



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Reproduksjon, rettigheter og etikk

Seleksjon av foster på grunnlag av kjønn diskriminerer jenter og er uetisk. Den internasjonale gynekologforeningen FIGO diskuterer nå et resolusjonsforslag som går imot enhver bruk av medisinsk teknikk som fører til kjønnseleksjon av foster, med unntak for seleksjon for å unngå kjønnsspesifikke genetiske sykdommer.

Internasjonalt blir kjønnseleksjon før fødsel utøvet i samfunn der majoriteten av kvinner er utsatt for diskriminering, har mindre å rutte med enn menn og ikke når opp til samme status som menn når det gjelder rettigheter i forhold til økonomi, sosial posisjon, helse, utdanning eller andre rettigheter. Den globale innflytelsen av ønsket om å oppnå kjønnseleksjon har resultert i systematiske neglisjering av menneskerettigheter gjennom selektiv abort av jentefostre, spedbarnsdrap på jenter, systematisk neglisjering av jentebarn og mangel på tilgang til helsetjenester for syke jenter. Dette har ført til en global ubalanse når det gjelder kjønnssammensetningen i noen befolkninger (1).

Kjønnseleksjon

Det er nå mulig å selekere med henblikk på kjønn like etter, eller til og med før befruktningen, gjennom å bruke genetisk fostervevsprøve ved chorion villi-analyser, seleksjon av spermier eller gjennom genetisk preimplantasjonsdiagnose (som forutsetter at graviditeten blir til ved assistert befruktning). Noen mener at slik nyere kjønnbestemmelsesteknikker er mindre brutale inngrep enn selektiv abort av jentefostre og mener at slike metoder kan tas i bruk for at folk skal kunne bestemme kjønn på det barnet de ønsker seg. Konsekvensene av metodene er likevel de samme: diskriminering av jenter. Det er ingen samfunn som har brukt slike metoder systematisk for å velge bort guttefostre.

Den internasjonale føderasjonen for obstetrikk og gynekologi (FIGO) har i de senere årene blitt seg sitt samfunnsansvar bevisst. En av de mest prominente og tydelige lederne av denne organisasjonen, Mahmod Fathalla, var tidligere sjef for et forskningsprogram i Verdens helseorganisasjon (WHO) og brakte det internasjonale perspektivet med seg inn i FIGO. På føderasjonens verdenskonferanser har temaer knyttet til reproduktiv helse i fattige land vært gjenstand for egne symposier og diskusjoner. FIGO har også oppnevnt tre komiteer som tar dette meget alvorlig. Det er utnevnt en komité for reduksjon av mødredødelighet, som er opptatt av å finne løsninger på et av de største urettferdighetsmålene i verden. Det dør tusen ganger så mange kvinner av problemer relatert til fødsel, abort og svangerskap i u-land enn i Norge. Et tusenårsmaal er å redusere antallet dødsfall rundt svangerskap og fødsel, og utfordringene for faget fødselshjelp er tydelige. FIGO har sammen med den internasjonale jordmorforeningen og WHO uttalt at det er viktig at alle kvinner skal ha tilgang på kvalifisert fødselshjelp. Dette er også temaet for Verdens helse rapport for 2005 (2). Det er også oppnevnt en egen komité for reproduktive rettigheter, der undertegnede er medlem. Komiteen er opptatt av tilgang på helsetjenester relatert til reproduksjon, det være seg tilgang på trygg abort, screening for livmorkreft og prevensjonsmidler for unge, ugifte kvinner. Med i komiteen er også en internasjonalt anerkjent helseadvokat fra Toronto, Rebecca Cook, og Mahmod Fathalla, som har skrevet en viktig lærebok om reproduktive rettigheter (3). Både Cook og Fathalla knytter reproduktive rettigheter til en bredere forståelse av de sosiale menneskerettighetene og til likeverd mellom kvinner og menn.

FIGO som organisasjon har fått ulike forslag til resolusjoner fra komiteen og har uttalt seg mot kvinnelig omskjæring, oppfordrer leger verden over til å ikke bidra til at jenter blir omskåret, og har vedtatt flere regler for etisk medisinsk praksis som ikke diskriminerer kvinners rettigheter (4).

Underskudd av jentebarn i India og Kina

I mars 2005 hadde komiteen for reproduktive rettigheter og komiteen for etikk i FIGO et fellesmøte. Møtets tema var de etiske utfordringene knyttet til en medisinsk teknologi som gjør det mulig å gripe inn i sosiale prosesser som fra før er styrt av tilfeldighetenes statistikk. FIGO skiller ganske skarpt mellom kvinners rettigheter, som rett til medisinsk sett trygge aborter, og gynekologisk praksis som påvirker kjønnssammensetningen av befolkningen (social engineering).

Dette er dilemmaet i India og Kina, der det er et stort underskudd av jentebarn (5). Moderne reproduksjonsteknologi og medisinsk bildediagnostikk har gjort det teknisk mulig å skille mellom jente og gutt allerede på spermstadiet, eller der et befruktet egg består av kun 1–4 celler. Leger i India foretar på forespørsel ultralydundersøkelse av gravide, fastslår kjønn og aborterer fosteret dersom det er en jente. Dette er ikke lovlig, men det gjøres i stor stil likevel. På alle nivåer av fosterutviklingen diskrimineres jentefostre. De blir oftere abortert, og de får sjeldnere behandling dersom de fødes for tidlig eller fødes med et lyte. Det er et aktivt valg av gutteavkom.

Det er mange grunner til at noen ønsker en slik seleksjon. For den enkelte familie i India kan en gutt bidra til å skaffe penger til foreldrenes underhold når de blir gamle, mens de må ut med medgift for hver enkelt jente de setter til verden som senere skal giftes bort. Det er også større prestisje med guttebarn. I Kina, der de har en ganske hard ettbarnspolitik, er det gutt folk vil ha.

