



Barnefamilienes levekår

Taler

Gro Harlem Brundtland

Dato

31 oktober 1974

Sted

Stortinget

1 Gjennom debatt har man fått det inntrykk at det har vært en voldsom stigning i antall abortinngrep i Norge, og dette skyldes en gradvis endret praksis i nemndene. Man trekker lett den enkle slutning at jo mindre restriktive praksis, jo flere aborter. Her er det nødvendig med et korrektiv.

5

Overlege Skajaas grundige undersøkelse anslo at det var 7 300 illegale og 3 150 legale aborter i 1954, eller til sammen 10 450 aborter. Dette svarer til 15 aborter pr. 1 000 kvinner i de aktuelle aldersgrupper. Dette tall er for 1973 18 pr. 1 000 kvinner, dersom vi forutsetter at vi i dag ikke lengre har illegale inngrep.

10 Forskjellen er faktisk så beskjeden over disse 20 årene. Det er derfor ingen dekning for å bygge sin holdning i dagens situasjon på det ufullstendige og feilaktige bilde selve stigningen i de legale abortene isolert gir inntrykk av.

Mindretallet i sosialkomiteen bruker de offisielle aborttall i vårt og andre land
15 som grunnlag for en del av sine resonnementer, og velger å se bort fra den alvorlige realitet som de illegale aborter representerer i en rekke andre land. På dette spinkle grunnlag trekker man så den feilslutning at land som tillater fri adgang til abort, har et langt høyere nivå i aborthyppighet enn land hvor forholdet er lovregulert. Dette er derfor en konklusjon som det overhodet ikke
20 er dekning for.

Det er ingen grunn til å legge skjul på at det hefter en viss usikkerhet ved de data som gir oversikter over illegal aborter i forskjellige land. Imidlertid har man flere
25 atskilte angrepsvinkler forskningsmessig for å få svar på slike problemstillinger, og resultatene må sies å gi et godt bilde av hovedtrekk og størrelsesorden når det gjelder illegalt abortinngrep.

Det kan ikke være tvil om at de hovedkonklusjoner familiemeldingen trekker opp, er vel fundert og i samsvar med konklusjonene i internasjonal medisinsk

fagpresse på høyeste nivå.

Debatten om vår abortlovgivning har pågått særlig intenst i månedene siden regjeringen fremla sin familiemelding. Leger har i betydelig utstrekning
35 engasjert seg i denne debatt - naturlig nok. De har vært uenige på en rekke punkter, også når det gjelder problemstillinger som ikke er medisinske.

Debatten på det faglige-medisinske plan har derfor vært sterkt preget av helt andre grunnleggende motiver og holdninger av moralsk, etisk og følelsesmessig
40 natur. På disse områdene har legene ingen større innsikt enn andre. Likevel er det slik tradisjonelt at overlegetitler gir tyngde, også på ikke-medisinske saksområder. Til dels har det saklige og vitenskapelige nivå i den medisinskepregede del av debatten vært farlig lav. Gjentatte ganger har leger ut
45 fra et personlig idealistisk grunnlag latt seg forlede, bevisst eller ubevisst, til å komme med helt løsrevne data som må føre til åpenbart feilaktige og misvisende konklusjoner. Påstanden om at abortinngrep medfører en betydelig risiko for komplikasjoner, har stadig gått igjen. De høye tall som har vært trukket fram i debatten, skriver seg fra pasientgrupper med til dels langtkomne svangerskap, eller der i dag foreldede metoder har vært benyttet. Samtidig er helt ubetydelige
50 uregelmessigheter, slik som forbigående, lett blødning eller kortvarig, moderat feber tatt med under samlebetegnelsen «komplikasjoner». Nei, skal vi bruke vitenskapelige data, må vi bruke dem til å avklare og belyse saksforhold, ikke til å forkludre dem.

