

# Frå politikk til etikk – obstetrisk ultralyd i 1980- og 90-åra

## Samandrag

«Da rutineundersøkelser av gravide med ultralyd ble innført i Norge med mindre avansert teknologi, forutså man i liten grad de etiske problemer funn av utviklingsavvik skaper,» heiter det i stortingsmeldinga *Om mennesker og bioteknologi* frå 1992–93. Då hadde dei etiske utfordringane ved bruk av obstetrisk ultralyd blitt heftig debattert i det offentlege gjennom eit par år. Ved nærare gjennomgang av hendingar og diskusjonar om ultralyd frå 1970- og 80-talet, vil ein sjå at denne historiske oppsummeringa snarare er ei orsaking enn ei forklaring på korfor ultralyddiagnostikken ikkje vart etisk problematisk før omkring 1990.

Sett i eit historisk perspektiv har obstetrisk ultralyd vore ein av dei mest debatterte og omstridde medisinske teknologiane i Noreg. I denne artikkelen tek eg opp korleis dei etiske diskusjonane oppstod og drøftar nokre moglege årsaker til at det tok 20 år med klinisk bruk før ultralyddiagnostikk av gravide vart omtalt som eit *etisk* problem.

*Artikkelen er basert på eit emne frå forfattern si doktoravhandling (1), som byggjer på arkivmateriale frå perioden 1970–95 frå tre medisinske spesialforeningar, intervju, Tidsskrift for Den norske lægeforening, offentlege utgreiingar, forskingsrapportar og eit omfemnande mediemateriale*

> Se også side 2816

Lise Kvande

*lise.kvande@hf.ntnu.no*

Senter for teknologi og samfunn  
Institutt for tverrfaglege kulturstudier  
Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet  
7491 Trondheim

Ultralyd som metode for å diagnostisere svangerskap vart kjent i 1958, og utover i 1960-åra vart både teknologien og diagnostikken utvikla ved ei rad senter i Europa og resten av verda (2). Til Noreg kom dei første apparata i 1969–70 ved kvinneklinikkane i Tromsø og Bergen. Utbreiinga av den nye teknologien gjekk treigt dei første åra. Først i siste del av 1970-åra kan ein snakke om ultralyd som ein vanleg obstetrisk prosedyre, då ny og enklare teknologi med betre biletkvalitet gjorde at stendig fleire gynekologar tok han i bruk. Ved overgangen til 1980-talet hadde mest helvta av alle fødeinstitusjonar ultralyd, og desse stod for over 80 % av fødslane i landet (3).

Føremålet med ultralydundersøkingar vart først og fremst definert til å vere å fastsetje fødetermin, lokalisere placenta og å avdekkje fleirlingesvangerskap. Ultralyd var såleis eit nytt instrument for å avsløre patologiske tilstandar, men framfor alt vart det forstått som eit nytt hjelpemiddel i det førebyggjande helsearbeidet fram mot fødsel. Det var som svangerskapsdiagnostikk denne teknologien hadde ein funksjon – det skulle ta fleire år før han også vart vurdert som ein fosterdiagnostisk metode. I presentasjonane av ultralyd utover i 1970-åra vart høvet til å diagnostisere misdanningar knapt nemnt, og berre bisetningsvis. Det einaste unnataket her var ein artikkel i Tidsskriftet i 1979, der Erling Gerds (f. 1928) presenterte eit kasus med anencephalus oppdaga med ultralyd (4). Gerds argumenterte her for at høvet til å diagnostisere misdanningar burde vere grunn til å byrje med ultralydscreening.

Dette synet kom ikkje til å bli eit vesentleg argument for rutinemessige ultralydundersøkingar i Noreg. Derimot var det fleire klinikkar som vurderte å byrje med eit screeningprogram ut ifrå argument om effektiv klinikkorganisering og nytteeffekt av å stadfeste fødetermin med ultralyd i andre trimester. Først ute med å tilby ultralyd på rutinebasis var kvinneklinikkane ved Ullevål sykehus og Fylkessjukehuset i Ålesund i 1981. På dette tidspunktet hadde

Vest-Tyskland, som einaste land, nettopp vedteke eit nasjonalt screeningprogram for obstetrisk ultralyd. Tilsvarande ordning var innført ved fleire klinikkar i Europa, m.a. i Malmö, som vart eit førebilete for dei norske klinikkane.

