

Abort og fosterreduksjon: En etisk sammenligning

Silje Langseth Dahl,^a Rebekka Hylland Vaksdal,^b
Mathias Barra,^c Espen Gamlund,^d Carl Tollef Solberg^e

^a Universitetet i Bergen, silje.langseth.dahl@gmail.com

^b Universitetet i Bergen, rvaksdal@gmail.com

^c HØKH—Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus, mathias.barra@ahus.no

^d Institutt for filosofi og førstesemesterstudier (FOF), Universitetet i Bergen. espen.gamlund@uib.no

^e Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), Universitetet i Bergen, carl.solberg@uib.no

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v13i1.3002>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

De siste årene har fosterreduksjon i økende grad vært gjenstand for debatt i Norge, og intensiteten nådde et foreløpig maksimum da Lovavdelingen leverte tolkningsuttalelsen § 2 - Tolkning av abortloven i 2016 som svar på at Helse- og omsorgsdepartementet (i 2014) ba Lovavdelingen om å vurdere hvorvidt Lov om svangerskapsavbrudd åpner for fosterreduksjon av friske fostre ved flerlings-vangerskap. Lovavdelingen konkluderte med at abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingsvangerskap innenfor de rammene som loven ellers oppstiller. Debatten har ikke stilnet, og utover høsten 2018 ble den ytterligere tilspisset i forbindelse med KrFs veivalg og signaler fra Høyre om å vurdere å fjerne § 2.3c, samt å forby fosterreduksjon.

Mange av argumentene i fosterreduksjonsdebatten fremstår tilsynelatende like de argumentene som verserer i abortdebatten, og det mangler en analyse av hva som stiller seg annerledes ved fosterreduksjon. Målet med denne artikkelen er følgelig å undersøke hvorvidt det finnes en moralsk relevant forskjell mellom abort og fosterreduksjon av friske fostre. Vi tar for oss typiske argumenter fra den norske debatten, og belyser dem med fagartikler fra forskningslitteraturen. De mest sentrale argumentene mot fosterreduksjon har vi identifisert som skadeargumentet, skråplansargumentet, intensjonsargumentet, sorgargumentet, psykologiske langtids-effekter for kvinnen og sorteringsargumentet. Vi kommer frem til at motargumentene ikke holder mål hva gjelder å påvise en moralsk relevant forskjell mellom abort og fosterreduksjon av friske fostre. Konklusjonen vår er derfor at det – på tross av hva flere debattanter synes å mene – ikke finnes en moralsk relevant forskjell mellom de to. Når vi derfor tillater abort, så bør vi også tillate fosterreduksjon.

Nøkkelord: Abort, etikk, fosterreduksjon, medisinsk etikk, selektiv fosterreduksjon

English summary: Abortion and multifetal pregnancy reduction: An ethical comparison

During recent years, multifetal pregnancy reduction has increasingly been subject to debate in Norway, and this debate reached an apex when the Legislation Department delivered the interpretation statement § 2 - *Interpretation of the Abortion Act* in 2016 in response to the Ministry of Health and Care Services, who had (in 2014) requested the Legislation Department to assess whether the Abortion Act allowed for multifetal pregnancy reductions of healthy fetuses. The Legislation Department concluded that the Abortion Act does regulate and permit multifetal pregnancy reductions within the framework that the law otherwise stipulates. The debate has not subsided, and in the autumn of 2018, it was further intensified in connection with the Norwegian Christian Democratic Party's (KrF) "crossroads choice" and the signals from the Norwegian Conservative Party that they would consider reverting the Abortion Act's section 2.3c [regulating second trimester abortions due to fetal anomalies], as well as a ban on multifetal pregnancy reduction.

Many of the arguments in the multifetal pregnancy reduction debate appear very similar to the arguments pending in the general abortion debate, and an analysis of what makes multifetal pregnancy reduction significantly different from abortion is wanting. The aim of this article is, accordingly, to investigate to what extent there is a morally relevant distinction between abortion and multifetal pregnancy reduction of healthy fetuses. We take on board typical arguments from the Norwegian debate and consider them in light of the scholarly literature. We have identified the most central arguments against multifetal pregnancy reduction as the harm argument, the slippery slope argument, the intent argument, the grief argument, the regret argument (concerning long-term psychological effects for the woman), and the sorting argument. We argue that these counter-arguments do not succeed in establishing a morally relevant difference between abortion and multifetal pregnancy reduction of healthy fetuses. Our conclusion is, therefore – that despite what is often held – there is no morally significant difference between the two. Therefore, when we allow abortion, we should also allow multifetal pregnancy reductions.

Keywords: Abortion, ethics, fetal reduction, medical ethics, multifetal pregnancy reduction

Introduksjon

Retten til selvbestemt abort har vært lovfestet i Norge siden 1976 (Abortloven 1976), men er stadig gjenstand for diskusjon (Austveg 2017). Likevel er retten til selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke mer eller mindre allment akseptert (Pew Research Center 2018), selv om flere stemmer tar til orde for innstramming av lovverket (Menneskeverd, Kristelig folkeparti 2018, Solberg 2018). De siste årene har *fosterreduksjon* i økende grad vært gjenstand for debatt i Norge, og intensiteten nådde et foreløpig maksimum da Lovavdelingen leverte tolkningsuttalelsen § 2 - Tolkning av abortloven i 2016 som et svar på at «Helse- og omsorgsdepartementet [i 2014] ber Lovavdelingen om å vurdere hvorvidt lov

13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (heretter abortloven) åpner for fosterreduksjon av friske fostre ved flerlingsvangerskap.» (Lovavdelingen 2016). Lovavdelingen viser i sin uttalelse til flere historiske dokumenter (Rundskriv, NOU1991:6, Ot.prp.35), og konkluderer:

Abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingesvangerskap, innenfor de rammer som loven ellers oppstiller. Det innebærer at det er rettslig adgang til å innvilge fosterreduksjon på friske fostre på grunnlag av kvinnens helse, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) eller kvinnens livssituasjon, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav b (sosial indikasjon) eller en kombinasjon av disse forholdene. Det er heller ikke grunnlag for å holde utenfor tilfeller der fosterreduksjonen skjer før utløpet av 12. svangerskapsuke på grunnlag av selvbestemmelse, jf. abortloven § 2 annet ledd. Vår tolkning bygger på en forutsetning om at fosterreduksjon foretas slik at utvelgelsen er tilfeldig, og at det ikke skjer noen seleksjon mellom fostre på annet grunnlag enn det abortloven åpner for, jf. § 2 tredje ledd bokstav c.

Debatten har ikke stilnet, og nettopp fosterreduksjon sammen med § 2.3c – som tillater abort når *fosteravvik* er grunnen – står i sentrum (Sørvig 2017, Menneskeverd, Barra & Augestad 2016, Clemet 2018, Saugstad 2018). Vi har sett et bredt engasjement og diskusjoner preget av både juridisk, medisinsk og etisk argumentasjon. Mange av de etiske argumentene som verserer omkring fosterreduksjon, ligner imidlertid på de argumentene som forekommer omkring retten til abort. Hva er det debatten egentlig dreier seg om? Det er uklart hvorvidt fosterreduksjon er en tematikk som er uløselig knyttet til abortdiskusjonen, eller om dette er en egen og separat debatt.

Spørsmålet vi stiller i denne artikkelen, er derfor: Er det noen moralsk relevant forskjell mellom selvbestemt abort og fosterreduksjon av friske fostre? Vi forklarer hva fosterreduksjon er, presenterer bakgrunnen for debatten i Norge og ser på lovgivningen i enkelte av de andre nordiske landene. Vi diskuterer deretter de viktigste etiske argumentene for og mot fosterreduksjon. Til slutt konkluderer vi med at det *ikke* er en relevant moralsk forskjell mellom abort og fosterreduksjon av friske fostre.

Om fosterreduksjon

Fosterreduksjon medfører en reduksjon av antall fostre ved et flerlingsvangerskap, for eksempel fra tre til to eller fra to til ett foster; i fagmiljøene snakker man ofte om såkalte 3-til-1- eller 4-til-2-reduksjoner når et slikt presisjonsnivå er nødvendig. Prosedyren, som for tiden anses som tillatt¹ i Norge (Lovavdelingen 2016), utføres ved at det eller de fostrene som skal aborteres, får injisert kaliumklorid i hjertet via ultralydveiledet nålepunksjon gjennom morens buk, livmor og fosterhinne. Ved uselektiv fosterreduksjon velger man fosteret som ligger mest tilgjengelig til. Inngrepet er ikke mulig å gjennomføre ved såkalte monochoriote svangerskap (eneggede tvillinger som deler morkake; Evans, M. I., Andriole, Evans, S. M. & Britt 2015:97). Fosterreduksjon utføres lettest i løpet av 9. til 13. svangerskapsuke (Mark Evans, personlig korrespondanse, Zemet et al. 2018:94). I de norske fagmiljøene benyttes begrepene *uselektiv fosterreduksjon* om reduksjon av antall fostre i et svangerskap med antatt friske fostre, mens termen

selektiv fosterreduksjon (eller *selektivt føtucid*) benyttes om reduksjon av fostre på grunnlag av funn etter fosterdiagnostikk, og for slike tilfeller er § 2.3c relevant. Vi vil fortrinnsvis diskutere etiske aspekter ved uselektiv fosterreduksjon, men vil også bringe inn selektiv fosterreduksjon.

Fosterreduksjon i Norge

Fosterreduksjon er første gang nevnt i offentlige dokumenter i *NOU1991:6 Bioteknologi*, som er forfattet av Skjæraasen-utvalget. Der heter det at:

[m]ed selektiv fosterreduksjon forstås at man reduserer antallet fostre i livmoren ved å sørge for at ett eller flere av fostrene dør, mens de andre utvikles videre. Dette kan teoretisk være aktuelt både ved naturlige flerlingsvangerskap og ved IVF-behandling. Utvalget mener det ikke bør være tillatt å utføre selektiv fosterreduksjon i disse tilfeller. Dette spørsmål er nå er [sic] ikke regulert i lov om svangerskapsavbrudd. (NOU1991:6, s.5).

