurderes mot den grunnleggende etiske forpliktelse å hjelpe mennesker og helbrede og lindre sykdom.

At hensikten helliger middelet, har vel til nå vært ansett for å være heller tvilsomt som legitimeringsgrunn. Å berge liv er etisk høyverdig, men ikke for enhver pris.

Det arbeidsgruppen i sin ytterste konsekvens sier er at en i første omgang tar liv for så å berge liv. Når det videre vises til at det allerede forekommer uregulert praksis på området, er det intet argument for å legalisere virksomheten. Da ser en helt bort fra den normative kraft en lov har. Det som er lov, er rett.

Vi står foran en rivende utvikling innenfor bioteknologien. Vi befinner oss på en sklie som vi ikke kan skue konsekvensene av, hvis vi nå også åpner for bruk av aborterte fostere.

Stortinget sa i fjor nei til forskning på nyskapt foster. Det gir håp. Med dette ga stortingsflertallet til kjenne at de ville verne om menneskeverdet til det nyskapt livet. I utredningen vi skal drøfte, er fosteret blitt "tingliggjort", blitt til biologisk avfall, og dets menneskeverd er problematisert. Hensiktsmessighetsetikken har tatt overhånd. Vi må være villige til å akseptere at sykdom, smerte og lidelse er en del av livet.

Konklusjon

Min konklusjon vil derfor være:

- Et foster er, fra befruktning til fødsel, et ufødt menneske med egenverdi og samme menneskeverd som det fødte.

- Det døde fosteret har krav på en verdi behandling/gravlegging.
- En lov som åpner for bruk av celler og vev fra aborterte fostere er etisk forkastelig.
- Medisinsk bruk av fostervev fra spontanaborterte fostere må omfattes av samme lovverk som gjelder for det fødte menneske (transplantasjons- og obduksjonloven).

ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?

Kommentar fra avd. overlege Brit Standnes, Norges Parkinsonforbund

Jeg må først få lov til å si takk for invitasjonen til å komme hit. Jeg synes det er et utrolig viktig emne som blir tatt opp her i dag, og den debatten som vi starter her i dag vil sikkert leve ganske lenge. Jeg arbeider ellers i en vanlig klinisk, nevrologisk avdeling og har til daglig mye å gjøre med parkinson-pasienter. Jeg har tenkt først å si litt om parkinson sykdom og den behandling vi har for sykdommen i dag, og så gå videre til dagens egentlige tema.

Hjernen er i prinsippet bygget opp som et ufattelig stort og komplisert kommunikasjonssystem hvor hjernecellene til en hver tid samtaler med tusenvis av andre hjerneceller. Nerveimpulsen løper som en elektrisk bølge gjennom den enkelte hjernecelle, og mellom cellene finner vi spesialiserte organer, *synapser*, hvor signalstoff frigjøres og bringes videre til neste celle slik at det startes opp en ny, elektrisk impuls der. Det finnes en rekke forskjellige slike signalstoffer, og ett av dem er *dopamin*. Dopaminen produserer blant annet i cellene i *substantia nigra*, hjernestammens sorte cellegruppe, og er nødvendig for at viljestyrte bevegelser skal komme til uttrykk. Viljestyrte bevegelser startes opp i hjernebarken, men er fullstendig avhengig av et komplisert samspill mellom en rekke nerveceller i lillehjerne, i *basalgangliene*, altså i *substantia nigra*.

Parkinson sykdom er en kronisk hjernesykdom som medfører stadig økende sjelving, stivhet og manglende bevegelseevne i muskulaturen inntil total invaliditet. Dette bildet er fra en vel 100 år gammel publikasjon om parkinson sykdom, og jeg er sikker på at mange av dere kjenner denne personen - har møtt ham i levende live. Diagnosen er lett å

stille i uttalte tilfeller. Som nevrolog kan en ofte stille diagnosen i det en passerer pasienten på gaten eller hører stemmen i telefonen. Parkinson pasientene er ofte deperimerte. De er på en måte fanger i sin egen kropp, lagt i lenker av en muskulatur som ikke lyster viljen. James Parkinson beskrev sykdomsbildet i 1817. Han var ikke bare lege i Londons bedre arbeiderstrøk, han var også en ivrig geolog og skrev i geologiske tidsskrifter, og han var sterkt opptatt av skjevheter i samfunnet på sin tid. Han deltok med glød i samfunnsdebatten og talte sine pasienters sak. Han ville sikkert med stor iver ha gjort sine synspunkter gjeldende i dagens møte.