Innføring av screening ved Ullevål sykehus skapte debatt i Tidsskriftet sine spaltar våren 1981. Med Kirsti Malterud (f. 1949) i spissen, vart det protestert mot sjukleggjing av svangerskap og bruk av helsetenester på eit unødvendig spesialisert og teknologisert nivå (5, 6). Hans A. Sande (f. 1939) forsvarte omlegginga med at det gamle regimet der ein på vide indikasjonar utførte stendig fleire og meir tilfellelege ultralydundersøkingar var eit misbruk av ressursar. Ei fastare organisering av undersøkingane vart sett som ei betre utnytting av ressursane ved klinikken. Ullevål sykehus tilbød to ultralydundersøkingar til sine pasientar: Den første i 17. veke for å finne ut termin, diagnostisere fleirlingesvangerskap, lokalisere morkaka og påvise grove misdanningar, og den andre i 33. veke for å gjere ei vekstanalyse og plukke ut eventuelle risikopasientar (7).

## Den første store debatten

Året etter opplevde Noreg sin første store offentlege debatt om etiske problem med ny medisinsk teknologi. Debatten galdt fosterdiagnostikk, og denne termen vart i hovudsak forstått som fostervassprøver. Sommaren 1982 vart det lagt fram ei stortingsmelding om medisinsk-genetiske sørvisfunksjonar (8). Kapasiteten ved Institutt for medisinsk genetik i Oslo var sprengt, sjølv om det på dette tidspunktet vart utført berre om lag 200 fostervassprøver i året. Tilsvarande tal i Danmark var 3 000. Spørsmålet var kven som skulle få tilbod og korleis det skulle organi-

## Hovudbodskap

- Ultralyddiagnostikk av gravide vart brukt i 20 år før det vart definert som eit eige etisk problem
- Freistnader på å reise etikkdebatt i 1980-åra vart ikkje følgt opp
- Etikkdebatten kom ikkje som ein naturleg konsekvens av betre ultralydteknologi
- Årsakene til «den etiske vendinga» er mange og samansette

serast. Regjeringa gjekk inn for å byggje ut praksisen slik at kvinner over 38 år, familiar med alvorleg arveleg sjukdom eller med eit funksjonshemma barn frå før skulle få eit reelt tilbod om fosterdiagnostikk. Utover hausten gjekk diskusjonane høgt og lågt, og kom i stor grad til å handle om menneskeverd for funksjonshemma på den eine sida, og totalsituasjonen for kvinner og familiane deira på den andre. Det var i denne debatten omgrepet «sorteringssamfunn» gradvis festa seg i norsk språkbruk. Opposisjonen mot stortingsmeldinga vart første runde i etableringa av ein ny politisk diskurs kring bio- og genteknologi (9). Denne diskursen var prega av ei ny form for kollektiv etisk og, der det ser ut til at kontroversane om verdisyn gradvis kom til å få eit meir lågmælt og audmjukt preg enn det ein hadde sett t.d. i abortkampen i 1970-åra.

På dette tidspunktet hadde fleire kvinneklinikkar innført eit rutinetilbod om ultralyd, men denne diagnostikken vart med få unntak ikkje nemnt i diskusjonen om fosterdiagnostikk. Heller ikkje to viktige bøker om medisinsk etikk frå 1980-åra drøfta ultralyddiagnostikk under kapitlet om fosterdiagnostikk (10, 11). Årsaka til det er nok først og fremst at ultralyden framleis vart sett som ein svangerskapsdiagnostisk og ikkje fosterdiagnostisk metode, sjølv om gynekologar byrja få røynsle med å avdekkje lyte via ultralydskjermen. Til den årlege samlinga i Norsk forening for ultralyd-diagnostikk (NFUD) hausten 1983 hadde sekretæren i foreninga, Sturla Eik-Nes (f. 1945), invitert Helge Boman (f. 1937) til å snakke om framtidig samarbeid mellom genetikarar og ultralydbrukarar i obstettrikk. Boman oppsummerte røynslene frå debatten om fostervassprøver og meinte at ultralydbrukarane burde lære av dei: Også ultralyddiagnostikken kom til å bli debattert i eit tilsvarande etisk perspektiv, meinte han (1, s. 173).