Lovavdelingen hos daværende Sosial- og helsedepartementet uttalte seg deretter om fosterreduksjon i et brev av 19. desember 2000 (Lovavdelingen 2000). Der konkluderes det med at abortnemndene *kan* innvilge fosterreduksjon dersom ett eller flere fostre har en tilstand som ville gitt grunnlag for abort ved et enlingsvangerskap, jamfør abortloven § 2.3c, som omhandler abort etter 12. svangerskapsuke. Denne uttalelsen dreier seg dermed om selektiv fosterreduksjon. Reduksjon av friske fostre, altså uselektiv fosterreduksjon, ble ikke omtalt i denne tolkningen. Imidlertid henvises det til NOU1991:6, og Lovavdelingen tar der klar avstand fra Skjæraasen-utvalgets lesning av abortloven.

Abortloven av 1976 omhandler retten til selvbestemt abort. Abortlovens §2 sier at dersom et:

svangerskap [fører] til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg. Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om veiledning [...] at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det. Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan det søkes til en abortnemnd om å få innvilget abort på bakgrunn av særlig tungtveiende grunner. (Abortloven 1976).

I april 2014 ba Helse- og omsorgsdepartementet Lovavdelingen om å vurdere hvorvidt abortloven åpner for fosterreduksjon av friske fostre ved flerlingsvangerskap, på grunnlag av abortlovens § 2 tredje ledd bokstav a og/eller b (medisinsk og/eller sosial indikasjon). I februar 2016 konkluderte Lovavdelingen med at rammene satt av abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingsvangerskap. Denne tolkningen bygger eksplisitt på en forutsetning om at fosterreduksjon foretas ved tilfeldig utvelgelse, og at det ikke skjer noen *seleksjon* mellom fostre på annet grunnlag enn det abortloven åpner for. Vedtaket innebærer dermed også at kvinnen selv kan avgjøre hvorvidt det skal gjennomføres fosterreduksjon inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, og at innvilgelsen av inngrepet senere i svangerskapet følger de samme vilkårene som ved svangerskapsavbrudd for øvrig. Dette forhindrer seleksjon basert på faktorer

som for eksempel kjønn (Lovavdelingen 2016), og betyr i praksis at både selektiv og uselektiv fosterreduksjon skal anses som innenfor dagens abortlov.

Utenlandske kvinner som oppholder seg i Norge, kan få utført fosterreduksjon uavhengig av varigheten av oppholdet, så lenge de befinner seg i landet på søknadstidspunktet. Alle mennesker som oppholder seg i Norge, har rett til helsehjelp dersom denne ikke kan vente, og svangerskapsavbrudd er av en slik karakter. Hovedregelen er at disse kvinnene selv må betale for inngrepet (Helsedirektoratet 2014).

Det ble utført 48 fosterreduksjoner ved St. Olavs Hospital og Rikshospitalet fra 2002 og frem til den nye lovtolkningen våren 2016. Tjenesten ble da sentralisert ved *Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin* i Trondheim. Siden 2016 har det blitt utført 41 fosterreduksjoner – hvorav 13 selektive fosterreduksjoner – ved det nasjonale senteret. Både selektive og uselektive reduksjoner er blitt utført ved tvilling-, trilling- og firlingsvangerskap². Det er ingen utenlandske pasienter som har fått utført fosterreduksjon i Norge. Det har vært forespørsler, men disse er blitt avvist fordi kvinnene ikke har oppholdt seg i landet ved søknadstidspunktet. Antall tilfeller med komplikasjoner og spontanabort av gjenværende foster er ukjent på grunn av begrensninger satt av personvernombudet (Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin 2016, 2017, Overlege Birgitte Heiberg Kahrs, personlig korrespondanse).

Fosterreduksjon i Norden

Praksisen og de rettslige forholdene omkring fosterreduksjon i de nordiske landene er noe ulik. Norge er det eneste landet i Norden hvor regjeringen har konkludert med at fosterreduksjon er tillatt på lik linje med selvbestemt abort. Danmark er imidlertid det eneste nordiske landet som har innført egne lover for fosterreduksjon. De danske lovene av 2005 tillater fosterreduksjon dersom inngrepet kan gjennomføres innen utgangen av 12. svangerskapsuke, hvis i tillegg ett av følgende tre forhold er oppfylt: a) svangerskapet medfører alvorlig fare for mors liv eller helse, b) fosterreduksjonen reduserer risikoen for at den gravide vil spontanabortere alle fostre, eller c) ett eller flere fostre vil ikke være levedyktige, eller vil lide av en alvorlig sykdom som følge av prematur fødsel. Etter 12. svangerskapsuke kan inngrepet finne sted dersom kravene til fosterreduksjon er oppfylt, og en kyndig nemnd godkjenner begjæringen (Sundhedsloven 2005, § 92-96). Ifølge det danske rettsvesenet er fosterreduksjon bare tillatt dersom kvinnen er gravid med tre eller flere fostre. Det er ikke lovlig å gjennomføre fosterreduksjon i Danmark ved tvillingsvangerskap, med mindre det foreligger særlige omstendigheter (Retsinformation 2006).

Sverige har, i likhet med Norge, ikke innført egne lover for fosterreduksjon. Den svenske abortloven tillater selvbestemt abort innen utgangen av 18. svangerskapsuke (Abortlag 1974, § 1). Statens Medicinsk-Etiska Råd (SMER) har to ganger, i 2005 og i 2017, anbefalt regjeringen å innføre egne forskrifter for fosterreduksjon i den svenske abortloven (SMER 2005, SMER 2017). Til tross for at fosterreduksjon ikke er omtalt i lovverket, utføres prosedyren i Sverige både på medisinsk og sosial indikasjon, og SMER konkluderer med at fosterreduksjon bør tillates under samme forutsetninger som abort (SMER 2017).

I Finland må alle som ønsker abort, søke om innvilgelse. Avhengig av årsaken kreves det signatur av én, to eller tre leger for å få gjennomført inngrepet. Fosterreduksjon er ikke omtalt i lovverket, men kan søkes på samme indikasjon som for abort (Förordning om avbrytande av havandeskap 1970).

Diskusjon

Det er sannsynlig at personer som i utgangspunktet er motstandere av abort, også vil være motstandere av fosterreduksjon. Videre er det rimelig å tenke seg at de som hevder at fosterreduksjon er moralsk tillatelig, også vil mene at selvbestemt abort er moralsk akseptabelt. Likevel vil ikke alle som gir sin tilslutning til selvbestemt abort, være for fosterreduksjon. Vi undersøker i hvilken grad det virker rimelig at tilslutning til selvbestemt abort på friske fostre også burde medføre tilslutning til retten til fosterreduksjon av friske fostre.

Fosterets moralske status

Til tross for at vi ikke har sett argumenter som direkte baserer seg på fosterets moralske status i fosterreduksjonsdebatten, ønsker vi å vie noe plass til dette temaet ettersom synet på moralsk status kan prege diskusjonen av de ulike argumentene. Spørsmål vedrørende fosterets moralske status og fosterets rettigheter har blitt stilt gjennom den langvarige abortdebatten, og det er naturlig nok ikke enighet om dette. Et mangfold av ulike syn og verdier, samt religiøse og moralske oppfatninger, er til stede (Chervenak, McCullough & Wapner 1992:84). Enkelte filosofer har tatt til orde for at abort er moralsk uakseptabelt fordi det frarøver fosteret dets fremtid, på lik linje med at man frarøver et barn sin fremtid ved å drepe det (for eksempel Marquis 1989:183). Andre filosofer har konkludert med at selv om et foster riktignok har potensial til å bli et menneske, så har det ingen *rett* til liv; i alle fall ikke en rett som overgår kvinnens rettighet til å beskytte sin helse, frihet og eget liv (for eksempel Warren 1973:43). I tillegg har vi dem som mener at fosteret ikke har en uavhengig moralsk status, men en *avhengig* moralsk status, som er direkte koplet til kvinnens autonomi (for eksempel Chervenak et al. 1992:84).

Med den norske abortloven har vi allerede stilt kvinnens rett til selvbestemmelse over fosterets rett til liv. Dette gjelder både for enlinger og flerlinger, da kvinnen selv kan velge å avslutte svangerskapet før utgangen av 12. svangerskapsuke, uavhengig av hvor mange fostre hun går gravid med. Det er vanskelig å begrunne at fostre i et flerlingsvangerskap hver for seg har en høyere, eller lavere, moralsk status enn et foster i et enlingsvangerskap. Derimot er det nærliggende å tenke at fostre i både enling- og flerlingsvangerskap har de samme rettighetene. Derfor blir det etter vårt syn unødvendig å trekke fosterets moralske status videre med i denne diskusjonen. Uansett hvilken moralsk status man velger å tilegne et foster, så bør den være lik for enlinger og flerlinger, og vi kjenner ikke til at noen har argumentert for et annet syn.

Argumenter mot fosterreduksjon

I det følgende skal vi se på hvilke argumenter som taler imot fosterreduksjon, og som tilsier at det er en moralsk relevant forskjell mellom selvbestemt abort

og fosterreduksjon. Vi skal diskutere skadeargumentet, skråplansargumentet, intensjonsargumentet,³ sorgargumentet, psykologiske langtidseffekter for kvinnen og sorteringsargumentet.

Skadeargumentet

I debatten om fosterreduksjon er det særlig ett argument som stadig går igjen, som vi velger å kalle *skadeargumentet* (Clemet 2016, Henden 2016b, Nilsen 2016, Rognsvåg og Weibye 2016, Saugstad 2016b). Skadeargumentet sier at fosterreduksjon er moralsk uakseptabelt fordi det medfører en risiko for det gjenværende fosteret, og i den norske debatten har spesielt risikoen for spontanabort vært i fokus. Det er allment akseptert at det påligger den som har intensjon om å bringe et nytt menneske til verden, et ansvar for helsen til den fremtidige personen, også blant dem som ikke tillegger fosteret moralsk status. I praksis kommer dette til uttrykk som mors plikt til ikke å røyke, drikke alkohol eller nyte andre rusmidler under svangerskapet (Woollard 2016:126).