Vi kjenner ikke årsaken til parkinson sykdom. Den er ikke arvelig. Bakgrunnen for symptomene er enkelt sagt at *substantia nigra* slutter å produsere signalstoffet *dopamin*. Da man oppdaget dette på slutten av 1950-tallet, trodde man at grunnlaget var lagt for en effektiv behandling av parkinson sykdom på linje med å gi insulin for diabetes. Men så enkelt var det dessverre ikke. Den medikamentelle behandlingen av parkinson sykdom følger i dag to hovedprinsipper; enten gir vi et forstadium til *dopamin*, et forstadium som kroppen evner å ta opp og som øker dopaminmengden i hjernen, eller så kan vi stimulere reseptorene for *dopamin* med andre stoffer som likner på *dopamin* og som gir en tilsvarende effekt. Medikamentene vil gjerne raskt føre til at pasienten blir bedre, men etter hvert blir det nødvendig å øke dosene. Ett av medikamentene som brukes kan muligens i tillegg bremse opp utviklingen av sykdommen noe. I gjennomsnitt kan vi si at pasientene får ca 5 ekstra gode år med medikamenter i forhold til sykdommens naturlige utvikling. Behandlingen er imidlertid ikke uten etiske betenkeligheter. Vi vet at mange av pasientene på lengre sikt vil få bivirkninger som gjør deres tilværelse nokså besværlig. Disse senbivirkningene kan være svært vanskelige å takle. Det finnes også kirurgiske metoder som kan lindre noen av symptomene ved parkinson sykdom. En ødelegger da visse grupper av celler i hjernen, og kan på denne måten redusere skjelvingen. Enkelte steder har en også begynt med stimulerende behandling mot hjerneceller i stedet, noe som muligens vil vise seg å være mer hensiktsmessig enn de destruktive inngrepene. Hverken den medikamentelle eller den kirurgiske behandlingene kan stoppe sykdomsprosessen som uopphørlig, men med forskjellig fart hos de forskjellige pasienter, skrider frem.

De forsøkene som har vært gjort på å transplantere dopaminproduserende vev inn i hjernen til parkinsonpasienter, representerer en helt ny måte å tenke på. Kanskje kan levende dopaminproduserende celler erstatte de døde cellene i *substantia nigra*. Kanskje står vi på terskelen til en æra som kan befri parkinsonpasienten, ikke bare fra en del symptomer, men for selve sykdommen. De første transplantasjonsforsøkene var transplantasjon av eget binyrevev til hjernen. Binyrevev produserer også dopamin. Disse forsøkene så i utgangspunktet lovende ut, men ble

allikevel ingen suksess. Det siste man har forsøkt på - på forsøksdyr - er å transplantere genmanipulerte hudceller i forsøksdyr som har fått induisert en parkinsonliknende tilstand. Dette ser også lovende ut. Men slike forsøk er foreløpig ikke gjort på mennesket.

Transplantasjon av dopaminproduserende hjerneceller fra aborterte fostere har blitt gjort hos et begrenset antall pasienter med parkinson sykdom, bl. a. i Sverige. Denne behandlingen gir en bedring av symptomene, men ingen helbredelse av sykdommen. Pasientene må fortsatt ta medikamenter og blir ikke friske. Det er satt i gang en viktig undersøkelse i USA med tanke på å kartlegge mer nøyaktig hvilken effekt en slik behandling har. Foreløpig er erfaringene med metoden så sparsomme at det er vanskelig å forutsi hvilken plass behandlingsmetoden vil kunne få. Rent kirurgisk er metoden enkel. Med basis i moderne billeddiagnostikk kan en regne ut koordinater og ved hjelp av en ramme festet til hodet plassere transplantatet der en ønsker det i hjernen. Komplikasjonsrisikoen er lav. Det er denne siste metoden vi diskuterer her i dag. En metode som altså virker lovende for parkinsonpasienter, men som foreløpig er på et forsøksstadium. Metoden har hittill ikke vært forsøkt benyttet i Norge. På grunn av særegne immunologiske og vekstbiologiske forhold er fostervev spesielt godt egnet til transplantasjonsformål. Så langt vi kan se i dag er fosteret den eneste mulige donor av hjernevev og hjerneceller. Hjernevev fra spontanaborterte fostere kan i prinsippet ikke brukes fordi dødsprosessen har kommet for lang. Provoserte aborter vil imidlertid kunne donere levende hjernevev, selv om fosteret er dødt - det vil si at det ikke puster og hjertet ikke slår.

Transplantasjonsmedisinen har for alvor utviklet seg de siste 30 år. Vi har i Norge gode lovregler på transplantasjon, men fosteret står i en særstilling som organdonor, og var ikke i fokus for vel 20 år siden da transplantasjonsloven var under utarbeidelse. Det er derfor nødvendig å få lovregler som omhandler også fosterets status som organdonor. Lovreglene må også sikre at beslutningen om svangerskapsavbrudd er tatt før spørsmålet om bruk av fostervev bringes opp. Behovet for fostervev må aldri bli et motiv for å foreta svangerskapsavbrudd. Det foretas i Norge ca. 15 000 provoserte aborter pr. år. Jeg har tillit til at de kvinnene som velger å be om svangerskapsavbrudd gjør dette etter en grundig overveielse og fordi de ser på det som den eneste mulige løsning på en for dem ellers uløselig situasjon. De gjør det innenfor rammen av norsk lov som har fastslått at den gravide kvinne er den beste til å vurdere sin egen situasjon. For alle som vurderer å be om svangerskapsavbrudd er valget vanskelig. For de fleste vil jeg også tro at det er et etisk dilemma. Ingen ønsker i utgangspunktet å be om å få foretatt et svangerskapsavbrudd. Det er derfor svært viktig å fortsette arbeidet for å redusere antall uønskede svangerskap, og dermed antall svangerskapsavbrudd. Under disse gitte betingelser synes jeg det er riktig

å betrakte fosteret som en verdifull organdonor på linje med en født person. Jeg tror aldri at muligheten for å bruke en abort til positive formål vil kunne ha avgjørende vekt på det valg den gravide kvinnen tar. Etter mitt syn må kvinnen gi sitt samtykke før fosteret kan brukes som organdonor. Kvinner som ikke ønsker å gi sitt samtykke til organdonasjon har krav på den største respekt. Det må i utgangspunktet presiseres at også et slikt standpunkt er etisk høyverdig.