### Politisk og fagleg strid om ultralydscreening

Det kan sjå ut til at koplinga mellom ultralyd og genetikk, og mellom ultralyd og etikk, gjorde lite inntrykk på gynekologar flest. På dette tidspunktet hadde ein nok med å debattere ei anna problemstilling, nemleg om screening av gravide med ultralyd var vettugt eller ikkje. Diskusjonar om dette spørsmålet, og m.a. om det var jordmødrer eller legar som burde stå for rutineundersøkingane, var i gang, men tok av for fullt først i 1984. Innstillinga frå det såkalla Bakketeig-utvalet om perinatalomsorgen vart lagt fram, og utvalet var negativt til screening (12). Til grunn for denne vurderinga låg m.a. ein randomisert kontrollert studie frå Trondheim, som var i ferd med å konkludere med at screening var kostbart og hadde avgrensa klinisk nytteverdi (13). Ein tilsvarande studie i Ålesund, som var først ute med å publisere motsette konklusjonar, vart ikkje tillagt vekt av utvalet (14). Ulempen med studien frå Ålesund var at han i fleire år berre var publisert som eit lesarinnlegg. Grunnlagsmaterialet var såleis ikkje tilstrekkeleg presentert til at ein kunne ha full tillit til konklusjonane.

Diskusjonane om kostnader og nytte ved screening var den store saka i diskusjonar om ultralyddiagnostikken fram til 1986 (15). Norsk forening for ultralyd-diagnostikk skipa til det første nordiske symposiet om screening hausten 1984, med deltaking frå så å seie alle obstetriske avdelingar i landet. Resultatet vart at endå fleire avdelingar byrja tilby rutinemessig ultralydundersøking, i strid med tilrådingane frå Bakketeig-utvalet. Dei sterke kontroversane på området var ein vesentleg grunn til at Norsk institutt for sjukehusforskning (NIS) valde obstetrisk ultralyd som emne for den aller første konsensuskonferansen som skulle skiptast til i Noreg.

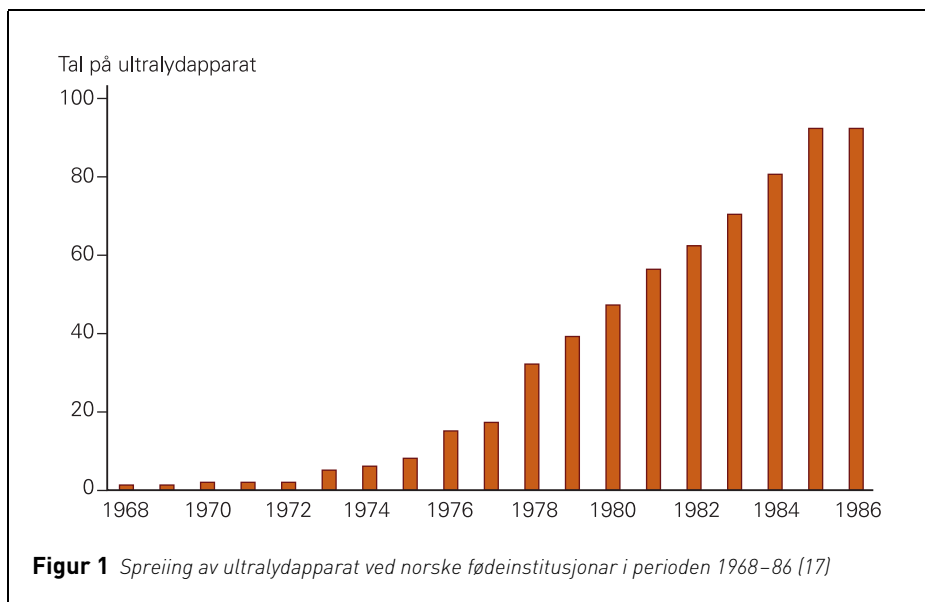
I august 1986 var det duka for samling

av om lag hundre ekspertar frå ulike fagområde, vesentleg frå medisin, som frå ulike innfallsvinklar skulle drøfte bruk av ultralyd på gravide. 27.–29. august 1986 vart det nokre intense dagar med ultralyddebbatt i Oslo. På halvannen dag skulle panelet (og andre) høyre 21 korte innlegg. Den faglege breidda som tilskiparane hadde lagt vekt på, kom ikkje heilt til uttrykk i dei inviterte innlegga. Med få unntak var innleiarane medisinarar; ikkje ein gong jordmødrene var representerte her. Den første dagen vart det stadfesta kor langt organisering og bruk av ultralyd allereie var komen. Ei fersk undersøking viste at minst 43 avdelingar, som stod for over 68 % av fødslane, praktiserte screening. Sjølv på avdelingar som dreiv med berre indikasjonsbaserte undersøkingar, var det berre 14 % av pasientane som ikkje var blitt undersøkte med ultralyd. Dette gav eit gjennomsnittleg tal på undersøkingar per svangerskap på heile 2,45 (16). Panelet skulle altså ta stilling ikkje berre til praksis for framtida, men til ein praksis som allereie var godt etablert (fig 1) (17).