Ulike syn på fosterets moralske status kan lede til en ulik vektlegging av de forskjellige risikoene som hefter ved fosterreduksjon. Det kan påvirke hvor tungt risikoen for spontanabort for gjenværende foster skal veie, spesielt om man tilkjenner fosteret en tilstrekkelig grad av rettsvern. Imidlertid, i en virkelighet der *eneste* risiko for gjenværende foster er en mulig spontanabort, vil ikke et slikt argument være av særlig betydning ettersom kvinnen selv kan ta stilling til en slik kalkulert risiko, gitt god informasjon (Østborg 2016).

En risiko for *skade* på gjenværende foster vil derimot sannsynligvis veie meget tungt uansett hvilket standpunkt man inntar med tanke på fosterets moralske status. Da blant andre Mark Evans utviklet fosterreduksjon tidlig på 1980-tallet, ble de fleste utført i uke 9–10, men også tidligere. Tidlig på 90-tallet ble det uro knyttet til om tidlig fosterreduksjon (6–7 uker) kunne medføre økt risiko for misdannelser i gjenværende fosters eller fostres ekstremiteter, og for å være på den sikre siden ble fosterreduksjoner i en periode ikke utført før uke 12–14. I dag anses det som trygt å utføre fosterreduksjon fra 10,5 uker (Evans, personlig korrespondanse), og forskningen er nokså entydig på at utførelse av fosterreduksjon er gunstig for gjenværende foster hva gjelder risiko for skade (Evans et al. 2004, Evans & Britt 2010, Evans et al. 2015). Det er underkommunisert i debatten at det for flerlingsvangerskap med mer enn to fostre er rutine å vurdere fosterreduksjon, da fordelene for gjenværende fostre (først og fremst med tanke på prematuritet og alt det medfører) er udiskutable.

Et tall som har gått igjen i debatten, er en prosedyrerelatert risiko på omtrent 15 % for spontanabort av gjenværende foster (Helsedirektoratet 2014, Nilsen 2016). Dette tallet er imidlertid et anslag som Torbjørn Moe Eggebø ved Nasjonalt senter for fostermedisin har gjort i forkant av et møte med Helsedirektoratet i 2014, og anslaget legger til grunn at det er uøvde norske leger som skal utføre inngrepet (Eggebø, personlig korrespondanse). Det ser imidlertid ikke ut til å finnes noe robust vitenskapelig evidens for dette tallet, heller tvert imot (Salvesen 2016, Evans 2016). Det har også vært bestridt at det finnes noen dokumentert medisinsk gunstig effekt av fosterreduksjon ved 2-til-1- reduksjoner. Mark Evans har på det sterkeste utfordret dette synet i *Dagens Medisin* (Evans 2016).

Når man skal diskutere risikoen knyttet til fosterreduksjon, er det nødvendig å sammenlikne med den underliggende risikoen, det vil si risikoen knyttet til et

flerlingsvangerskap i seg selv. For mor medfører flerlingsvangerskap blant annet en økt risiko for svangerskapsdiabetes, hypertensjon og preeklampsi (Santana et al. 2016:631). For fostrene er det funnet økt risiko for både spontanabort, preterm fødsel og lav fødselsvekt (Cheong-See et al. 2016:354). Prematuritet og lav fødselsvekt medfører blant annet en økt risiko for cerebral parese (McClimmans 2010:295). Morbiditet og mortalitet øker betydelig med antall fostre, og det er funnet at når firlinger eller trillinger reduseres til tvillinger, er total risiko og utfall for både mor og fostre tilnærmet likt som ved et ordinært tvillingsvangerskap (Evans & Britt 2010:295, Gupta, Fox, Feinberg, Klauser, Rebarber 2015:580e1-5, Stone et al. 2008:406e1-e4, Evans et al. 2015).

Det er gjort en rekke studier for å kartlegge risiko ved fosterreduksjon. Amerikaneren Mark Evans utviklet prosedyren vi i Norge benytter til fosterreduksjon, og han har selv utført flere titusen slike inngrep. Evans har studert konsekvensene av fosterreduksjon helt siden de første inngrepene ble utført i USA på 1980-tallet. Han har funnet at en reduksjon fra trillinger til tvillinger endrer risikoen for spontanabort fra 15 % til 4 %, fra trillinger til enling fra 15 % til 6 % og fra tvillinger til enling fra 8 % til 3 %. I tillegg har Evans funnet at gestasjonsalderen etter en reduksjon fra trilling til enling er høyere enn ved reduksjon fra trillinger til tvillinger, og at insidensen av fødselsvekt under 1500 gram er 10 ganger høyere ved 3-til-2-reduksjoner enn ved 3-til-1-reduksjoner (Evans & Britt 2010). Altså vil en reduksjon fra trillinger til tvillinger være mest gunstig hva gjelder risiko for spontanabort, men en reduksjon fra trillinger til enling vil være mest hensiktsmessig hva gjelder sykdom for fosteret (Evans & Britt 2010). I Norge har vi riktignok svært gode resultater også for tvillingsvangerskap, noe som medfører at risikoreduksjonsanslag fra utenlandske studier ikke nødvendigvis kan overføres direkte til norske forhold. Likevel, i en stor fagartikkel fra 2014 som oppsummerer 25 års erfaring med fosterreduksjon, og som sammenligner resultatene fra 70 forskningsartikler, konkluderer Evans: «Hvis man skal definere suksess som en frisk mor og en frisk familie, fri fra både sykdom og død, viser dataene entydig at ved flerlingsvangerskap er færre alltid bedre.» (Evans, Andriole & Britt 2014:69). Man kan tenke at Mark Evans med denne konklusjonen nærmest anbefaler en kvinne som er gravid med flerlunger, å gjennomføre fosterreduksjon, men dette er ikke entydig (Evans, Andriole & Britt 2014:69, Evans, Kaufman, Urban, Britt & Fletcher 2004:102, Evans et al. 2015). Det er naturlig at noen vil oppfatte fosterreduksjon som en mulighet til å bedre helsen for både kvinnen og de overlevende nyfødte, mens andre vil mene at inngrepet forårsaker skade fordi det fører til tap av ett eller flere fostre.

I denne sammenheng er det naturlig å legge til at hvis fosterreduksjon *ikke* skal være tillatt, kan en kvinne som går gravid med flere fostre enn hun ønsker, kun velge mellom «alle eller ingen». Ved tvillingsvangerskap kan man anta at mange som ønsker barn, men i utgangspunktet kun ett, vil velge å fortsette svangerskapet heller enn å begjære svangerskapsavbrudd, for eksempel på bakgrunn av at de synes risikoen for spontanabort for gjenværende foster er unødvendig å ta. Men om en kvinne som ønsker barn, vurderer det som en umulighet, eller som for risikabelt, å bære frem alle fostrene hun er gravid med, kan man ikke utelukke at valget vil falle på abort. I denne situasjonen blir risikoen for spontanabort av gjenværende fostre ved fosterreduksjon liten sammenliknet med et 100 % sikkert

utfall ved abort av alle fostrene. Hvis kvinnen faktisk ønsker ett barn, fremstår det dermed som et bedre alternativ å tilby henne fosterreduksjon.

Samlet sett anser vi skadeargumentet som mangelfullt for å forsvare at fosterreduksjon er moralsk uakseptabelt, da det ikke finnes evidens hverken for skade på gjenværende foster, eller for en reell økning av total risiko for spontanabort. Som vi har bemerket, er det særlig den første typen risiko som ville ha relevans for å skille mellom abort og fosterreduksjon.

Skråplansargumentet

Ola Didrik Saugstad, professor emeritus i barnesykdommer ved Universitetet i Oslo, har tatt til orde for at fosterreduksjon leder til ekstrem sortering. Grunnen til dette er at man kan innhente informasjon om sykdommer, egenskaper og tilstander ved fosteret før utgangen av 12. svangerskapsuke. Han trekker frem muligheten for at noen i fremtiden kan velge bort fostre på bakgrunn av for eksempel kjønn, legning eller ferdigheter (Saugstad 2016a, Saugstad 2016b). Imidlertid er det slik i Norge at fosterdiagnostikk – uavhengig av om det gjelder enlinger eller flerlinger – tilbys kvinner med risikosvangerskap, for eksempel kvinner over 38 år, eller ved økt risiko for kromosomavvik (Røe, Salvesen & Eggebø 2012). Man kan tenke seg at Saugstads uttalelse bunner i en frykt for en *skråplanseffekt* tilknyttet bruken av fosterdiagnostikk. Skråplansargumentet bygger på en antagelse om at hvis man tillater en glidning i en praksis, kan dette føre utviklingen videre i en moralsk uheldig retning, og man ender opp med et uønsket og moralsk tvilsomt sluttresultat (Haigh, Wood & Stewart 2016:819).