I mitt møte med parkinsonpasienter og deres pårørende møter jeg ofte spørsmålet om hvor langt forskningen har kommet når det gjelder å finne en bedre behandling for sykdommen de lever med 24 timer i døgnet. Media presenterer implantasjon av fostervev i hjernen som en mulighet. Det er derfor svært mange pasienter og pårørende som har kjennskap til metoden. Parkinsonistene ser på de forsøkene som har vært gjort som svært interessante. Bare én av mine mange pasienter, en snart 80 år gammel kvinne, tar på etisk grunnlag avstand fra metoden. Jeg synes dette kan tjene som en antydning av hvordan problemstillingen vurderes av publikum - i allefall av de som har parkinson sykdom.

Det er ingen holdepunkter for at transplantasjoner av denne art vil påvirke mottakerens personlighet eller på annen måte endre storhjernens funksjon utover det å gjenvinne bedret mulighet for viljestyrt kontroll av bevegelser. Dersom metoden blir aktuell som behandling hos oss, mener jeg at det er viktig at de etiske aspekter av behandlingen gjennomgås nøyaktig med den enkelte pasient, slik at pasienten selv får anledning til å gjøre seg opp en mening før han eller hun tar beslutningen om å motta tilbudet. Åpenhet om disse problemstillingene er nødvendig og viktig. I den medisinske hverdag møter vi stadig på etiske dilemmaer. Disse blir særdeles påtrengende når de inkluderer vår makt i forhold til det ufødte liv. Vi må stå i disse dilemmaene og vi må gjøre våre valg. Mitt standpunkt er at det er etisk forsvarlig å bruke fostervev i behandlingen av parkinson sykdom dersom den videre forskning viser at gevinsten er god nok.

James Parkinson så for seg muligheten av at man en dag - og han sier til og med ganske snart - vil finne en remedie som vil kunne stoppe utviklingen av sykdommen som han kalte "the shakeing p..sie. Han hadde vel neppe implantasjon av fostervev i tankene. Parkinson var en omsorgsfull lege, en arbeidssom vitenskapmann og en klok person med en for sin tid særdeles velutviklet sosial samvittighet. Jeg skulle gjerne hatt anledning til å lytte til hans standpunkter her i dag.

ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?

Kommentar fra generalsekretær Ingrid Vad Nilsen, Norges Kristne Råd

Er fostervev og abort to sider av samme sak?

Det er selvfølgelig en åpenbar sammenheng fordi det ene bygger på det andre. Samtidig vil jeg rope et høyt nei til å kople to etiske dilemmaer på den måten utredningen legger opp til.

Man tar utgangspunkt i at det uansett syn på abort vil eksistere provoserte aborter og da kan man like godt bruke fosteret til å redd/forbedre andres liv.

Altså: Uavhengig av om man mener abort er etisk legitimt eller illegitimt, kan man etisk forsvare en bruk av "avfallet", det aborterte fosteret. Denne koplingen er grei nok som et postulat: Vi ønsker alle at medisinsk forskning skal tjene livet og hvis vi ikke er prinsipielt mot enhver provosert abort - så må vi godta at fostervev blir brukt til å redde liv. Konsekvensene av handlingen er gode, men etikken må våge å gå bakenfor denne enkle og kortsiktige nytteverdifunksjonen.

Og bakenfor dette resonnementet ligger det etter alt skjønn en farlig tenkemåte. Tenkningen omkring menneskeverdet i vår kristne og human-etiske tradisjon innebærer at ethvert menneske er et mål i seg selv. Det kan ikke være et middel for noe annet. (Sitat fra Kants kategoriske imperativ.)

Fostervev betyr at et fosterets mulighet for liv ikke betraktes som et mål i seg selv, men brukes som et middel for noe annet, som leverandør for andre mennesker. Dette er et brudd på grunnleggende tekning om menneskeverd og viktige medisinske og forskningsetiske prinsipper. Vi åpner for en gradering av menneskeverdet som ikke tar vare på den svakeste part. Dette kan føre til en avhumanisering av samfunnet som er langt alvorligere enn den kortsiktige nytteverdien av fostervevet.

Vi har et eksempel fra vår etiske historie i Nürnbergprosessene. Kunnskap i seg selv kan være god og i menneskehetens tjeneste, men hvis den er framkommet på en etisk uforsvarlig måte, må vi velge å si nei til å bruke kunnskapen.

I utredningen sier utvalget at de ikke finner en avgjørende etisk fordring som tilsier at fostervev ikke kan anvendes. Samtidig innrømmer de helsepersonell adgang til å reservere seg mot å være med på inngrep med

bruk av abortert fostervev. Slik viser utredningen selv noe av de etiske dilemma. Dersom det er anledning til å reservere seg, må dilemmaet i denne saken være av samme karakter som i abortsaken - og følgelig er det ikke entydig etisk legitimt å ta de nye teknologien i bruk.

En annen innfallsvinkel til behandlingen av dette tema er å vurdere hva medisinsk teknologi gjør med oss som kvinner og de moralske valg vi blir tvunget til å ta.

Utredningen ønske at den abortsøkende kvinnen skal skrive under på samtykke om bruk av fostervev. Dette forkludrer og gjør avgjørelsen om provosert abort urimelig moralsk komplisert for den abortsøkende.