### Etikk under konsensuskonferansen

I forkant hadde det vore noko usemje om kven som skulle sitje i planleggingsgruppa eller panelet og kven som skulle innleie under konferansen. Tilskiparane hadde lagt vekt på å få ei planleggingsgruppe og eit panel som ikkje hadde markert sterke synspunkt om ultralyddiagnostikken. Usemja knytte seg m.a. til om det var relevant å bruke professor i genetikk, Helge Boman som innleiar. Representanten frå Norsk gynekologisk forening meinte det ikkje var naudsynt. Dette synet illustrerer at fokuset på sjuke foster var tona ned – det viktigaste var framleis å diskutere eit eventuelt rutinetilbod til gravide kvinner.

Misdanningsproblematikk var rett nok sett opp som eige punkt, der det også vart innleidd om etiske konflikter i samband med spørsmål om utstrakt bruk av ultralyd. Samandraget frå Christian F. Borchgrevink (f. 1924) og Knut Erik Tranøy (f. 1918) sitt innlegg om etikk, viser at etiske vurderingar i hovudsak vart knytt til eventuell screening (18). Det eventuelt uetiske her ville vere ikkje å vurdere økonomiske aspekt ved auka bruk. Dette synspunktet fall inn under dei store helseøkonomiske diskusjonane frå midt i 1980-åra, der m.a. Lønning-utvalet nettopp hadde reist etiske spørsmål i høve til ressursprioriteringar i helsevesenet. Spørsmålet om informert samtykke var også viktig. Når det galdt misdanningsproblematikk, meinte Borchgrevink og Tranøy at betre teknologi i framtida ville kunne føre til etiske konflikter. Dei meinte likevel at det ikkje var særskilte etiske spørsmål knytt til ultralyd i høve til andre metodar, og at slike spørsmål strengt teke høyrde heime i abortdebatten og i mindre grad i ultralyddebbatten. Etiske problem kunne såleis «ryddast unna» det store spørsmålet:



Kva omfang og organisering bruk av obstetrisk ultralyd burde få.

Fosterdiagnostikk, selektiv abort og moglege behandlingsformer var i ferd med å bli ein viktigare del av ultralydpraksis allereie før konsensuskonferansen i 1986, og pressa hadde allereie presentert fleire historier om foster som var redda takk vere ultralyddiagnostikken. Sentralt i desse presentasjonane stod Sturla Eik-Nes. Han brann for eit vedtak i favør av rutineultralyd, men var også den som var mest frustrert over at etiske utfordringar ikkje fekk ein viktigare plass under konsensuskonferansen (1, s. 173, 208ff). Såpass harde som frontane i screeningdebatten hadde vorte dei siste åra, kan det sjå ut som eit paradoks at screeningmotstandarane ikkje argumenterte med etiske utfordringar knytte til utstrakt ultralydbruk. Når dette ikkje vart så viktig under denne første konsensuskonferansen, har det truleg fleire årsaker. Det første var at screenings spørsmålet i stor grad vart formulert som eit spørsmål om ressursbruk og pragmatisk organisering. Det andre var at misdanningsproblematikken enno ikkje var vesentleg for gynekologar flest; det viktige med ultralyd var først og fremst å kunne rekne ut termin og vurdere morkakeplassering. Det tredje var at tilskiparane var opptekne av at konferansepanelet skulle kome fram til ein konsensus om screening, og då ville ein etisk debatt lett flyte ut over dei faglege rammene for konferansen.

Leiv Bakketeig, som sat i planleggingsgruppa og dessutan var ordstyrar under delar av konferansen, meiner at det for hans del hadde samanheng med at han ønskte at ultralyd spørsmålet skulle og kunne avgjerast på eit «reint vitenskapleg grunnlag». For han som fagmann, epidemiolog, var det ikkje naturleg å inkludere misdanningsproblematikk og etikk i debatten. Hans engasjement var knytt til rutinekontroversen som eit spørsmål om kostnader og nytte. Bakketeig sat også i etterprøvningsutvalet for medisinsk-genetiske sørvisfunksjonar, som allereie i 1984 hadde uttalt at styremaktene burde sjå nærare på etiske sider ved ultralydscreening (19, s. 103). Han var med andre ord involvert i slike problemstillinger. Ved konsensuskonferansen meinte han likevel at dette spørsmålet ikkje høyrde heime, fordi det ikkje kunne funderast vitenskapleg.