Vi har i de aller siste dager fått servert en mammutartikkel om alvorlige
55 komplikasjoner ved abortinngrep i en serie av våre presseorganer, og den har også vært referert til av en rekke talere fra Stortingets talerstol i dag. Innholdet er velkjent for alle som har fulgt med i internasjonal medisinsk fagpresse på området, og jeg finner det ikke uventet at dette er kastet ut i den offentlige
60 debatt akkurat nå, i det mulige håp at den ville få maksimal effekt og ikke rekke å bli motsagt og korrigert.

Vi har tidligere måttet tilbakevise lignende urimelige eksempler på misbruk av
tilgjengelig data. Jeg kan ikke gå inn på detaljene her, men bare nevne ett
65 eksempler som belyser hva jeg her sikter til: Dødelighet forbundet med abortinngrep har sunket radikalt i England i årene fra 1969 til 1972, faktisk ned til en fjerdedel av de tallene fra 1969 som er nevnt i denne artikkelen, og de tall som familiemeldingen oppgir er i samsvar med dagens situasjon. Jeg oppfatter

70 det som klart usaklig å gi norske avislesere og stortingsmenn foreldete statistiske datao, fordi disse passer bedre inn for formålet.

Representanten Jakob Aano har bygd sine kommentarer i VGs politiske forum for få dager siden på disse artikler. Hr. Aano setter her dagspresseforfattere opp
75 mot internasjonal forskning på området. I arbeidet med familiemeldingen er all denne forskning vurdert. De konklusjoner av medisinsk art som er trukket, er i tråd med konklusjonene i den engelske Lane-komiteen, som først ble publisert etter at familiemelingen var avgitt. Lane-komiteen drøfter inngående også de angivelige alarmerende data som flere av opposisjonens talere har vært inne på,
80 og påpeker de mange feilkilder og usikkerhetsmomenter i disse materialene, som vesentlig stammer fra Øst-Europa.

En fersk undersøkelse fra vårt eget land viser da også at antallet av for tidlige fødsler, som er det man har vært mest bekymret for, har sunket, også i Oslo, der
85 vi har hatt det høyeste aborttall. Vi må sørge for at vi fra samfunnets side ikke i betydelig grad øker den risikoen som er forbundet med uønskede svangerskap. Ved en restriktiv lovgivning vet vi at resultatet er illegale aborter og betydelige risiko for kvinnene.

90 Men hva gjør vi i dag, selv med vår nåværende relativt liberale tolkning av gjeldene lov? Vi utsetter stadig et stort antall kvinner for unødig økning av risikoen for både akutte og varige komplikasjoner. Vi må være klar over at det etablerte regelverket og system medfører helt systematiske, men også helt skandaløse forsinkelser. Når vi i dag til slutt innvilger over 90 pst. av
95 abortsøknadene, har vi samtidig også belastet alle disse kvinner som når frem med sin sak, fordi risikomomentene øker for hver eneste uke som går. Risikoen for kvinnen er det vesentligste her, men selve den lange søknadsprosedyren betyr også at sykehusenes kapasitetsproblem og pleiepersonalets belastning økes vesentlig, idet antall liggedager pr. pasient øker betydelig. Jeg ser fra medisinsk
100 synspunkt med stor uto på denne klare belastningen både fysisk og psykisk som vi faktisk påfører de abortsøkende kvinner.

Det har stadig slått meg i mitt arbeid i abortnemnd og med abortsøkende hvordan den enkelte, som i prinsippet kan fremheve sin egen restriktive
105 holdning i abortspørsmålet - og dette hender ofte - samtidig opplever sin egen sak som så helt spesiell og derfor som et unntakstilfelle. At det er slik det ofte fortoner seg også for andre i tilsvarende situasjon, er det tydeligvis lett å lukke

øynene for. Poenget er vel det at vi ikke ser farlige konsekvenser av moralske art
110 når det gjelder oss selv, for vår egen moral har vi selv kontroll over. Men alle de
andre -- de trenger restriksjoner. Det er noe helt annet.