Selvbestemt fosterreduksjon, ved tilfeldig utvelgelse, står imidlertid ikke i noen særstilling. Gitt at det er det mest tilgjengelige fosteret som aborteres, uten forutgående diagnostikk, er det vanskelig å se at dette ville være av betydning for en utvikling mot ytterligere sortering. Når det gjelder selektiv fosterreduksjon begrunnet i alvorlige tilstander, er det vanskelig å peke på noen relevante forskjeller mellom fosterreduksjoner og hva som allerede praktiseres ved selvbestemt abort. Imidlertid bør man nevne frykten hos fostermedisinere for å abortere «feil foster». Professor Kjell A. Salvesen skriver i en kronikk at «[d]et vil være tragisk å utføre en tilfeldig fosterreduksjon i uke 10–11 for så å oppdage at den gjenlevende tvillingen er alvorlig syk to uker senere.» (Salvesen 2016). I 2016 ble det utført en fosterreduksjon hvor gjenværende foster etter fødsel viste seg å ha trisomi 21 (Nasjonalt senter for invasiv fostermedisin 2016). Salvesens resonnement har noe for seg, og kan peke mot en praksis der tilfeldige fosterreduksjoner reelt sett ikke finner sted, og uansett utsettes til etter uke 12. Imidlertid gir nye NIPT-tester sikrere resultater enn noen gang i god tid før uke 12, og dersom avvik konstateres, er vi over i § 2.3c-debatten (Barra 2016, Abortloven 1976, § 2.3c). I slike tilfeller kan også risiko for spontanabort øke noe for gjenværende foster, fordi prosedyren – som Salvesen påpeker – er mer risikabel dersom det er det minst tilgjengelige fosteret som skal aborteres. Her kan vi anføre at for gravide med to ellers friskmeldte fostre er det like tenkelig at selvbestemt fosterreduksjon gjør aktiv sortering *mindre* sannsynlig: En økt risiko ved å ikke velge mest tilgjengelige foster for reduksjon blir et selvstendig medisinsk argument for *ikke* å sortere etter andre kriterier. Det er likevel åpenbart at de fleste vil få utført noen form for undersøkelser av fostrene i forkant av en fosterreduksjon, og at eventuelle

oppdagede anomalier vil være med på å styre videre valg. Vår diskusjon i denne artikkelen dreier seg altså ikke om disse tilfellene.

Frykten for sortering og skråplanseffekten er forståelig, særlig om vi ser på andre lands praksis. I USA tillates det å komme med ønsker for hvilket kjønn som skal beholdes ved en fosterreduksjon. For homofile menn som benytter surrogatmor, kan kvinnen få satt inn egg som er befruktet med begge fedres spermier. Ved å redusere antallet fostre kan fedrene få tvillinger som er biologiske barn av hver sin far (Evans et al. 2015:97). Sverige har selvbestemt abort inntil utgangen av 18. svangerskapsuke (Abortlag 1974, § 1), og kvinnen kan således få vite fosterets kjønn gjennom rutineultral lyd for deretter å ta abort. Det gjelder også i USA hvor man i enkelte stater kan ta abort så sent som i 24. svangerskapsuke (*The New York Times* 2013). I deler av Asia er en kjønnsubalanse et faktum (Ganatra 2008). Likevel er det ikke slik at vi i Norge ønsker å forby selvbestemt abort fordi det foregår kjønnsselektiv abort i andre land.

Skråplansargumentet har dessuten enkelte problematiske sider. Blant annet tar ikke argumentet høyde for at vi har mulighet til å styre utviklingen. Den medisinske teknologien gjør det mulig å foreta mange valg som kan medføre sortering. Likevel følger det ikke at slike praksiser vil bli legalisert. I tillegg forutsetter skråplansargumentet at den aktuelle glidningen er uønsket. For mange ønskes derimot denne effekten velkommen, fordi det betyr at vi tillater flere tilfeller av det som i utgangspunktet er moralsk ønsket. Her er det ikke nødvendig å være «for aborter»; det er mulig å være nøytral overfor selve aborten, men mene at «tilgangen til reproduktiv selvbestemmelse» er et sterkt moralsk gode. Konklusjonen vår er følgelig at fosterreduksjon ikke medfører – i alle fall ikke på nåværende tidspunkt – noen ny form for sortering, og skiller seg derfor ikke vesentlig fra konvensjonell abort.⁴

Intensjonsargumentet

Er det riktig at en kvinne som i utgangspunktet ønsker seg barn, skal få bestemme antallet barn hun skal ha? Enkelte vil hevde at om kvinnen ønsker seg barn, må hun akseptere å få flere enn hun i utgangspunktet hadde tenkt (Clemet 2016, Det Etske Råd 2016, Skogedal & Jemli 2017, NTB 2019). La oss kalle dette *intensjonsargumentet*. Det er naturlig at enkelte vil anse dette som motstridende. Vi kan se for oss kvinne *A*, som er gravid med flerlinger, og som ønsker å redusere antall fostre kun med utgangspunkt i at hun ønsker færre barn – altså helt uavhengig av faktorer som risiko for mortalitet og morbiditet ved å fullføre et flerlingssvangerskap. Hun kan for eksempel ønske seg dette av økonomiske årsaker. Vi kan sammenligne denne kvinnen med kvinne *B*, en gravid kvinne som allerede har barn og velger å utføre en abort av samme årsak. Vi har her to gravide kvinner som begge ønsker barn, men kun et bestemt antall, på samme grunnlag. La oss videre legge til grunn at alle andre forhold er like mellom kvinne *A* og *B*. Abortloven gir kvinne *B* muligheten til å velge dette innen utgangen av 12. svangerskapsuke, uten at helsevesenet eller staten skal vurdere om kvinnens årsaker er gyldige. Basert på dette er det vanskelig å se for seg at kvinne *B* som ønsker abort, har mer rett til å bestemme antallet barn hun skal ha, enn kvinne *A* som ønsker fosterreduksjon.

Hva med en kvinne som er avhengig av *in vitro* fertilisering (IVF) for å bli gravid? Her har kvinnen åpenbart et sterkt ønske om å få barn, men er det galt å

tilby henne fosterreduksjon om prosedyren resulterer i at hun blir gravid med flere fostre enn hun ønsker? En studie fra 1992 undersøkte utfallet av 126 tvillingsvangerskap, der 59 av dem var et resultat av IVF. De fant at totalt 29 % av svangerskapene resulterte i det vi kan kalle *spontan fosterreduksjon* (*vanishing twin*) til enling, og at raten var den samme for IVF-gruppen som for normale svangerskap (Sampson & Ch. de Crespigny 1992:107-109). Ved IVF-behandling i Norge er det som regel kun ett embryo som implementeres i livmoren, hvilket reduserer sannsynligheten for flerlingsvangerskap betraktelig. Hvis prosedyren likevel resulterer i at kvinnen blir gravid med flere fostre enn hun ønsker, kan man tenke seg at det fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vil være problematisk å først bruke ressurser på å gjøre henne gravid, og deretter bruke ytterligere ressurser på å redusere antallet fostre. Her er det naturlig å sammenligne disse kostnadene med kostnadene knyttet til flerlingsvangerskap og morbiditeten hos flerlinger som blir født. Det er et komplekst regnestykke vi ikke skal ta for oss, men Mark Evans oppgir at i USA i 2000 gikk 57 % av kostnadene innen nyfødtomsorgen til premature (Evans & Britt 2010:295). Evans spør seg: «Hvis samfunnet muliggjør retten til assistert befruktning og selvbestemt abort, hvordan kan det ikke forsvare å legge til rette for et par som ønsker ett barn i stedet for to?» (Evans et al. 2015:97).

Vi har allerede avvist at et flerlingfoster har høyere eller lavere moralsk status enn et enlingfoster. På samme vis er det lite trolig at måten et foster er unnfanget på – være seg eksempelvis coitus eller IVF – skal være av betydning for dets moralske status. Vi anser det som diskriminerende å hevde at en kvinnes rett til selvbestemmelse er avhengig av hvor mange fostre hun er gravid med, eller hvordan fostrene har blitt unnfanget. På bakgrunn av dette er det vanskelig å se hvordan intensjonsargumentet kan være av betydning hva gjelder vurderingen av hvorvidt fosterreduksjon er mindre moralsk akseptabelt enn abort. Selv om man tillegger intensjonsargumenter vekt, synes tilfellet fosterreduksjon å være lite egnet til å håndheve et slikt prinsipp. Hvis vi legger til grunn at graden av ulempe et svangerskap medfører for mor, er moralsk relevant ved en avgjørelse om abort, burde denne gjelde for alle aborter.⁵

Sorgargumentet

En del av argumentasjonen mot fosterreduksjon har fokusert på sorgen for gjenværende barn ved å miste et potensielt søsken (Hegertun 2016, Kirkeberg og Næsheim 2018, Lund 2018). Vi velger å kalle dette *sorgargumentet*. Man kan tenke seg at det vil være en betydelig påkjenning for et barn å vokse opp med en visshet om at det kunne hatt en tvilling. En voksen tvilling har i debatten uttalt seg om at «[d]et å se for seg å vokse opp uten tvillingsøsteren min er helt uvirkelig for meg», og videre at «[v]elger man bort én, mister den andre en del av seg selv.» (Henden 2016a). Det er forståelig at et barn som allerede har vokst opp med en tvilling, ikke kan se for seg noe annet. Men er det noe annerledes for et barn som allerede har vokst opp med et søsken som ikke er tvilling? Også her vil det naturlig nok være vanskelig å forestille seg en oppvekst uten sitt søsken.

Henden ble etter sitt opprinnelige innlegg beskyldt for «føleri», og skrev et nytt debattinnlegg der hun kom med fire punkter hun mente var problematisk med fosterreduksjon, hvor ingen av dem dreide seg om tvillingers tilknytning eller om å miste en del av seg selv (Henden 2016b). Mange av debattinnleggene som

fremmer sorgargumentet, kan dessuten også tolkes som en appell til vordende tvillingforeldre, der de vektlegger gleden ved å være tvilling eller tvillingforelder.

Oss bekjent finnes det ingen empiriske studier på psykologiske langtidseffekter for gjenværende barn etter fosterreduksjon. For å sammenligne sorgen ved tapet av et potensielt søsken ved fosterreduksjon og selvbestemt abort vil vi i mangel av empiri derfor ta for oss mulige scenarioer, der gjenværende barn får vite at foreldrene har gjennomført henholdsvis fosterreduksjon eller konvensjonell abort.⁶

I et scenario har vi barn *A* som i løpet av oppveksten har fått vite at foreldrene i forkant av barnets unnfangelse gjennomførte en abort. Det er naturlig at barn *A* kan kjenne på en sorg over tapet av et potensielt søsken, men vanskeligere å forestille seg at det føler at det har mistet en del av seg selv eller sin identitet, da den delen aldri har eksistert. Barn *B* har på sin side fått vite at foreldrene i svangerskapet gjennomførte en fosterreduksjon. Det samme vil gjelde her; hvordan kan *B* føle at hun har mistet noe hun aldri har hatt? Noen vil argumentere for at tvillinger har en sterkere tilknytning enn andre søsken (Skoli 2016, Lund 2018). Like fullt er det ren spekulasjon å anta at man vil savne denne tilknytningen når man aldri har opplevd den. Spesielt er det intet som tyder på at de av oss som har mistet en tvilling ved spontan fosterreduksjon – hvilket skjer i minst 30 % av alle tvillingssvangerskap (Sampson & Ch. de Crespigny 1992:107-109) – lider under dette.