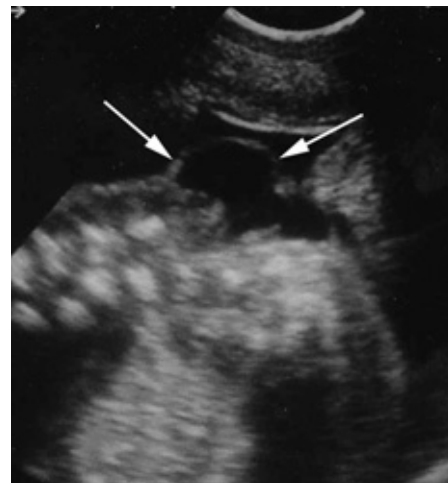
Heller ikkje Norsk institutt for sjukehusforskning ønskte at misdanningar skulle vere sentralt under konferansen, sjølv om det vart sett opp som eige punkt i programmet. Ein av tilskiparane har uttalt at strategien var å i stor grad styre unna misdanningsproblemet under konferansen, m.a. fordi det var ei tung etisk utfordring og fordi det mangla dokumentasjon på om misdanningsdiagnostikk var lurt eller ikkje. Det var ikkje rett spørsmål å stille under konferansen. Kanskje ville det vere det etter ein

lang og grundig offentlig debatt, men ikke før. Den medisinske profesjonen burde lunke etter i denne typen etiske avgjerder og ikkje ligge i forkant av dei, vart det meint (20). Det ser med andre ord ut til at både manglande vitenskapleg dokumentasjon og manglande diskusjon i samfunnet elles vart sett som grunnar til å styre unna dette emnet.

Større merksemd kring misdanningsproblematikken ville også ha komplisert det prioriterte screenings spørsmålet. I ein artikkel i Tidsskriftet like før konferansen hadde åtte legar frå Rikshospitalet presentert 14 tilfelle av fostermalformasjonar diagnostisert med ultralyd. «I den pågående debatt om ultralydscreening står spørsmålet om tidlig diagnostikk av misdannelser sentralt. I dette materialet ble kun to tilfeller diagnostisert før 30. uke.» skreiv legane, og meinte at det som lét seg diagnostisere før 20. veke først og fremst var anencephalus, tidleg utvikla hydrocephalus og større meningomyeloceler: «Andre misdannelser kan først diagnostiseres senere i graviditeten. Dette er ett av flere argumenter for rutinemessig ultralydundersøkelse også ved ca. 32 svangerskapsuger,» skreiv dei (21). På dette tidspunktet hadde ultralydlaboratoriet i Trondheim allereie fått medieomtale for å ha diagnostisert og behandla fleire foster yngre enn 30 veker (1, kap. 7). At misdanningsproblematikk ville vere eit argument for ultralydundersøking også i veke 32, kan vere ein grunn til at dette emnet vart tona ned under konferansen. For alle var samde om at den viktigaste ultralydundersøkinga ville vere om lag i veke 18, og spenninga var stor til om konsensuspanelet ville tilrå rutineultralyd i det heile. Mangelen på etikkdiskusjon ser med andre ord ikkje ut til å ha handle om at teknologien var for dårleg til å diagnostisere misdanningar, men snarare eit medvite val basert på ei klår motvilje mot å ta etikk/misdanningsproblematikk opp til brei drøfting. Desse problemstillingane vart nedprioriterte til fordel for andre spørsmål knytt til screening.

Ulike ekspertar hadde motsette syn på kor grensene for diskusjonen skulle gå. Denne usemja kan sjåast som ein motsetnad mellom dei som meinte at legitimiteten for konsensus måtte tuftast på vitenskapleg autonomi, og dei som meinte at ultralyd spørsmålet kravde ei saksføreaving ut over slike rammer. Men her var sjølv sagt også dei som framleis ikkje var heilt overtydde om kva dei skulle meine om ultralydscreening.

