

Optimalt skulle man vurdert samlet økning i absolutt risiko for alle uønskede hendelser.

#### Kristoffer Brodwall

kristoffer.brodwall@uib.no

Kristoffer Brodwall (f. 1979) er lege/ph.d.-stipendiat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Fredheim OMS, Hansen TWR, Haugen G et al. Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 og 18? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 630–2.
2. Daltveit AK, Tollånes MC, Pihlstrøm H et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. Obstet Gynecol 2008; 111: 1327–34.

## Re: Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 og 18?

Kan etisk problemdefinisjon tilsidesette pasientrettigheter? Fredheim og medforfattere har i Tidsskriftet nr. 7/2016 på trykk en artikkel som reiser flere problemstillinger (1). Juridisk sett har pasienter rett til å medvirke ved behandlingsvalg. Dette gjelder også gravide pasienter. En vanlig fortolkning har vært at keisersnitt er en relativt dyr og risikofylt affære som ikke er en rettighet for kvinnen. Gravide som får påvist trisomi hos fosteret, kan oppleve at behandlingsvalg (ved fortsettelse av svangerskapet) som for foster uten trisomi er selvsagte, blir nektet i trisomisvangerskap. Er et kort liv for barnet verd et keisersnitt(risiko)? Og er det rett å redde et barn med trisomi? Begrunnelsen til den gravide vil være at hun ønsker å holde liv i sitt foster/den nyfødte og for eksempel oppleve en kort nyfødtperiode eller at livreddende tiltak i lenger perspektiv kan settes i verk. Jeg synes at før man hamrer løs med filosofisk teori bør man tilkjenne sitt teoretiske utgangspunkt. Er det utilitarisme (maksimering av velferd for mulig flest mulig) eller plikt-etikk? Hvilken vekt skal man legge på religiøse tankesett? Tydeliggjøring av startposisjon savnes i artikkelen. Artikkelen sin modell for refleksjon blir i praksis overordnet kvinnens refleksjoner rundt egen kropp og eget barn. Ved abort er det er det ikke naturlig å bruke etisk medisinsk refleksjonsteori fra fagpersonellet sin side. Derimot, dersom hun ønsker å gjøre det motsatte, nemlig å holde liv i fosteret lengst mulig, blir den autonome handling(kvinnens rett til å bestemme over egen kropp) og konsekvensene(fosterets overlevelse) et etisk problem for en del personell i foster – og nyfødt-medisin. Jeg mener at det å definere et etisk problem her, er et direkte angrep på kvinners autonomi i reproduktive spørsmål. Artikkelen konklusjon er ok, mange av elementene kan inngå i prosessen ved å legge grunnlaget for et informert valg, men veien dit er provoserende. Artikkelen er kanskje ment å bygge en bro mellom gammeldags paternalisme og moderne rettighetstenkning. Når kvinner kan velge abort (som jeg antar vi er enige om), bør de også få velge et for fosteret livreddende keisersnitt, uten at noen setter seg til doms over det, utfra et prinsipp om kroppslig autonomi. Fremtidig livskvalitet er en subjektiv størrelse.

#### Åsta Årøen

asta.aroen@venstre.no

Åsta Årøen (f. 1971) er politiker, jurist og administrasjonsleder. Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har selv opplevd å gå igjennom et svangerskap der avvik ble påvist. Barnet døde av seg selv i uke 28. Svangerskapet var en god tid, selv om det var en tid med gjentatte dårlige møter med norsk helsevesen.

#### Litteratur

1. Fredheim OMS, Hansen TWR, Haugen G et al. Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 og 18? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 630–2.

## Re: Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 og 18?

Jeg har gjort meg noen tanker om artikkelen i Tidsskriftet nr. 7/2016 (1). Det kan hende fokuset er for sterkt knyttet til diagnose i stedet for barnets tilstand. En utelukkende diagnosebasert vurdering er diskriminerende, i strid med konvensjonen om rettighetene til mennesker med utviklingshemning og i strid med barnekonvensjonen, i det minste fra det tidspunktet barnet er født.

#### Jens Petter Gitlesen

jpg@nfunorge.org

Jens Petter Gitlesen (f. 1959) er forbundsleder, Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU).

Oppgitte interessekonflikter: Som forbundsleder i Norsk Forbund for Utviklingshemmede arbeider jeg kontinuerlig for å sikre likeverd, likestilling og mot diskriminering av mennesker med utviklingshemning.

#### Litteratur

1. Fredheim OMS, Hansen TWR, Haugen G et al. Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 og 18? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 630–2.

### O. Fredheim og medarbeidere svarer:

Vi er takknemlige for kommentarene til vår artikkel. Det er viktig at personlige erfaringer får komme frem i debatten. Kommentarene viser at den tidligere oppfatningen om prognosen ved trisomi 13/18 som nødvendigvis håpløs («uforenlig med liv»), var feilaktig.

Innlegget fra Gitlesen inviterer til en mye mer omfattende diskusjon enn det er plass til innenfor rammene av et replikkordskifte. Til Årøens kommentar vil vi bemerke: Vi har ikke brukt filosofisk teori, men forsøkt å drøfte det etiske dilemmaet med keisersnitt ved trisomi 13/18 på en praksisnær måte, ved å ta alle berørte parters syn og interesser og involverte verdier med i vurderingen. Et etisk dilemma eller problem kjennetegnes ved usikkerhet eller uenighet om hva som er rett å gjøre, i en valgsituasjon der viktige menneskelige goder og verdier står på spill. Det å definere avveiningen om å tilby keisersnitt eller ikke når fosteret har trisomi 13 eller 18 som et etisk problem, er rett og slett en anerkjennelse av at det finnes ulike syn blant både pasienter og helsepersonell. Som vi viser, gir refleksjonsmodellen plass for de gravidens refleksjoner og syn, som momenter som må være tungtveiende i den etiske drøftingen og avveiningen. Men vi viser også at det er andre berørte parter som må høres og andre verdier som må hensyntas. Hvis Årøen mener at den gravidens «kroppslige autonomi» er et hensyn som alltid skal veie tyngre enn alle de andre hensynene som vi har vist er moralsk relevante, må hun argumentere nærmere for dette.

#### Olav Fredheim

olav.m.fredheim@ntnu.no

Thor Willy Ruud Hansen

Guttorm Haugen

Morten Magelssen

Olav Fredheim (f. 1979) er overlege og professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Akershus universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thor Willy Ruud Hansen (f.1946) er overlege og professor ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Guttorm Haugen (f. 1953) er overlege og professor ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Magelssen (f. 1978) er lege med ph.d. og forsker ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.