Det finnes imidlertid en viss forskjell mellom barn *A* og barn *B*. I tilfellet med barn *A* melder det seg det som i filosofien kalles *ikke-identitetsproblemet* (Parfit 1984). Fordi befruktningsprosessen er av en slik ekstremt tilfeldig natur, både hva gjelder fysiologiske og sosiale aspekter, kan vi med sikkerhet fastslå at barn *A* ikke hadde eksistert om foreldrene ikke hadde valgt å gjennomføre en gitt forutgående abort av et potensielt eldre søsken. De ville simpelthen ikke unnfanget *A* dersom de ikke hadde utført den aktuelle aborten. Vi kunne altså ikke hatt andre biologiske storesøsken enn dem vi faktisk har.

I et annet scenario kan vi se for oss et barn *C* som lærer om en abort foreldrene fikk utført etter barn *C* sin fødsel, fordi de ikke ønsket flere barn. Barn *C* vil da ha «mistet» et potensielt mindre søsken. Det gir mening at vi kunne ha hatt andre mindre søsken enn vi faktisk har, og slik er dette scenariet mer på linje med fosterreduksjon. Men også her er det lite relevant å snakke om at barnet mister en del av seg selv eller sin identitet, selv om man kan se for seg at barn *C* kan sitte igjen med en skyldfølelse fordi det eksisterer på bekostning av et helt annet individ. Barn *C* kan altså forestille seg at om foreldrene hadde abortert dette barnet, så ville de kanskje fått et annet barn, barn *D*, istedenfor. Men siden barn *D* er helt hypotetisk og ikke eksisterer, gir det lite mening at en slik skyldfølelse skulle ha grobunn i noe rasjonelt. Ved fosterreduksjon kan man tenke seg at dette kan medføre en enda større påkjenning, ettersom det er helt tilfeldig at det er akkurat det levende barnet som eksisterer og at et annet ble abortert. Men hvis fosterreduksjonen hadde resultert i at den andre tvillingen fikk leve, og du selv ble abortert, hadde du ikke eksistert. Flertallet av gjenværende barn etter en fosterreduksjon vil nok foretrekke å leve med tanken om at man lever på bekostning av en potensiell tvilling – om alternativet var å ikke eksistere i det hele tatt. Det samme kan vi si om abort. I et samfunn med rett til selvbestemt abort, slik som i Norge, kan alle født etter 1976 forestille seg at foreldrene kunne foretatt en selvbestemt abort. Vi finner altså at

sorgargumentet har sine svakheter, men at det ikke kan avvises kategorisk. Imidlertid klarer vi ikke å finne noen tungtveiende grunner til at sorgargumentet skal ha vesentlig større relevans for fosterreduksjoner enn for abort, og at det dermed ikke kan benyttes for å påvise en moralsk relevant forskjell mellom de to.

Psykologiske langtidseffekter for kvinnen

Det er naturlig å diskutere hvorvidt fosterreduksjon har negative psykologiske konsekvenser for mor eller foreldrepåret. Det er utført flere studier som undersøker akkurat dette. I én studie rapporterte en tredjedel av mødrene om depressive symptomer som nedstemthet og skyldfølelse ett år etter fosterreduksjonen. Disse symptomene var imidlertid i all hovedsak borte etter to år. Sammenlignet med mødre med trillinger som ikke gjennomgikk fosterreduksjon, hadde fosterreduksjonsgruppen et lavere nivå av angst og depresjon kort tid etter inngrepet, samt færre akutte vansker med tilknytning til barna som ble født (Garel et al. 1997:617). Andre studier har gitt liknende resultater, der en del av kvinnene og foreldrepårene rapporterer om opplevelse av sorg, anger og skyldfølelse kort tid etter at de har gjennomgått fosterreduksjon, men de psykologiske langtidseffektene viste seg å være beskjedne (McKinney, Downey & Timor-Tritsch 1995:51, Sentilhes et al. 2008:295, Schreiner-Engel, Walther, Midnex, Lynch & Berkowitz 1995:541). Det ble også funnet at kvinner som utfører fosterreduksjon, *ikke* har høyere risiko for å utvikle depresjon eller andre psykiske plager enn gravide eller nybakte mødre som ikke utfører fosterreduksjon (McKinney et al. 1995:51). Hele 93 % av kvinnene som deltok i en av studiene, oppga at de ville ha tatt samme beslutning om fosterreduksjon igjen (Schreiner-Engel et al. 1995:541).

Det finnes flere studier som har undersøkt de psykologiske langtidseffektene for kvinner som gjennomfører abort. I en studie fra 2000 oppga en majoritet av deltakerne to år etter å ha gjennomført inngrepet både at de var fornøyde med avgjørelsen, og at de ville valgt det samme igjen. Et flertall av kvinnene rapporterte at aborten ga flere positive enn negative psykologiske effekter, og at de ikke var deprimerte. Videre fant man at flertallet av kvinnene som oppga at de hadde negative psykologiske effekter av aborten, hadde vært deprimerte tidligere i livet (Major, Cozzarelli & Cooper 2000:777). En stor kvantitativ metaanalyse fra 2011 undersøkte sammenhengen mellom abort og psykisk lidelse ved innsamling av data fra en rekke studier utført over en periode på 14 år. Man fant at sammenlignet med gravide kvinner som ikke hadde gjennomført abort, og heller ikke ønsket det, hadde kvinner som hadde gjennomført abort, en signifikant økt risiko for å utvikle psykisk sykdom. Her kunne angivelig 5,5 % av sykdomstilfellene i denne gruppen direkte tilskrives avgjørelsen om å gjennomføre abort (Coleman 2011:180). Når man ser på mer relevante komparatorgrupper – kvinner som ønsket en abort, men ikke fikk innvilget det – er bildet et annet (Biggs, Upadhyay, McCulloch & Foster 2017, Stotland & Shrestha 2018).

Man kan diskutere hvorvidt det er en større påkjenning for kvinnen eller foreldrepåret å utføre en fosterreduksjon enn en abort (Evans et al. 2015), eller om en fosterreduksjon vil gjøre påkjenningen mindre, ved at det øker sjansen for å bringe ett eller flere friske barn til verden. De nevnte studiene forteller oss at både abort og fosterreduksjon kan oppleves som traumatisk og stressende for kvinnen og foreldrepåret kort tid etter inngrepet. Det er likevel rimelig å anta at en kvinne

som kan velge mellom fosterreduksjon eller å abortere alle fostrene, er best tjent med førstnevnte hva gjelder psykologiske langtidseffekter. Det er naturlig å anta at de positive aspektene ved å få ett eller flere friske barn, dels kan overskygge de negative effektene ved tapet av ett eller flere fostre. Det virker derfor urimelig å skulle påføre kvinnen en større belastning enn nødvendig ved å *kun* tilby komplett provosert abort i en situasjon hvor hun av ulike grunner ikke ønsker like mange barn som antall fostre hun er gravid med. Følgelig er det naturlig å tenke at risikoen for negative psykologiske langtidseffekter for kvinnen ikke kan forsvare en påstand om at fosterreduksjon er mindre moralsk akseptabelt enn abort, heller tvert imot: Kvinner som nektes abort når de ønsker det, lider, og kvinner som føler seg tvunget til fullstendig svangerskapsavbrudd, lider. Vi ser her at argumentet om psykologiske langtidseffekter kan sees å styrke det moralske rasjonale for fosterreduksjon i forhold til abort.

Sorteringsargumentet

Noen hevder at fosterreduksjon ikke bare kan føre til sortering basert på egenskaper som kjønn og utviklingsavvik, men også til et samfunn der tvillinger vil føle seg diskriminert og uønsket (Rognsvåg & Weiby 2016). Vi kaller dette *sorteringsargumentet*. Eksempelvis spør Saugstad seg: «[...] hva vil fosterreduksjon av tvillinger gjøre med vårt syn på menneskelige relasjoner generelt og tvillinger spesielt?». Videre hevder han at vi må vurdere hvilken belastning fosterreduksjon medfører for tvillinger, både de som allerede eksisterer, og de som blir gjenlevende etter et slikt inngrep (Saugstad 2016b). Bekymringen som Saugstad anfører, kan ses på som en variant av skråplansargumentet, der aksept for fosterreduksjon vil føre til en glidning mot uheldige holdninger overfor flerlinger. Men er det rimelig å legge vekt på at tvillinger som gruppe vil føle seg stigmatisert fordi vi har tillatt fosterreduksjon av tvillinger? Og er det sannsynlig at vi vil få et samfunn der tvillinger ikke er ønsket?