Konklusjonen frå panelet vart at Noreg, som det andre landet i Europa (etter Vest-Tyskland), burde tilby éi rutineundersøking til alle gravide. Denne konklusjonen vart gjort trass i at panelet ikkje fann det vitenskapleg prova at eit screeningprogram var nyttig. Det var korkje vitenskaplege omsyn eller uttrykte politiske mål som først og



Bilete av spina bifida, lengdesnitt, fosteralder 18 veker. Pilene peikar på sjølve myelomeningocele. Foto Nasjonalt senter for fostermedisin

fremst legitimerte konsensuskonklusjonen, men andre tilhøve, som i sum kan kallast den eksisterande kliniske praksisen. Panelet lista opp fem viktige faktorar: Ultralyd var allereie særers utbreidd i bruk. Klinikarane såg på ultralydteknologi som uunnverleg, men tilbodet var dårleg organisert og det var per dags dato eit vesentleg overforbruk. Faglege, økonomiske og menneskelege grunnar talte for betre organisering m.a. for å gje eit meir rettferdig tilbod både kvalitativt og kvantitativt. Sjølv om det ikkje var dokumentert skadeeffektar av ultralyd, tilsa «sunt skjønn» å halde forbruket så lågt som det var «fagleg forsvarleg». Og: «Psykologisk og samfunnsmessig nytte er vanskelig å måle, men må likevel tillegges vekt. Det samme gjelder rettferdshensyn» (22). I sum vart problemstillinga såleis definert som eit spørsmål om organisering av tilbodet; om rettferd (eller standardisering), om kvalitet og kompetanse og om reduksjon i overforbruk.

### Positivt syn på ultralyd i media

Konsensusutsegna vart gjeldande politikk for ultralydbruken. I åra som følgde vart diskusjonane om rutineultralyd tona ned, sjølv om det framleis var (og er) usemje. Det vil ikkje seie at ultralyddiagnostikken fekk mindre merksemd enn før. Tvert imot kom siste del av 1980-talet til å bli ein periode med stort mediefokus på ultralyd. Dette fokuset vart knytt til nettopp det som ikkje hadde vore eit viktig grunnlag for konsensus, nemleg misdanningsproblematikk. Med denne dreininga kom ultralyd i det offentlege til å framstå meir og meir som ein fosterdiagnostisk metode, der spørsmål om morkakeplassering og estimat av fosteralder ikkje hadde nokon plass. Gjennom desse åra kom det eine oppslaget etter det andre om såkalla mirakelbarn; foster som hadde overlevd svangerskapet trass hjarte-problem, rhesusimmunisering og andre livstrugande tilstandar. Oppbygginga av

fostermedisin som fagfelt vart tett følgt av media, og det var utelukkande positive historier om ultralyd som livreddar som fekk plass.

Bakgrunnen for dette fokuset og måten stoffet vart presentert på, kan ein finne både i ei tiltakande tabloidisering av pressa, auka oppmerksomd kring medisins- og helsestoff (som i Tidsskriftet sine spaltar vart drøfta som problemet «mediasin» (23)), og eit medvite arbeid frå ultralydbrukarane i Trondheim for å byggje opp eit nasjonalt kompetansesenter i fostermedisin. Det ein-tydig positive biletet som media gav, kan illustrerast med avisa *Ryfylke* si oppsummering under eit portrettintervju med professor Eik-Nes i 1988: «Det knyter seg ikkje mange etiske kontroversar til forskninga Sturla Eik-Nes driv» (24). Eik-Nes var den mest medieprofilerte ultralydbrukaren og fostermedisinaren i landet, og mangelen på etisk problematiserande perspektiv var eit homogent trekk ved alle oppslag.

Dei første offentlege røystene som stilte spørsmål ved ultralyddiagnostikk og selektive abortar, kom frå jordmorgruppa i Norsk sjukepleiarforbund sommaren 1989. Dei ønskte å rope eit varsku om auke i talet på seinabortar grunna den tekniske utviklinga, det vil seie ultralyddiagnostikk, fostervassprøver og morkakeprøver. Jordmorgruppa oppfatta særleg utbygginga av rutinetilbod om ultralyd som ei årsak til auken i seinabortar (25). Utspelet førte til ein debatt om endring av abortlova, og helsedirektoratet sette ned ei gruppe for å lage oversyn over omfanget. Noko stort oppstuss kan ein likevel ikkje seie at utspelet frå jordmødrene førte til i denne omgangen, og presentasjonen av nye mirakelbarn heldt fram eit år til.