Kvinnen bør få vurdere spørsmålet om abort helt isolert som det vanskelige etiske dilemma dette er. Eventuelt skyld og sorg i forhold til en provosert abort bør bearbeides som det - ikke med et sideblikk til at "så førte det likevel til noe godt". Kvinnens moralske integritet blir her satt på en urimelig prøve ved skriftlig samtykke. Slik sett ville det være enklere å argumentere for bruk uten individuelt samtykke. I kampen for fri abort kjempet mange kvinner om retten til å være subjekt - få kontroll over egen kropp. Nå ser vi en utvikling der kvinnekroppen gjøres til objekt, til rugekasse for forskning og kvinner mister fullstendig kontrollen over livsprosessene. Dette er det motsatte av det kvinner kjempet for i 70-åra.

Utredningen fastsetter anonymitet mellom giver og mottaker. Men hva om forskningen om 5 år er kommet så langt at jeg da kan redde mitt barn ved å framprovosere en abort og transplantere fostervev? Hva om fattige kvinner i verden vil kunne tjene penger på aborter så rike mennesker kan kjøpe seg helse? Slike verste-fall scenarier er vi også nødt til å ha med i en etisk vurdering.

De siste tiår har vi opplevd at forskningen innenfor bioteknologi presser for å få lov til å gå lenger og lenger. Den meldingen vi idag diskuterer er nok et eksempel på forskningen presser oss et skritt lenger. Men det er ikke all forskning jeg har rett til å unngå å komme i - også når det fører til at jeg også sier stopp til en medisinsk kunnskap som kanskje kan redde liv.

ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?

Nestleder Unni Minsås, Human-Etisk Forbund

FOSTERVEV OG ABORT - TO SIDER AV SAMME SAK?

Enhver kvinne som har vært gravid vil ha et *forhold* til sin graviditet. Dette hva enten hun har valgt å bære barnet frem eller ikke.

Vi vet at ikke alle har det valget - frivillig eller ufrivillig. Blant gravide kvinner som kommer i situasjoner hvor abort er aktuelt, vil en finne både tilhengere, motstandere og vet-ikke grupper. Flere av disse vil når det kommer til stykket velge annerledes enn de selv har kunnet forutse. Valget om abort kan aldri bli et klart ja eller et klart nei. Det vil alltid være avhengig av den spesielle situasjonen og den enkelte kvinne. Respekten for det enkelte menneske som selvstendig individ står sentralt i Human Etisk Forbunds livssyn, av det følger at det er *kvinnen selv* som skal ha *retten* til å *velge* om hun vil bære barnet frem eller ta abort. Dette fordi nettopp vi, som kvinner står graviditets- og fødselsprosessen nærmere enn menn.

En kvinne som tar abort, hva enten det gjelder spontanabort eller provosert abort, vil huske dette og bære det med seg videre gjennom livet. Hva som skjer med det aborterte fosteret vil derfor ikke uten videre være likegyldig for kvinnen. Tilsvarende retten til å kunne velge å avbryte et svangerskap gjennom abort vil det derfor være naturlig at kvinnen også får muligheten til å velge hvorvidt fosteret etter en abort skal kunne brukes til medisinsk forskning, diagnostikk eller behandling av ulike sykdommer. Selv om valgene å ta abort og å anvende vev fra aborterte fostre for så vidt er to sider av samme sak for en kvinne i den aktuelle situasjon, mener jeg valgene likevel må holdes klart fra hverandre. Dette fordi andre etiske retningslinjer her vil gjelde, uavhengig av om en er tilhenger eller motstander av selvbestemt abort.

Å presse en kvinne til å ta abort for at det aborterte fosteret skal kunne nyttes i en konkret behandlings- eller forskningssammenheng vil være etisk forkastelig. Jeg støtter derfor forslaget om at kvinnen først må ta valget om abort før hun blir presentert for muligheten til å gi tillatelse til medisinsk bruk av det aborterte fosteret.

En grunnleggende felles-etisk forpliktelse om å hjelpe hverandre som mennesker vil etter min mening gjelde når det blir snakk om bruk av vev fra aborterte fostere til medisinsk forskning, diagnostikk og behandling.

Vi støttet utredningen og forslaget til selvbestemt abort. Høringsuttalelsen fra HEF. Vi støtter flertallets syn om at vev og celler fra fostere bør kunne benyttes til diagnostikk og forskning. Likeledes bør man ha en åpen dør for fremtidig transplantasjonspraksis dersom celle,

vev og organer fra fostere kan avhjelpe alvorlig sykdom og død.

ER DET ETISK FORSVARLIG Å ANVENDE FOSTERVEV?

Leder Rønnaug Aaberg Andersen, Norges Katolske Kvinneforbund

Jeg vil først og fremst ta utgangspunkt i det spørsmålet jeg er bedt om å kommentere: "Fostervev og abort - to sider av samme sak?". I forhold til utredningen om bruk av celler og vev fra aborterte fostre, og opplysningene om at bruk av fostervev til både forskning, diagnostikk og i særlig grad til behandling av sykdom betinger at fosteret er resultatet av en provosert abort. Ved spontanaborter kan fosteret enten allerede ha vært dødt i livmoren, eller ha sykdommer eller kromosomavvik som gjør det uegnet til den påtenkte bruken.

I og med at denne bruken av fostervev altså forutsetter provoserte aborter, må jeg besvare dette spørsmålet med å si at fremskaffelse av fostervev er avhengig av at provoserte aborter forekommer. Det er derfor ingen tvil om at det må ha vært fremkalt en abort for at det skal bli snakk om å bruke fostervev og celler til visse typer forskning eller til diagnostikk, vaksiner og til behandling av sykdom.