Legers ansvar

Det er også mange grunner til at leger er med på denne diskrimineringen. De eier kanskje et ultralydapparat og vet at dette er noe de kan tjene penger på. De er influert av samfunnets normer. De er fascinert av teknologien. De hører bønnene fra fattige familier: «Vi har ikke råd til å få flere døtre, vi må ha en sønn!»

Skal vi gi dem lov til dette? I mange kulturer, særlig i Asia og i Midtøsten, legges det stor vekt på familieharmonisk, og avgjørelser tas med storfamiliens beslutningsstyrke. I diskusjonene i komiteene innen FIGO trekkes det inn nye begreper. Det bør være mulig å gjøre preimplantasjonsdiagnostikk for å velge det ene kjønn fremfor det andre på grunnlag av individers ønske om såkalt familiebalanse, mener noen. Andre hevder at denne type seleksjon konsekvent brukes for å velge bort jenter, slik at balansebegrepet er en uthuling, og at praksisen er en materialisert kjønnsdiskriminering av verste sort. Det er ikke så stor uenighet om at kjønnsdiagnostikk bør kunne gjøres dersom det er fare for kjønnsbundet arv, som ved blødersykdom. Men mange vil ha disse «valgmulighetene», som de uttrykker det, fordi det bidrar til økte individuelle rettigheter i forhold til å bestemme hva slags familie man vil ha.

Det er egentlig ikke noe motsetningsforhold mellom å stå for selvbestemt tilgang til tidlig svangerskapsavbrudd av sosiale eller medisinske grunner, altså selvbestemt abort, og motstand mot kjønnsseleksjon. Poenget er at kunnskap om fosterets kjønn ikke skal være med i beslutningen om å ta eller ikke ta abort. Ved abort er det slik at man ikke vil ha et barn, enten det er slik eller sånn, men det er ikke snakk om diskriminering, at man vil ha en type barn (en gutt) og ikke en annen type barn (en jente). Grunnene til ikke å ville ha barn er mange og oftest knyttet til helsemessige forhold eller manglende mulighet til å kunne ta seg av et barn – eller at mannen i forholdet har takket for seg. Kjønnsseleksjon handler om å forstyrre hele den skjøre mekanismen som er skapt for at formering og reproduksjon skal gå i balanse: naturen randomiserer på en «totalitær» måte og diskriminerer ikke kvinner og jenter. Diskusjonen i komiteene

førte da også til et forslag om en resolusjon, som skal behandles på FIGOs generalforsamling, der man går inn for at all form for kjønnsseleksjon skal bannlyses.

Teksten i resolusjonsforslaget inneholder følgende argumenter:

- Reproduksjonsfrihet må beskyttes, men denne beskyttelse er begrenset dersom utøvelsen fører til kjønnsdiskriminering. Den individuelle rett til reproduktiv frihet må balanseres mot et kollektivt ansvar for å beskytte ærbarheten og likeverdet for kvinner og barn
- Man går imot alle former for diskriminering av kvinner og imot bruk av enhver medisinsk teknikk som på noen måte fører til aktiv kjønnsdiskriminering
- Man legger vekt på at slik seleksjon er spesielt alvorlig og av etisk betydning når den er drevet frem av verdiforskjeller knyttet til hvert av kjønnene (persisterende kjønnsstereotypier)
- Bruk av kjønnsseleksjon for å unngå kjønns spesifikke genetiske sykdommer kan forsvares av medisinske grunner

Dette er ikke relevant i Norge, kan noen si. For hva er en «balansert familie» i en tid da skilsmisser er hyppig og det er «mine, dine og våre» barn som gjelder. I Norge er ethvert barn velkomment, uansett kjønn, sier vi gjerne. Men vi har en økende kontingent av innvandrere fra land der dette ikke er selvsagt. Vi reiser mer enn før. Da jeg var i India for et år siden, stod det plakater langs veiene som reklamerte for ulike mobiltelefoner, som anbefalte ulike former for leskedrikker, og som bad gravide kvinner tenke seg om før de aborterte jentefostre! Det er en rivende utvikling innen reproduksjonsteknologi og genetisk kartlegging. Tenk deg følgende argumentasjon: «Depresjon er vanligere hos jenter. Det er mye depresjon i min familie, og jeg selv

lider av periodiske depresjoner. Jeg burde egentlig bare få gutter.» Eller: «Jeg har tre søte jenter med min første mann, og den nye, han har to jenter fra forrige ekteskap. Når vi nå likevel må ha assistert befruktning fordi jeg har fått noe tull med egglederen, så hadde det vært fint med en liten gutt; mannen min er nemlig odelsgutt på gård han, og svigermor synes det ville vært fint om navnet gikk videre!»

Det er flott at grupperinger av organiserte leger tar på seg samfunnssetiske ansvar og går ut med resolusjoner om grenseland for utøvelse av sine ferdigheter der disse strider mot anerkjente internasjonale konvensjoner. Jeg er stolt over å være med i en komité som setter en standard og lager normer for slike intervensjoner. Jeg er likevel bekymret for mulighetene for å gripe inn mot kolleger i andre land som lever av medisinsk kvinne-diskriminering.

Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no
Seksjon for internasjonal helse
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 21.10. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sen A. More than 100 million women are missing. New York: NY Rev Books, 1990.
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Professional and ethical responsibilities concerning sexual and reproductive rights. www.figo.org/ (17.10.2005).
3. The world health report 2005. Make every mother and child count. Genève: WHO, 2005.
4. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights. Oxford: Clarendon Press, 2003.
5. Gleicher N, Karande V. Gender selection for non medical indications. *Fertil Steril* 2002; 78: 460–2.