Parallelt med presentasjonane av mirakelbarn var ein ny medisinsk-etisk debatt under opsegling. Det eine var som nemnt diskusjonane om ressursprioritering i kjølvatnet av Lønning-utvalet si innstilling, det andre var høglytte diskusjonar om assistert befruktning som kom etter dei første føds-lane av prøverørsbarn i 1984. Frå midten av 1980-åra tok dei politiske partia inn nye omgrep som bioteknologi, biopolitikk og bioetikk i partiprogramma, og det innvarsla ein ny måte å vurdere og gruppere særskilte politiske spørsmål knytte til ny teknologi. På det medisinske området generelt og i reproduksjonsteknologien spesielt kom spørsmål om etiske utfordringar og grense-setningar for medisinsk praksis gradvis til å bli tillagt større vekt i det offentlege. Debatten om lov om kunstig befruktning i 1987 var her eit viktig utgangspunkt. Stortinget sette då ned eit eige etikkutval som både skulle skissere eit opplegg til etisk debatt og presentere eit lovframlegg. Julie Skjæraasen (f. 1928) leidde utvalet som i november 1990 la fram den første bioteknologimeldinga, *Mennesker og bioteknologi* (19).



Figur 2 Eit lite utval avisoverskrifter om ultralyd frå perioden 1991–95

### Mennesker og bioteknologi

Med presentasjonen av bioteknologimeldinga var grunnen lagt for ein langvarig debatt om etiske grenser ved ny medisinsk teknologi. Mange spørsmål var oppe, og blant desse var ultralyd eit av dei mest sentrale i den offentlege debatten dei komande fem åra (fig 2). Etikkuvalet kritiserte m.a. at spørsmålet om rutineultralyd ikkje hadde vorte lagt fram for Stortinget. Under debatten om medisinsk-genetiske sørvisfunksjonar i 1983 hadde det kome synspunkt om at moglege masseundersøkingar av gravide i framtida burde bli lagt fram for Stortinget (19, s. 107). Denne koplinga mellom rutineultralyd og etikkordskiftet frå 1983 var ny, og nettopp dette tilhøvet mellom masseundersøking og vanskelege einskildsaker kom til å bli drøfta som problematisk.

Vesentleg for å forstå dette skiftet er det nye fokuset på ultralyd som fosterdiagnostikk, meir enn som svangerskapsdiagnostikk, sist i 1980-åra. Under diskusjonane som følgde etter jordmorsutvalet i 1989 og etikkuvalet si innstilling i 1990, vart legane m.a. skulda for å ha halde dei etiske spørsmåla for seg sjølve (26). Men som nemnt hadde Norsk forening for ultralyd-diagnostikk teke opp emnet etter etikkdebatten om fostervassprøver i 1983, og somme hadde arbeid for å få ein breiare debatt under konsensuskonferansen i 1986. Med tanke på at tilskiparane av konsensuskonferansen ikkje hadde ønskt ein etikkdebatt før emnet vart diskutert offentleg, hadde ingen partar løfta fram etiske spørsmål som eit sjølvstendig emne tidlegare. Grunnen til det var ikkje at teknologien hadde vore for dårleg,

men snarare at samfunnet ikkje hadde formulert bioetikk som ein særegen diskurs på noko område før det Berge Furre har omtalt som «etikkbølgja» skylte inn over landet mot slutten av 1980-åra. Til dette biletet høyrer også det som Maren Skaset har skildra som ei utvikling bort frå ideen om at kvalitet i helsevesenet først og fremst var eit resultat av høg fagleg og etisk standard hjå personalet. Vilja til å overlata spørsmålet om kvalitet til dei profesjonelle forsvann ifølgje Skaset på 1980-talet (27). I ultralyddebatten kom dette til uttrykk som ein gryande mistillit til at legane handla etisk forsvarleg og eit krav om offentleg innsyn i og regulering av praksis. Den nye etikdebatten handla såleis vel så mykje om tillit og legitimitet for ekspertisen som om grunnlaget for selektive abortar.

Spørsmålet om kva utfordringar obstetriske ultralyd eigentleg representerte vart såleis vesentleg endra på få år, og endringa var så viktig at ein ny konsensuskonferanse om ultralyddiagnostikk vart halden i 1995. Denne gongen stod misdanningsproblematikk og etikk øvst på dagsordenen. Som vist i denne artikkelen kan den teknologiske utviklinga i seg sjølv ikkje forklare korfor etikdebatten kom seint i gang. Føresetnadene for å diskutere problematiske sider ved ultralyden hadde vore klare i meir enn ti år, men det er ei oppsummering som berre kan gjerast etter at etikdebatten faktisk kom, i etterpåkløskskapen sitt namn. Når denne teknologien vart etisk problematisk i den offentlege debatten i 1990-åra, var det dels eit skifte som vart bore fram av andre medisinske teknologiar, som assistert befruktning. Samfunnet hadde ikkje etterlyst etiske argument i ultralydspørsmålet

tidlegare. I den grad nokon hadde freista ta opp etiske perspektiv til diskusjon, var det ultralydbrukarar og fostermedisinarar sjølve.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