Spørsmålet som jeg deretter vil kommentere, er synet på provosert abort. Utredningen går ut fra at den norske abortlovgivningen på en måte ligger fast som et grunnlag, dvs. at provosert abort er tillatt under de og de forhold og når visse kriterier er oppfylt. Synet på abort er stadig debattert blant katolske kvinner, og det er vel ikke ukjent at den katolske kirken hevder et meget restriktivt syn på provosert abort. Dette synet bygger på oppfatningen av at menneskelivet oppstår ved unnfangelsen, og at et abortingrep på ethvert tidspunkt etter denne er det samme som å ta liv. Men når dette er sagt, vil jeg også understreke at vi aksepterer at det finnes situasjoner som må kunne tilsi at en kvinne som er blitt gravid under omstendigheter som gjør at byrden med å bære fram barnet er for tung, ikke skal fordømmes fordi hun velger abort som en utvei. Et meget aktuelt eksempel på slike situasjoner, er voldtekt utført som en form for krigshandling. Vi mener da at en kvinne som velger å få tatt bort fosteret, må møtes med forståelse og hjelp. Hun er jo selv like meget offer som det ufødte barnet. Det er først og fremst de ansvarlige for slike fornedrende handlinger som må fordømmes.

Etter min mening er det vanskelig å holde synet på å foreta en provosert abort totalt atskilt fra spørsmålet om å kunne bruke vev og celler fra det aborterte fosteret i medisinsk øyemed. Utredningen mener at det må kunne betraktes slik at når en legal abort først er foretatt, må det kunne vurderes på uavhengig grunnlag om deler av fosteret skal kunne tjene det levende liv ved å brukes til slike formål som kan betegnes som etisk høyverdige, nemlig å forebygge eller behandle sykdom og å redde liv. For meg står det som et paradoks at en kvinne skal kunne velge å ta liv for deretter å velge hvordan det videre skal forholdes med resultatet av dette valget. Det eventuelt etisk høyverdige ved å redde liv når dette er et resultat av en handling som jeg anser som uetisk, er ikke to sammenliknbare størrelser, hvor man, kanskje besnærende, baserer seg på en "hensikten helliger midlet"-logikk.

Noe av det mest betenkelige ved å åpne opp for at aborterte fostre ses på som mer eller mindre bruksgjenstander, riktignok med bruksområde som kan anses nyttig både for syke mennesker og for vitenskapelig framgang, er at de konsekvenser som kan komme til å vise seg, er ganske skremmende. Jeg tror at ved å godta et slikt syn og en slik bruk, er vi i ferd med å flytte grenser på en måte som i det lange løp kan vise seg å bli en svøpe for menneskeheten. Noe av det som jeg synes viser dette på en tankevekkende måte, er selve det faktum at utredningen etter sitt amndat og etter det resultat som foreligger, har funnet det nødvendig å foreslå sterke restriksjoner på bruken av fostervev, selv til de formål som er etisk uangripelige. Ja selve det faktum at det foreslås lovregulering av området, tyder på at faren for utglidninger kan være ganske stor. Jeg nevner i fleng fra de prinsipper som arbeidsgruppen har lagt til grunn for sine konklusjoner:

- Fostervev må ikke fremskaffes for å skaffe materiale til forskning m.v.
- Bruken av fostervev skal godkjennes av helsemyndighetene, evt. etter råd fra et særskilt utvalg.
- Fostervevet skal kun benyttes etter at moren har gitt frivillig og informert samtykke.
- Det må ikke være noen kontakt mellom moren og mottaker av vevet.
- En fostevevsbank skal sikre at det ikke forekommer noen slik kontakt.
- Mottakere av fostervevet skal informeres om at det kommer fra et abortert foster.
- All kommersiell bruk av fostervev forbys.

- En kvinne må ikke motta kompensasjon for bruken av fostervevet.
- Anvendelse av fostervev over landegrensene reguleres.

Jeg spør meg om det virkelig, selv med streng lovregulering er mulig å hindre misbruk og kommersiell utnyttning av et knapphetsgode. Vi vet jo at det idag forekommer at levnedede menneskers organer blir solgt til transplantasjon, og til og med at mennesker blir myrdet for at organene kan selges til transplantasjon - og det er lett å slutte at mangt og meget kan kjøpes for penger av skruppelløse mennesker. Er det mulig å demme opp for at visse former for markedskrefter kan få fritt spillerom her - særlig når en tenker på at det ser ut som at resultatene av vitenskap og forskning ikke kjenner landegrensener? Er det mulig gjennom norsk lov og mulige internasjonale avtaler å sette grenser for kynisme og utbytting? Jeg tenker også på hva som kunne komme til å hende dersom aborterte fostre ble et "knapphetsgode" - om etterspørselen ble mindre enn tilbudet. Dette kan lett skje dersom bruksmulighetene blir kraftig utvidet, f.eks. ved at nye behandlingsmåter basert på bruk av fostervev ble funnet for alvorlige sykdommer.