At fosterreduksjon er tillatt, medfører verken en moralsk eller juridisk plikt til å gjennomføre dette⁷. Retten til selvbestemt abort har ikke ført til at det ikke lenger fødes barn i Norge, og aborttallene har de siste årene vært nokså stabile. På samme måte er det liten grunn til å tro at et flertall av kvinner med tvillingsvangerskap vil velge å benytte seg av fosterreduksjon, slik at vi i ytterste konsekvens får et samfunn uten tvillinger. Selvbestemmelse innebærer at det er opp til kvinnen å bestemme om det skal gjennomføres en fosterreduksjon inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, og at det utføres på grunnlag av et informert valg ut ifra egne verdier og forutsetninger. For å sette det på spissen kan man påstå at om tvillinger som allerede eksisterer, har grunn til å føle seg diskriminert som et resultat av legalisert fosterreduksjon, synes det analogt å følge at alle nordmenn født etter 1976 har samme grunn til å føle seg diskriminert på bakgrunn av retten til selvbestemt abort.⁸

En tvilling som har uttalt seg i debatten, hevder at hvis konsekvensen av fosterreduksjon er et samfunn uten tvillinger, er det et tegn på mer grunnleggende problemer, for eksempel at støtteordningene for familier med tvillinger ikke er tilstrekkelige. Han skriver at «[...] i ytterste konsekvens er det bedre om tvillinger ikke finnes om 30 år, enn at det er retten til selvbestemt abort som forsvinner.» (Aastebøl 2016). Dette kan tolkes som en form for omvendt skråplansargumentasjon, der det virker som Aastebøl frykter at å ikke tillate

fosterreduksjon i verste fall kan føre til at abortloven innskrenkes eller forsvinner. Det er vanskelig å se for seg at retten til selvbestemt abort vil avvikles etter så mange år, kun fordi en ny prosedyre, som ikke eksisterte da abortloven ble skrevet, ikke tillates. På den annen side er det nettopp en form for innskrenking av loven, spesifikt § 2.3c, som har vært gjenstand for debatt på regjeringnivå høsten 2018. Frykten for en mer konservativ politikk og tap av etablerte rettigheter kan derfor se ut til å være til dels velbegrunnet, og det er ikke ubetydelig sammenfall mellom dem som nå ønsker sletting av § 2.3c, forbud mot fosterreduksjon, og dem som argumenterer for ytterligere innstramninger av abortloven.⁹

Det er lite som tilsier at tvillinger vil bli utryddet i Norge som et resultat av fosterreduksjon, og det er opp til politikerne å fokusere på forebyggende tiltak for fosterreduksjon på samme måte som for abort. Dessuten er det ikke slik at «tvillinghet» er en biologisk egenskap. Frykten for en utarming av genetisk variasjon, som ligger under deler av sorteringsargumentet, hefter derfor i svært liten grad ved tvillinger. Tvillingsvangerskap oppstår regelmessig. I motsetning til for eksempel utstrakt bruk av § 2.3c-aborter på fostre med Huntingtons – som kan resultere i at genet blir utryddet – er en eventuell nedgang i tvillingsvangerskap reversibel.¹⁰

På bakgrunn av dette vil vi hevde at sorteringsargumentet ikke kan benyttes til å forsvare et standpunkt om at abort er mer moralsk tillatelig enn fosterreduksjon på friske tvillinger.

Vi hevder at disse motargumentene i all hovedsak enten er svake (sorgargumentet og skadeargumentet), er kamuflerte argumenter mot abort (intensjonsargumentet), eller hører hjemme i den generelle abortdebatten (psykologiske langtidseffekter for kvinnen), og at de sterkere argumentene alle hører hjemme i § 2.3c-debatten (sorteringsargumentet og skråplansargumentet). Samlet sett vurderer vi at disse motargumentene mot fosterreduksjon ikke indikerer at det finnes en moralsk relevant forskjell mellom fosterreduksjon og selvbestemt abort, og at de ikke gir et tungtveiende forsvar for et forbud mot prosedyren.

Argumenter for fosterreduksjon

Vi vil i det følgende ta for oss argumenter som taler *for* fosterreduksjon. Vi vil se på foreldreautonomi, og diskutere hvorfor selektiv fosterreduksjon ikke er nok.

Foreldreautonomi

Respekt for autonomi, eller selvbestemmelse, er et av de viktigste prinsippene i medisinsk etikk (Gillon 2003:307). Med dette anerkjenner vi pasientens rett til å ha egne meninger, bestemme over egen kropp og helse, og til å ta valg basert på personlige verdier og overbevisninger. I valget om abort og fosterreduksjon er det spesielt viktig at kvinnen får tilstrekkelig informasjon om behandlingsalternativene. Som et forebyggende tiltak må informasjonen omhandle hvordan samfunnet kan bistå henne dersom hun velger å fullføre svangerskapet. Det gir grunnlaget for informert samtykke, som er sentralt i prinsippet om respekt for autonomi (ACOG Committee 2013:405). Når vi, gjennom abortloven, gir en kvinne respekt for autonomi i valget om abort, hvorfor skulle vi ikke gjøre det samme for en kvinne som ønsker fosterreduksjon? Det er fremdeles kvinnens

kropp, helse, livssituasjon og familie som påvirkes. Hvis hun selv opplever at det vil bli en for stor belastning å bringe like mange barn til verden som antallet fostre hun er gravid med, bør hun ikke tvinges til å avslutte svangerskapet når vi nå kan tilby henne å beholde ett eller flere av fostrene.

Valget om fosterreduksjon er ikke en enkel beslutning å ta, på samme måte som valget om abort ikke er det. Evans sier etter 20 års erfaring med fosterreduksjoner: «Fosterreduksjon av et hvilket som helst antall er emosjonelt og moralsk problematisk for par, selv når paret har fattet en informert beslutning etter en omfattende samtykkeprosess.» (Evans & Britt 2010:295). Å respektere kvinnens og foreldrepårets autonomi fører ikke til at vi pålegger dem en avgjørelse, men gir hver enkelt kvinne og par frihet til å gjøre det valget som er i best samsvar med deres sett av verdier og trosretning. Vi mener denne retten og friheten må ivaretas og beskyttes.

Hvorfor selektiv fosterreduksjon ikke er nok

Noen vil påstå at det er en vesentlig moralsk forskjell mellom selektiv fosterreduksjon og fosterreduksjon av friske fostre. Det er forståelig at en reduksjon av et foster med alvorlig somatisk sykdom eller lidelse kan oppfattes som mer moralsk akseptabelt enn en reduksjon av et friskt foster. Filosofen Leah McClimmans forsvarer selektiv fosterreduksjon, blant annet på grunnlag av *livbåtprinsippet*. Hun sammenligner et flerlingsvangerskap med en overlastet livbåt som er i ferd med å synke, og hevder at det kan være akseptabelt å ofre noen individer for at ikke alle skal miste livet. Hun spør seg så om dette argumentet mister sin kraft ved fosterreduksjon av friske fostre. Hun hevder at det er rimelig å anta at foreldre som ønsker uselektiv fosterreduksjon, mener at å ikke redusere antallet fostre også vil føre til lidelse eller skade. McClimmans legger vekt på at det er problematisk å kun benytte medisinske fakta og diagnoser som veileder for etiske avgjørelser. Medisinske fakta er ikke moralsk nøytrale, siden det kun baserer seg på biologiske aspekter ved helse (McClimmans 2010:295).

Det er åpenbart at helse er et komplekst konsept, som i tillegg til biologiske aspekter også omfatter blant annet mental helse, sosiale aspekter og egen oppfatning av livskvalitet (WHO 1946). Det er en gjengs oppfatning at det til dels er subjektivt hva man anser som god helse, og hva man anser som skade, til tross for objektive medisinske fakta. På bakgrunn av dette blir det altså feil å konkludere med at tilstedeværelse av en somatisk lidelse er synonymt med dårlig helse, og at fraværet av lidelsen er synonymt med god helse (McClimmans 2010:295). Hvis en kvinne ut fra egen livssituasjon anser at det å fullføre et flerlingsvangerskap med alle fostre, totalt sett vil føre til dårligere helse for henne og/eller barna som blir født, uavhengig av om det er somatisk lidelse til stede, fremstår det klart for oss at fosterreduksjon kan være et godt alternativ for henne, og et valg vi som samfunn bør respektere. Med utgangspunkt i dette er det vanskelig å argumentere for at kvinnens helse og livssituasjon skal være mer tungtveiende faktorer ved en beslutning om fosterreduksjon av syke enn av friske fostre. Slik vi ser det, vil en påstand om at selektiv fosterreduksjon er moralsk akseptabelt, mens fosterreduksjon av friske fostre ikke er det, medføre at selvbestemt abort av friske fostre heller ikke kan være moralsk akseptabelt.

Bør fosterreduksjon være tillatt?

Vi har vist at ingen av motargumentene er vesentlig mer gyldige for fosterreduksjon enn for alminnelig abort. I tillegg har vi fremhevet retten til selvbestemmelse som et like viktig argument for fosterreduksjon som for selvbestemt abort. Norge har hatt retten til selvbestemt abort lovfestet i over 40 år. Det var selvfølgelig vanskelig å forutse at man etterhvert måtte ta stilling til fosterreduksjon da Abortloven ble utformet, og det er enkelt å forstå at å tillate nye medisinske prosedyrer som omhandler liv og død, skaper grobunn for ny debatt. På bakgrunn av diskusjonen vår finner vi imidlertid ingen holdepunkter for at et land med lovlig abort ikke også skal tillate fosterreduksjon av friske fostre¹.

Fosterreduksjon har vært utført i USA siden 1980-tallet, og vi har vist til at prosedyren som benyttes i Norge, ikke medfører noen signifikant økt risiko for skade av gjenværende foster sammenlignet med risikoen ved å fullføre et flerlingsvangerskap. Det er åpenbart at prosedyren krever god opplæring av legene som skal utføre den, på lik linje med andre medisinske prosedyrer. Vi anser det som fornuftig at det er et lite utvalg leger som læres opp i å utføre fosterreduksjoner, og at dette er sentralisert i en nasjonal behandlingstjeneste (Evans 2016).

Gitt at norske leger behersker metoden benyttet for fosterreduksjon, ser vi ingen grunn til at dette ikke skal være tillatt med samme vilkår som for selvbestemt abort. Vi har i liten grad diskutert lovverket i denne artikkelen, men det kan tenkes at det kan virke oppklarende for noen om det eksisterer en egen paragraf i abortloven som spesifikt omhandler fosterreduksjon.