#### Litteratur

1. Kvande L. Bilete av svangerskap – bilete av foster. Ultralyd-diagnostikk i norsk svangerskapsomsorg 1970–1995. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.
2. McNay M, Fleming JEE. Forty years of obstetric ultrasound 1957–1997: From A-scope to three dimensions. *Ultrasound Med Biol* 1999; 25: 3–56.
3. Larssen K-E, Bakketeig LS, Bergsjø P et al. Perinatal service i Norge i 1970-årene. NIS-rapport nr. 6/1981. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1981.
4. Gerds E. Ultralyd og anencephalus. Antenatal diagnostikk av misdannelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1979; 99: 469–70.
5. Malterud K. Screeningundersøkelser med ultralyd i svangerskapet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 738.
6. Malterud K, Hjortdal P, Strand K et al. Screeningundersøkelser med ultralyd i svangerskapet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 1151.
7. Sande HA. Svangerskapskontroller for kvinner som skal føde på Ullevål sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 738.
8. St.meld. nr. 73 (1981–82) Om organisering av medisinsk-genetiske servicefunksjoner i Norge.
9. Nielsen TH, Monsen A, Tennøe T. Livets tre og kodenes kode. Fra genetik til bioteknologi Norge 1900–2000. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 210.
10. Roland M, Schjødt AE, red. Aktuelle problemer i medisinsk etikk. Provosert abort. Prenatal diagnostikk. Eutanasi. Oslo: Luther Forlag, 1980.
11. Skjæraasen J. Fosterdiagnostikk. I: Neegaard G, red. *Moderne medisin og etikk*. Oslo: NKS-forlaget, 1985.
12. Noregs offentlege utgreiingar. Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. NOU 1984: 17.
13. Bakketeig LS, Jacobsen G, Brodtkorb CJ et al. Randomised controlled trial of ultrasonographic screening in pregnancy. *Lancet* 1984; 2: 207–11.
14. Eik-Nes SH, Økland O, Aure JC et al. Ultrasound screening in pregnancy: A randomised controlled trial. *Lancet* 1984; 1: 1347.
15. Kvande L. Til beste for pasienten eller samfunnet? Kontroversen om ultralyd som svangerskapsdiagnostikk. I: Sørensen KH, Gansmo HJ, Lagesen VA et al, red. *Vitenskap som dialog – kunnskap i bevegelse. Tverrfaglighet og kunnskapskulturer i forskning*. Trondheim: Tapir akademisk forlag, 2008.
16. Backe B. Ultralydundersøkelser i Norge: Dagens utbredelse. I: Backe B, Buhaug H, red. *Konsensuskonferansen 27.–29. august 1986. Bruk av ultralyd i svangerskapet*. NIS-rapport nr. 8/1986. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1986.
17. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 471–3.
18. Borchgrevink CF, Tranøy KE. Etiske konflikter forbundet med utstrakt bruk av ultralyd. I: Backe B, Buhaug H, red. *Konsensuskonferansen 27.–29. august 1986. Bruk av ultralyd i svangerskapet*. NIS-rapport nr. 8/1986. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1986.
19. Noregs offentlege utgreiingar. Mennesker og bioteknologi. NOU 1991: 6.
20. Sættnan AR. Scientific? Democratic? Effective? Towards an evaluation of Norway's first medical consensus conference. *Sci Public Policy* 2002; 29: 205.
21. Rognerud H, Moe N, Børdaahl PE et al. Prenatal diagnostikk av misdannelser med ultralyd. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 1030–2.
22. Bruk av ultralyd i svangerskapet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 2887–90.
23. Nylenna M. Medisin og media. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 309–10.
24. Medisinsk nybrottsmann. Ryfylke 12.8.1988.
25. Jordmorprotester. NTB-melding. Adresseavisen 18.7.1989.
26. Engesland BE. Abort-grenser i fokus. *Aftenposten* 19.7.1989.
27. Skaset M. Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1945. I: Schjøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Bd. 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 536.

*Manuskriptet ble mottatt 2.10. 2008 og godkjent 3.11. 2008. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.*