Jeg spør meg også om det å bruke fostervev, på grunn av at det har egenskaper som gjør det enkelt å bruke, fører til at forskerne gjør mindre anstrengelser for å finne alternative måter å behandle sykdommer, utvikle vaksiner m.v. Det kan vel tenkes at å forsøke å finne måter å stimulere menneskenes muligheter for selvhelbredelse kunne være like effektive, og uten hinder av de store etiske betenkelighetene som hefter ved bruken av fostervev. En utvikling av slike alternativer ville jeg se på som kanskje et større framskritt enn det jeg tror på mange måter er blitt for bekvemt for forskerne å jobbe med fordi fostervev har egenskaper som gir raske resultater. Andre løsninger kan være vanskeligere å utvikle, men måtte ikke dette være en stor utfordring, ikke minst av etiske grunner, for morgendagens vitenskapsmenn?

MÅ KVINNEN GI SAMTYKKE?

Førsteamanuensis Kristi Strøm Bull, Institutt for privatrett, UiO

Innledning

Et sentralt spørsmål er om kvinnen som gjennomfører aborten skal samtykke til bruk av vevet fra det aborterte fosteret. Mange vil hevde at samtykke er nødvendig ut fra prinsippet om selvbestemmelse. Det dreier seg imidlertid ikke her om et inngrep i kvinnens kropp, men i noe som er skilt fra henne, og da gir etter min mening ikke selvbestemmelseprinsippet svar på spørsmålet om nødvendigheten av samtykke fra henne.

Vi mangler idag regler om bruk av fostervev etter aborter. Dette forhold er jo nettopp bakgrunnen for at arbeidsgruppen ble nedsatt. I mangel av regler er det naturlig å se hvordan tilgrensende spørsmål er regulert; og her har vi lov om transplantasjon og obduksjon regler om adgangen til å ta vev og organer fra personer. I følge disse bestemmelsene kan organ tas fra avdød person som dør på sykehus eller blir brakt død til sykehus med mindre avdøde eller hans nærmeste har uttalt seg mot det, eller hvis det er grunn til å anta at inngrepet vil være i strid med avdødes eller hans nærmestes livssyn. Eller det kan være at andre særlige grunner taler mot inngrepet. Loven åpner altså for å ta organ fra avdøde selv om samtykke ikke er innhentet fra de pårørende. I praksis blir vev og organ sjelden tatt uten de pårørendes samtykke.

Lovens bestemmelser om donasjon av organ og annet biologisk materiale gjelder ikke for uttak av blod, fjernelse av mindre hudpartier og andre mindre inngrep som kan likestilles med dette. Slikt vev kan tas uten at samtykke innhentes, og uten at man behøver å stille spørsmålet om avdøde eller hans nærmeste ville være imot det.

Transplantasjonslovens valg av løsninger er selvfølgelig viktig å ha i mente når vi skal vurdere spørsmålet om samtykke ved bruk av fostervev. Hvorfor skal samtykke innhentes i disse situasjoner, når det ikke er noe absolutt krav om samtykke ved bruk av organ fra døde personer. Men svaret er neppe så enkelt. Transplantasjonsloven er over 20 år gammel, og synet på spørsmålet om samtykke har nok endret seg betydelig i disse årene.

Spørsmålet om samtykke fra kvinnen skal innhentes kan sees under to synsvinkler. (1) Om samtykke fra kvinnen bør innhentes av hensyn til fosteret, dvs kvinnen som representant for fosteret, eller som pårørende ? (2) Hvorvidt samtykke bør innhentes av hensyn til kvinnen selv?

Jeg tror ikke det går an å skille klart mellom disse to synsvinklene. I begge tilfellene er det kvinnens identifikasjon med fosteret som er bakgrunnen for spørsmålstillingen. Dette vil fremgå av den videre drøftelse.

Ved en provosert abort, kan det hevdes at kvinnen gjennom avgjørelsen om abort har frasagt seg omsorgen, og at det da ikke samme grunn til å spørre henne om bruken av vevet. Hun har ikke lenger rett til å oppfattes

som fosterets representant eller pårørende. Men så logisk enkelt er det ikke. Følelsesmessig kan hun fortsatt være sterkt knyttet til fosteret. Barnet ville hun gjerne hatt hvis hennes livssituasjon hadde vært en annen, og i slike situasjoner kan kvinnen føle en omsorg for fosteret også etter avgjørelsen om abort, og hun vil fortsatt oppleve seg selv som fosterets nærmeste.

Men nettopp fordi avgjørelsen om abort har vært vanskelig, kan det også innebære en betydelig tilleggsbelastning å bli spurt om å få bruke fostervevet. Dette kan tale for at kvinnen ikke bør konfronteres med slike forespørsler, og at det er mest skånsomt å bruke vevet uten å spørre henne.

På den annen side vil kvinnen på bakgrunn av den åpenhet det idag er omkring medisinske spørsmål, uansett kunne få kunnskap om at fostervev kan bli brukt til forskning, diagnostikk og behandling. Selv om man vil skåne henne mot en direkte forespørsel, vil hun kunne få tanker om hva som skjer med vevet fra hennes abort. Det kan derfor likevel være bedre for hennes sjelefred å få en forespørsel som gir henne mulighet til å motsette seg bruk av vevet. I Sverige har man gjennom flere år spurt kvinner som gjennomfører en abort om fostervevet kan brukes til forskning. Erfaringene derfra tyder ikke på at dette oppleves som en ekstra belastning for kvinnen.

Ved aborter tidlig i svangerskapet blir fostervevet og annet abortmateriale destruert på lik linje med annet humant vev. Det har aldri vært på tale å spørre kvinnen om hun samtykker i slik destruksjon. Er det da noen større grunn til å innhente samtykke til medisinsk bruk av vevet? Alle som gjennomfører en abort er imidlertid klar over at fosteret på en eller annen måte vil gå til grunne. Det er derfor ikke samme grunn til å innhente samtykke når vevet blir håndtert på normal måte som når vevet blir behandlet på en avvikende måte til forskning og behandling.