Det har vært reist tvil om man i innstillingen har sikret kvinnene tilstrekkelig
veiledning og rådgivning. Jeg vil i den forbindelse understreke at det ikke vil bli
115 slik at den enkelte --på ren impuls og ureflektert kan bestille time -- for
svangerskapsavbrudd. Vi må for det første være oppmerksom på at det er et
langt skritt å ta for en gravid kvinne allerede det å ta opp med seg selv spørsmålet
omabort, og deretter også å fremme det overfor andre. Gjennom kontakt med
legen vil det være helt selvfølgelig at sakens mange sider blir belyst og
120 gjennomdiskutert i forbindelse med eventuell søknad.

Men vi har enda et viktig trinn i denne prosess - sykehuset. Her har vi en viktig
sikkerhetsventil. Som enhver annen pasient vil den abortsøker gjennomgå en
grundig medisinsk vurdering, og jeg vil understreke: Dette innebærer også at
125 sosiale, psykiske, familiemessige og personlige forhold vil bli belyst. Det vil bli
tatt opp en fullstendig sykehistorie og utformet en sykejournal. Ingen medisinsk
institusjon kan påta seg ansvaret for en pasient, og dertil for et operativt
inngrep, uten at man har tilfredsstillende oversikt over pasientens situasjon. Det
er en selvfølgelig medisinsk praksis at man forsikre seg om at pasienten er helt
130 klar over hva inngrepet innebærer, og at standpunktet til det er mest mulig
gjennomtenkt og overveid.

Når leger og sykepleiere til dels har gått sterkt imot Regjeringens forslag om
selvbestemt svangerskapsavbrudd, har det delvis sammenheng med den uklarhet
135 som forelå omkring disse arbeidstakeres ansettelsesbetingelser og muligheter til å
reservere seg i dette spørsmål. Problemet samvittighetsfrihet for medisinsk
personell skulle nå være avklaret. Imidlertid er det også klart at leger og
sykepleiere utover dette føler sin arbeidssituasjon direkte involvert i abortsaken.

Vi kan ikke se bort fra at en lov som gir kvinnene det avgjørende ord, samtidig er
140 en lov som fratar legene tilvant og innarbeidet myndighet. Det er ikke vanskelig
å se at dette vil kunne vekke mange motforestillinger, som ikke nødvendigvis har
med selve det prinsipielle i abortlovgivningen å gjøre. Jeg har fått det inntrykk
gjennom kontakt med en rekke mannlige kolleger at oppfatningen av egen roll
145 som den allvitende, den dominerende og bestemmende stikker dypt. Vi skal
være oppmerksom på at det er uhyre få kvinner som har fått erfare hva det vil si

å være øvrighetsperson - å være gitt nemndautoritet.

150 Vi leger blir betrodd en umulig oppgave i den nåværende lov. Vi betros mer enn
vi har kompetanse og dekning for når vi skal gjøre oss dommere over et annet
menneskes liv og framtid. Jeg og mange med meg har følt det som en umulig
situasjon å bli gitt slik domsmyndighet. Det er i strid med legens sentrale rolle i
et lege/pasientforhold. De tross alt mange av oss leger som har tatt
155 konsekvensen av dette, har gjort det ut fra den dype overbevisningen at vi begår
overgrep mot andre menneskers personlige integritet og selvaktelse. Vi har også
fått oppleve hvordan kolleger kan ha fullstendig motstridende oppfatninger av
de livsforhold og problemstillinger vi blir vitne til daglig i abortnemnda i den
enkelte sak. Det er umulig å komme fram til ensartet saksbehandling og
160 definerte indikasjoner. Det tror jeg de aller fleste nemndmedlemmer er klar over.
Det blir aldri likhet eller renslighet i disse sakene så lenge leger eller andre skal
frata kvinnene det ansvaret som det i virkeligheten ikke er mulig å dele med
andre. - Kvinner har vært utrolig tålmodige utrolig lenge i vårt land.

165

Kilde

Stortingsforhandlingene 1974-75, Del 7 side: 573

URI

<https://www.virksommeord.no/tale/barnefamilienes-levekar>

170

175

180

185