Konklusjon

Målet med denne artikkelen har vært å diskutere om det er noen moralsk relevant forskjell mellom abort (av friske fostre) og fosterreduksjon av friske fostre. Først vurderte vi argumenter mot fosterreduksjon. Vi diskuterte skadeargumentet, skråplansargumentet, intensjonsargumentet, sorgargumentet, psykologiske langtidseffekter for kvinnen og sorteringsargumentet. Deretter vurderte vi argumenter for fosterreduksjon, med vekt på foreldreautonomi og hvorfor selektiv fosterreduksjon ikke er nok. Vår konklusjon er at dersom abort skal være moralsk tillatelig, så fremstår det som rimelig at fosterreduksjon også skal være moralsk tillatelig. Dette gjelder såfremt det ikke finnes overbevisende forskningsresultater vedrørende risiko for skade på gjenværende fostre eller den gravide kvinnen som vi har oversett. Følgelig fremstår det rimelig å konkludere med at spørsmålet om hvorvidt fosterreduksjon av friske fostre skal være moralsk akseptabelt, avhenger direkte av hvorvidt abort er moralsk akseptabelt.

Takk til Mark Evans og Birgitte Kahrs for god hjelp med evidens, samt til to anonyme fagfeller for nyttige innspill som har forbedret artikkelen.

Noter

¹ På tidspunktet for korrekturlesing av denne artikkelen ligger det et lovforslag ute på høring om å forby selvbestemt fosterreduksjon (Helse- og omsorgs-

departementet 2019). Den aller siste tids debatt og hendelser er også søkt belyst gjennom fotnote 3 og 4.

² Tallene for gjennomførte fosterreduksjoner gjelder frem til 23.11.18.

³ Intensjonsargumentet inkluderer imperativet «Klarer du én, klarer du to» (NTB 2019).

⁴ En del har likevel antydnet at fosterreduksjon *i seg selv* er en form for sortering, siden ett foster velges ut (Saugstad 2016a). Det er en kuriositet at *å sortere* etymologisk stammer fra det latinske *sortiri*, som betyr «å velge ut ved loddkasting». Betydningen av det norske *sortere* er imidlertid i en viss forstand motsatt: «å ordne i kategorier, gruppere etter bestemte kriterier.»

⁵ «Klarer du én, klarer du to» (NTB 2019). I høringsnotatet om lovforslag til ny abortlov er intensjonsargumentet gjenkjennelig i formuleringer om at trillingsvangerskap skal kunne reduseres til tvillinger, men ikke til enling (HOD 2019).

⁶ Det er trolig mange barn som aldri får vite at foreldrene har gjennomført fosterreduksjon eller abort. Det er vanskelig å forestille seg at dette kan ha en innvirkning på livene til disse barna, og derfor er ikke disse tilfellene nevneverdig relevante for sorgargumentet.

⁷ Selv om det ved et høyt antall fostre, for eksempel 4 eller flere, kan argumenteres for at reduksjon ned til i hvert fall tvillinger er et moralsk imperativ på linje med å ikke røyke eller bruke narkotika.

⁸ Vi anerkjenner at nordmenn født etter 1976 ikke er en minoritet i samfunnet, men at tvillinger er det. Det er naturlig å anta at tvillinger kan oppleve å ha en identitet nettopp i kraft av å være tvilling.

⁹ Vi har ikke argumentert for at det er en sammenheng mellom (1) motstand av fosterreduksjon på friske fostre og (2) motstand av abort på syke fostre (jf. § 2.3c). Det er likevel slik at de to store organisasjonene som har uttalt seg sterkt mot fosterreduksjon – KrF og Menneskeverd – også argumenterer mot § 2.3c.

¹⁰ Noe som også gjelder for kromosomavvik.

¹¹ At noe er tillatt, medfører ikke nødvendigvis at det er *rettighetsfestet*, og i et prioriteringsperspektiv kan det selvfølgelig diskuteres om fosterreduksjon av friske tvillinger bør tilbys (gratis) til alle som ønsker det. Det er ingen tvil om at en fosterreduksjon *medisinsk* er noe ganske annet enn en vanlig abort – og krever mye mer ressurser og ekspertise – selv om vi konkluderer med at det *moralsk* er sammenliknbart. Dessuten har vi ikke diskutert hvordan reservasjonsproblematikken spiller inn, og man kan tenke seg at noen ville reservere seg spesifikt mot dette.

Referanser

Aastebøl, I. (2016). Ja, så utrydd meg, da! Det er viktigere at abortloven finnes om 30 år, enn at det finnes tvillinger. *Aftenposten*. Hentet februar 27, 2018, fra: https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/m5vp/Ja_-sa-utrydd-meg_-da-Det-erviktigere-at-abortloven-finnes-om-30-ar_-enn-at-det-finnes-tvillinger--Iver-Aastebol

- Abortlag. (1974). (1974:595). Hentet februar 12, 2018, fra: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595
- Abortloven. (1976). Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50). Hentet februar 12, 2018, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- ACOG Committee. (2013). ACOG Committee opinion no. 553: multifetal pregnancy reduction. *Obstetrics & Gynecology* 121(2 Pt 1): 405-410.
- Austveg, B. (2017). *Abort – en etisk argumentasjon* (1. utg.). Oslo: Humanist forlag
- Barra, M. & Augestad, L. A. (2016). Faglige råd i fosterreduksjonssaken. *Dagens medisin*. Hentet februar 28, 2018, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/12/faglige-rad-i-fosterreduksjonssaken/>
- Biggs, M. A., Upadhyay U. D., McCulloch, C. E. & Foster D. G. (2017). Women's Mental Health and Well-Being 5 Years after Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 74(2): 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Cheong-See, F., Schuit, E., Arroyo-Manzano, D., Khalil, A., Barrett, J., Joseph, K. S.,... Thangaratinam, S. (2016). Prospective Risk of Stillbirth and Neonatal Complications in Twin Pregnancies: Systematic Review and Meta-Analysis. *British Medical Journal* 354:i4353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4353>.
- Chervenak, F. A., McCullough, L. B. & Wapner, R. J. (1992). Selective termination to a singleton pregnancy is ethically justified. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 84-87. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1992.02020084.x>
- Clemet, K. (2016). Et foster for mye? *Civita*. Hentet november 12, 2018, fra: <https://www.civita.no/2016/02/22/et-foster-for-mye>
- Clemet, K. (2018). Paragraf 2c: Prinsipielt og moralsk viktig. *Civita*. Hentet november 12, 2018, fra: http://clemet.blogg.no/1541008119_paragraf_2c_prinsipielt_og_moralsk_viktig.html
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry* 199(3): 180-186. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>
- Det Etske Råd. (2016). Det Etske Råds udtalelse om fosterantalsreduktion. Hentet november 15, 2018, fra: <http://www.etiskraad.dk/etske-temaer/abort-og-fosterdiagnostik/publikationer/udtalelse-om-fosterantalsreduktion-2016>
- Evans, M. I., Kaufman, M. I., Urban, A. J., Britt, D. W. & Fletcher, J. C. (2004). Fetal reduction from twins to a singleton: a reasonable consideration? *Obstetrics & Gynecology* 104(1): 102-9. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000128299.57908.90>
- Evans, M. I. & Britt, D. W. (2010). Multifetal Pregnancy Reduction: Evolution of the Ethical Arguments. *Seminars in Reproductive Medicine* 28(4):295-302. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255177>
- Evans, M. I., Andriole, S. & Britt, D. W. (2014). Fetal reduction: 25 years' experience. *Fetal diagnosis and therapy* 35(2): 69-82. <https://doi.org/10.1159/000357974>
- Evans, M. I., Andriole, S., Evans, S. M. & Britt, D. W. (2015). Medical Reasons for Pregnancy Interruption: Fetal Reduction. I: J. P. Galst, M. S. Verp (Red), *Prenatal and Preimplantation Diagnosis* (s. 97-117). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18911-6_5

- Evans, M. I. (2016). Uvitenhet – eller feilaktig skråsikkerhet. *Dagens medisin*. Hentet november 12, 2018, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/13/uvitenhet--eller-feilaktig-skrasikkerhet/>
- Förordning om avbrytande av havandeskap. (1970). Hentet februar 12, 2018, fra: <http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700359?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=abort>
- Ganatra, B. (2008). Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia. *Reproductive Health Matters* 16(sup31):90-98.
- Garel, M., Stark, C., Blondel, B., Lefebvre, G., Vauthier-Brouzes, D. & Zorn, J. R. (1997). Psychological reactions after multifetal pregnancy reduction: a 2-year follow-up study. *Human reproduction* 12(3): 617-622. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.3.617>
- Gillon, R. (2003). Ethics needs principles - four can encompass the rest - and respect for autonomy should be “first among equals”. *Journal of Medical Ethics* 29(5): 307-312. <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.307>
- Gupta, S., Fox, N., Feinberg, J., Klauser, C.K., Rebarber, A. (2015). Outcomes in twin pregnancies reduced to singleton pregnancies compared with ongoing twin pregnancies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 213(4):580.e1-580.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.018>
- Haigh, M., Wood, J. S. & Stewart, A. J. (2016). Slippery slope arguments imply opposition to change. *Memory & Cognition* 44(5): 819-836. <https://doi.org/10.3758/s13421-016-0596-9>
- Hasson, J., Shapira, A., Many, A., Jaffa, A. & Har-Toov, J. (2011). Reduction of twin pregnancy to singleton: does it improve pregnancy outcome? *The journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 24(11):1362-1366. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.547964>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Høringsnotat - Endringer i abortloven – fosterreduksjon. Hentet 15. mars 2019 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3d322570d7704b579df327e00f6f039a/horingsnotat---endringer-i-abortloven---fosterreduksjon14334591.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). Helsedirektoratets vurderinger i forbindelse med fosterreduksjon for abortsøkende kvinner med flerlingesvangerskap. Hentet 8. februar 2018, fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Abortloven/Brev%20om%20vurderinger%20flerlingesvangerskap%2027032014.pdf>
- Henden, A. (2016a). Jeg er for abort, men jeg er også tvilling. Og norsk lov gir meg bakoversveis. *Aftenposten*. Hentet februar 26, 2018, fra: https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/JEkJ/Jeg-er-for-abort_-men-jeg-er-ogsa-tvillingOg-norsk-lov-gir-meg-bakoversveis--Amalie-Henden-22
- Henden, A. (2016b). Fire problemer med tvillingabort – uten føleri. *Aftenposten*. Hentet november 25, 2018 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/7l5Xw/Fire-problemer-med-tvillingabort---uten-foleri--Tvilling-Amalie-Henden>
- Hegertun, A. (2016). Elvis savnet tvillingbroren sin hele livet. *Aftenposten*. Hentet november 22, 2018, fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/4zM6/Elvis-savnet-tvillingbroren-sin-hele-livet--Andreas-Hegertun>