Arbeidsgruppen mener at kvinnens samtykke bør innhentes

Arbeidsgruppens medlemmer var enige om at samtykke fra kvinnen bør innhentes der det er snakk om å bruke fostervevet til medisinsk forskning, diagnostikk eller behandling. Medlemmene har ulike grunner for sitt standpunkt. Noen vil legge avgjørende vekt på selvbestemmelsesprinsippet. Andre har et mer pragmatisk utgangspunkt for sitt standpunkt, og jeg tilhører dem. For meg var to forhold avgjørende:

1. Bruken av fostervev til transplantasjon forutsetter infeksjonstesting av kvinnen, og bakgrunnen for denne testingen må nødvendigvis forklares for henne.
2. Det er et ønske om åpenhet rundt bruken av fostervev, men denne åpenheten innebærer at kvinnen må få mulighet til å motsette seg

en bruk hun ikke ønsker. Fostervevet bør ikke brukes på en måte som er mot hennes vilje.

I tillegg kan anføres at et samtykke fra kvinnen kan være ønskelig som en kontroll over bruken av fostervev utover den kontroll som vil bli utøvet av offentlig myndighet. Bruken av fostervev berører den private sfære, og det er derfor ønskelig også med en privat kontroll. Kvinnen som fostervevet stammer fra er her den nærmeste til å utøve denne kontroll.

Det må understrekes at kravet om kvinnens samtykke kommer i tillegg til de alminnelige vilkår som foreslås for bruk av fostervev. Kvinnens samtykke kan derfor aldri gjøre akseptabel en bruk som lov og forskrifter ikke tillater, og kan heller ikke erstatte den offentlige kontroll som arbeidsgruppens forslag legger opp til.

Nærmere om innhentig av samtykket

Vi i arbeidsgruppen legger avgjørende vekt på at beslutningen om abort ikke må koples til spørsmålet om bruken av fostervevet i forskning og behandling. Det forhold at fostervevet kan benyttes til noe nyttig må ikke påvirke kvinnens avgjørelse om hun skal gjennomføre en abort. Forespørselen om kvinnens samtykke til bruk av fostervevet må derfor først stilles når beslutningen om abort er tatt. Riktig nok kan kvinnen på forhånd være kjent med at fostervev brukes i forskning, diagnostikk og behandling, og det kan ikke utelukkes at denne viten kan spille inn i hennes vurdering om abort. Hun vil imidlertid ikke vite om det er aktuelt å bruke vev fra hennes abort. Og det vil neppe bli slik at alle kvinner vil bli spurt; det følger av de prosedyrer som vi krever for innhenting av samtykke.

Etter at agjørelsen om abort er tatt vil kvinnen noen dager før selve abortinngrepet normalt møte til en forundersøkelse. Under denne konsultasjonen kan hun forespørres. Hun får da anledning til å tenke over spørsmålet for abortinngrepet foretas. Hvis slik forhåndskonsultasjon ikke finner sted, bør samtykke ikke innhentes. Forespørselen skal ikke komme samme dag som abortinngrepet foretas. Kan samtykke ikke innhentes er det heller ikke aktuelt å benytte fostervevet.

Som nevnt kan det være en sterk belastning for kvinnen å bli forespurt om bruk av fostervevet. Hvis man på forhånd kan forutse dette, bør hun ikke forespørres, og heller ikke da er det aktuelt å benytte vevet.

Et spørsmål for seg er om kvinnens uttrykkelige samtykke skal innhentes eller om det er tilstrekkelig at hun anses for å ha samtykket så sant hun ikke uttrykkelig motsetter seg bruk av fostervevet. Vi mener at de beste grunner taler for at samtykke uttrykkelig innhentes. det dreier seg her om ømtålige forhold for kvinnen der det bør herske full åpenhet, og misforståelser må unngås. Samtykket bør være skriftlig.

Vi stiller også spørsmålet om kvinnen skal få adgang til å reservere seg mot visse former for bruk av fostervev. Skal hun f.eks. kunne motsette seg bruk av vevet til forskning, men kunne si ja til transplantasjon? Kan hende synes hu det er greit at vevet benyttes i virusdiagnostikk, men ikke i dyreforsøk.

Utvalgets oppfatning er at kvinnen selvsagt må kunne reservere seg, men dette må føre til at vevet hender ikke kan brukes til andre formål, hun skal m.a.o. ikke velge hva vevet skal brukes til. En adgang til å velge hva vevet skal brukes til kan føre til en kopling mellom abort og bruk som arbeidsgruppen mener må unngås for enhver pris.

Informasjon til kvinnen

Et gyldig samtykke forutsetter at den som agvir samtykket er informert om hva samtykket gjelder. Hun må derfor få informasjon om forhold som vil være av betydning for hennes standpunkt. Informasjonen må gis i et språk som kvinnen kan forstå, og dette innebærer at informasjonen ikke kan være for detaljert. En for detaljert informasjon kan også virke belastende i den situasjon kvinnen befinner seg i. Kvinnen må informeres om at man ikke på forhånd kan si hva vevet fra hennes abort vil bli benyttet til, men at det vil bli benyttet til forskning, diagnostikk eller behandling i overensstemmelse med regler gitt i henhold til og etter godkjennelse av helsemyndighetene. Dette på bakgrunn av at arbeidsgruppen foreslår restriksjoner for bruken av fostervev, og at det enkelte prosjekt dessuten må godkjennes av helsemyndighetene.

Skal forstervevet brukes til transplantasjon må kvinnen infeksjonstestes for å unngå at alvorlige infeksjoner overføres til mottakeren av vevet. Kvinnen må da informeres om dette. Hun må informeres om hvilke infeksjoner hun testes for som kan ha betydning for hennes helse, f.eks. HIV og hepatitt. Arbeidsgruppen har gitt et forslag til hvordan den skriftlige informasjonen og samtykkeerklæringen kan utformes.

Skal samtykke innhentes fra mannen?

I følge lov om svangerskapsavbrudd er det kvinnen alene som fremsetter begjæring om abort, og mannen kan ikke motsette seg at abort utføres. De hensyn som ligger bak kvinnens selvbestemmelsesrett i så henseende, tilsier at det også er hun alene som skal forespørres om bruk av fostervevet til forskning, diagnostikk eller behandling. Imidlertid bør man avstå fra slik bruk av vevet hvis man vet at mannen har innvendinger mot det.

Informasjon til mottaker av fostervev

Ved bruk av fostervev til transplantasjon kan det for noen pasienter være et etisk problem å motta vev fra provoserte aborter. Pasienten må derfor

få informasjon om hva slags vev som benyttes. Ved transplantasjon benyttes ofet vev fra flere fostre. Det vil være riktig å informere mottaker også om dette.

Avslutning

Ellen Strengenhagen

Kjære møtedeltagere, det begynner å tynnes i rekkene nå. Det er langt på dag. Men vi har altså i dag på Kvinnedagen blant mange innsiktsfulle, engasjerte og veldig motiverte kvinneskikkelser drøftet et veldig viktig, alvorlig og vanskelig tema med utrolig fasetter.

Det har vært en veldig spennende debatt og en høyst levende og livskraftig debatt. Den vil komme til å fortsette. Aktørene har hatt tildels et utgangspunkt i hver sin ende av skalaen. Men jeg tror det er ganske viktig at vi minner hveandre om at de anbefalinger som nå foreligger fra Fostervevsutvalget, som har utredet spørsmålet om bruk av celler og vev fra aborterte fostere *ikke* har kommet til ov er natten. Og etikkutvalget, som ble opprettet i 1988, og la fram sin innstilling 1991, drøftet dette spørsmålet og var delt i sin oppfatning om bruk av materiale fra provoserte aborter den gang. Men flertallet dengang mente at vev og celler fra aborterte fostere *skulle* kunne utnyttes til diagnostikk, som allerede da var gjort på det tidspunktet. Mens et mindretall mente at det var etisk uforsvarlig, selv om det hadde foregått i en årrekke.

Når det gjaldt spørsmål om transplantasjoner, så mente flertallet at det var grunn til å være avventende på dette, men de la allikevel visse premisser for hvordan slik behandling eventuelt i fremtiden burde organiseres. I Storingsmelding nr. 25 om mennesker og bioteknologi, fremmet regjeringen forslag om at vev og celler fra spontanaborterte fostere skulle kunne utnyttes til diagnostikk og forskning som i dag. Og at de etiske, medisinske og juridiske spørsmålene, som forskning og bruk av vev fra fostere eller provoserte aborter reiste, skulle utredes nærmere.

Nå sitter vi altså her med den utredningen som Stortinget har bedt om og ut fra debatten i dag å dømme, så er det ikke levnet noen særlig tvil om at det er ulike oppfatninger rundt dette temaet. Sett fra regjeringens side, er det på mange måter betryggende at arbeidsgruppas anbefaling er enstemmig, selv om andre nok synes å være skuffet over akkurat det.

Regjeringen har i sine drøftinger funnet spørsmålet innenfor bioteknologiens område hatt som overordnet målsetning at man skal hjelpe mennesker og helbrede eller lindre sykdom. Og disse overveiningene er også lagt til grunn for arbeidsgruppens anbefalinger om å åpne for bruk av vev fra aborterte fostere. I debatten har argumenter både fra tilhengere og motstandere av arbeidsgruppens anbefaling kommet klart til syne. Jeg tror ikke at jeg tar tid til å oppsummere noe fra denne debatten, men den har jo blitt en blanding av oppklaring. - Kanskje ikke minst av dødsbegrepet og da tenker jeg helst på den siste delen av aborten. Og det har vært mange spennende meningsytringer og debatten har også beveget seg inn på områder som kanskje har ligget litt på siden av utredningen, men som ikke er mindre interessante av den grunn.

Men jeg har lyst til avslutningsvis å si at regjeringens behandling av denne innstillingen fra arbeidsgruppen vil bli fremlagt i stortingsmeldingen om erfaringene med abortloven, som vil bli lagt fram for Stortinget nå til høsten. I mellomtiden regner jeg med at debatten vil holdes varm og levende. Det er selvfølgelig mitt håp at debatten vil holdes på et saklig nivå. Enkelte innspill allerede i mediene og for såvidt også i møtet her idag har båret preg av at enkelte ytterliggående argumenter vil bli brukt. Dette tror jeg kanskje ikke vil tjene saken, og jeg håper ikke at de vil bli de mest fremtredende.

Så la oss derfor avslutte denne dagen og gå ut i Kvinnedagen og vise verden at tross store meningsforskjeller og sterke meningsytringer, så er vi alle noen grepa jenter.