- Keberg, K. J. & Næsheim, A. A. (2018). *Aftenposten*. Hentet november 22, 2018, fra: https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/5VzXmz/Du-hadde-en-tvilling_og-du-var-tilfeldigvis-den-som-fikk-leve---Kirkeberg-og-Nasheim
- Kristelig folkeparti. (2018). Sortering og tvillingabort – Hva mener egentlig Krf? Hentet desember 05, 2018, fra: <https://www.krf.no/nyheter/nyheter-fra-krf/sortering-og-tvillingabort/>
- Lund, S. S. (2018). Jeg kan ikke forestille meg et liv uten tvillingbroren min. *Aftenposten*. Hentet november 22, 2018, fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/l107nA/Jeg-kan-ikke-forestille-meg-et-liv-uten-tvillingbroren-min--Solaia-Skogen-Lund>
- Lovavdelingen. (2000). § 2 – Tolkning av lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd. Hentet november 09, 2018 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/-2---tolkning-av-lov-av-13.-juni-1975-nr.-50-om-svangerskapsavbrudd/id2480549/>
- Lovavdelingen. (2016). § 2 - Tolkning av abortloven. Hentet februar 08, 2018, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/-2---tolkning-avabortloven/id2476193/>
- Major, B., Cozzarelli, C. & Cooper, M. (2000) Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Archives of General Psychiatry* 57(8): 777-784. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>
- Marquis, D. (1989). Why abortion is immoral. *The Journal of Philosophy* 86(4): 183-202. <https://doi.org/10.2307/2026961>
- McClimmans, L. (2010). Elective twin reductions: evidence and ethics. *Bioethics* 24(6): 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.01704.x>
- McKinney, M., Downey, J. & Timor-Tritsch, I. (1995). The psychological effects of multifetal pregnancy reduction. *Fertility and Sterility* 64(1): 51-61. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)57654-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)57654-7)
- Menneskeverd. Tema: Abort. Hentet november 21, 2018, fra: <https://www.menneskeverd.no/tema/abort/>
- Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin. (2016). Årsrapport. Hentet november 26, 2018, fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NB-HMN-01/2016>
- Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin. (2017). Årsrapport. Hentet november 26, 2018, fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NB-HMN-01/2017>
- Nilsen, L. (2016). Frykter konsekvensene av fosterreduksjon. *Dagens Medisin*. Hentet februar 28, 2018, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/18/frykter-konsekvensene-avfosterreduksjon>
- NOU 1991: 6. (1990). *Mennesker og bioteknologi*. Hentet november 09, 2018, fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154784-nou1991-6.pdf>
- NTB 2019. Ropstad: – Klarer du å bære frem ett barn, klarer du to. Fra *Aftenposten*, hentet 15. mars 2019 fra: <https://www.aftenposten.no/article/ap-OnK0MA.html>
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. 1. utg. New York: Oxford University Press.
- Pew Research Center. (2018). 6. Religion and society. Hentet fra: <http://www.pewforum.org/2018/05/29/religion-and-society/>.

- Retsinformation. (2006). Veiledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, 3. *Tilladelig fosterreduktion*. Hentet februar 12, 2018, fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10239>
- Rognsvåg, S. & Weibye, T. (2016). KrF og Sp ber Høie forby tvillingaborter. *Dagen*. Hentet februar 28, 2018, fra: <http://www.dagen.no/Nyheter/FOSTERREDUKSJON/KrF-og-Sp-ber-Høie-forbytvillingaborter-308444>
- Røe, K., Salvesen, K. Å. & Eggebø, T. M. (2012). Blir retningslinjene for fosterdiagnostisk ultralyd fulgt? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 132(14): 1603-6.
- Salvesen, K.Å. (2016). Selvbestemt fosterreduksjon av tvillinger. *Dagens Medisin*. Hentet november 15, 2018, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/04/selvbestemt-foster--reduksjon-av-tvillinger/>
- Sampson, A. & Ch. De Crespigny, L. (1992). Vanishing twins: the frequency of spontaneous fetal reduction of a twin pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 107-109. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1992.02020107.x>
- Santana, D. S., Cecatti, J. G., Surita, F. G., Silveira C., Costa, M. L., Souza, J. P.,... Vogel, J. P. (2016) Twin Pregnancy and Severe Maternal Outcomes: The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Obstetrics & Gynecology* 127(4): 631-641. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001338>
- Saugstad, O. D. (2016a). Fosterreduksjon åpner for ekstrem sortering. *Morgenbladet*. Hentet februar 28, 2018, fra: <https://morgenbladet.no/ideer/2016/02/fosterreduksjonapner-ekstrem-sortering>
- Saugstad, O. D. (2016b). Fosterreduksjon er inhumant. Tvillingreduksjon åpner for ekstrem sortering. *Aftenposten*. Hentet februar 27, 2018, fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/oaM77/Fosterreduksjon-er-inhumantTvillingreduksjon-apner-for-ekstrem-sortering--Ola-Didrik-Saugstad>
- Saugstad, O. D. (2018). Abort og Verdier. *Vårt Land*. Hentet november 12, 2018, fra: <http://www.verdidebatt.no/innlegg/11729647-abort-og-verdier>
- Schreiner-Engel, P., Walther, V. N., Midnex, J., Lynch, L. & Berkowitz, R. L. (1995). First-trimester multifetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychologic reactions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 172(2): 541-547. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90570-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90570-7)
- Sentilhes, L., Audibert, F., Dommergues, M., Descamps, P., Frydman, R., Mahieu-Caputo, D. (2008). Multifetal pregnancy reduction: indications, technical aspects and psychological impact. *La Presse Médicale* 37(2): 295-306. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.05.016>
- Skogedal, M. & Jemli, N. (2017). Tvillinger langer ut mot fosterreduksjon: Hvem av oss skal bort? *Stavanger Aftenblad*. Hentet november 22, 2018, fra: <https://www.byas.no/aktuelt/i/eQK6g/Tvillinger-langer-ut-mot-fosterreduksjon--Hvem-av-oss-skal-bort>
- Skoli, S. (2016). Vi tvillingmødre vet at våre tvillinger er knyttet sammen på et nivå selv ikke vi kan forstå. *Dagen*. Hentet november 22, 2018, fra: <https://www.dagen.no/dagensdebatt/samfunn/TVILLINGABORT/Vi-tvillingmødre-vet-at-vare-tvillinger-er-knyttet-sammen-pa-et-niva-selv-ikke-vi-kan-forsta-308687>

- Solberg, E. (2018). Grensen mot sorteringssamfunnet. *Ernas blogg*. Hentet desember 05, 2018, fra: <https://erna.no/2018/10/19/grensen-mot-sorteringssamfunnet/>
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). I-42/2001. Hentet februar 08, 2018, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-422001/id108956/?q=fosterreduksjon>
- Statens medicinsk-etiske råd. (2005). Yttrande angående s.k. fosterreduktion. Hentet februar 12, 2018, fra: <http://www.smer.se/skrivelser/yttrande-angaende-s-kefosterreduktion-ert-dnr-s20045253hs/>
- Statens medicinsk-etiske råd. (2017). Reduktion av antal foster. Hentet februar 12, 2018, fra: <http://www.smer.se/smer-kommenterar/smer-kommenterar-20171-reduktion-av-antalet-foster/>
- Stone, J., Ferrara, L., Kamrath, J., Getrajdman, J., Berkowitz, R., Moshier, E., Eddleman, K. (2008). Contemporary outcomes with the latest 1000 cases of multifetal pregnancy reduction (MPR). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 199(4): 406e1-406e4.
- Stotland, N. L. & Shrestha, A. D. (2018). More Evidence That Abortion Is Not Associated With Increased Risk of Mental Illness. *JAMA Psychiatry* 75(8): 775-776. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0838>
- Sundhedsloven. (2005). Afsnit VII Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion kap. 25 og 26. Hentet februar 12, 2018, fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#id6d84f65b-675e-402bb7b7-96d6877c0513>
- Sørvig, Ø.S. (2017). Jeg var abortmotstander i ett år. *Minerva*. Hentet november 12, 2018, fra: <https://www.minervanett.no/jeg-var-abortmotstander-ett-ar/>
- The New York Times*. (2013). Abortion restrictions in states. Hentet februar 28, 2018, fra: <http://www.nytimes.com/interactive/2013/06/18/us/politics/abortion-restrictions.html>
- Warren, M. A. (1973). On the moral and legal status of abortion. *The Monist* 57(1): 43-61. <https://doi.org/10.5840/monist197357133>
- Woollard, F. (2016). Motherhood and Mistakes about Defeasible Duties to Benefit. *Philosophy and Phenomenological Research* 97(1): 126-149. <https://doi.org/10.1111/phpr.12355>
- World Health Organization. (1946). Constitution of WHO: Principles. Hentet mars 18, 2018, fra: <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Zemet, R., Haas, J., Bart, Y., Barzilay, E., Zloto, K., Hershenson, R. (...) Lipitz, S. 2018. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(1):94.
- Østborg, T.B. (2016). Prinsipper og følelser om fosterreduksjon. *Dagens Medisin*. Hentet november 15, 2018, fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/04/prinsipper-og-foelelser-om-fosterreduksjon/>