

Etiska Principer och Fosterdiagnostik

expertföreläsning vid konsensuskonferensen *Tidig fosterdiagnostik*, arr. av Landstingsförbundet, Socialstyrelsen & Vetenskapsrådet, Stockholm, 10-12 oktober, 2001.

Christian Munthe
Filosofiska institutionen, Göteborgs universitet
Box 200, 405 30 Göteborg
Christian.Munthe@phil.gu.se

Inledning

Med etiska principer avses här grundläggande uppfattningar om vad som är önskvärt respektive icke önskvärt med avseende på mänskliga handlingar och deras effekter. Sådana uppfattningar kan formuleras som generella normer eller värderingar vilka anger vad som ytterst avgör om ett visst handlingsätt är moraliskt förbjudet, acceptabelt eller påbjudet. Inom såväl grundläggande moralfilosofi som den mer specialinriktade medicinska etiken finns en rad sinsemellan oförenliga förslag på sådana principer. I det fall dessa ger skilda besked i någon praktisk fråga krävs därför argumentation kring vilken av dem som är giltig? ett ställningstagande vilket kan få konsekvenser för bedömningen av andra områden och som därför måste begrundas med hänsyn till detta [1, 2, 3].

Olika etiska principer är relevanta för fosterdiagnostiken (FD) på två sätt. Dels kan de användas för att ifrågasätta FD, antingen principiellt eller i någon viss utformning. Dels utgör någon sådan princip grunden för varje försök att motivera FD, såväl i princip som vad gäller verksamhetens närmare utformning. Etiska principer är av mycket grundläggande och generell karaktär och praktiska slutsatser angående FD eller någon annan konkret verksamhet kan därför inte dras utan noggrant beaktande av relevanta fakta (är fakta osäkra blir också slutsatserna osäkra). En och samma bas av fakta kan samtidigt i kombination med olika principer generera mycket olika direktiv.

Följande redogörelse utgår från hur FD har motiverats och hur dessa motiveringar kan återföras på olika etiska grundvärderingar, vilka i sin tur kan användas för att, i kombination med tillgängliga fakta, argumentera för den närmare utformningen av FD som klinisk verksamhet. Jag kommer i synnerhet att peka på konflikter som uppstår mellan olika motiveringar och hur dessa nödvändiggör grundläggande etiska ställningstaganden till vad som ska anses vara FD:s yttersta mål. Sådana ställningstaganden får i sin tur konsekvenser för på vilka grunder risker och nytta med FD ska uppskattas samt vilka utformningar av FD som kan försvaras. Efter detta kommer jag att presentera och diskutera invändningar mot FD, såväl principiella som med avseende på vissa föreslagna utformningar.

Fosterdiagnostikens mål

När FD introducerades i Sverige under 1970-talet motiverades detta på tre olika sätt [4], mer eller mindre likartade motiveringar kan även spåras internationellt [5]. FD har ansetts ha ett värde i kraft av att den kan gynna:

1. Den gravida kvinnan (eller paret eller familjen)
2. Det väntade barnet
3. Samhällets ekonomi

Redan det faktum att FD på detta vis motiverats med hänvisning till olika intressenter öppnar för målkonflikter med avseende på hur FD ska organiseras och utformas. Även om det inte är uteslutet att någon utformning maximalt skulle kunna gynna samtliga intressenter, så är det betydligt mer sannolikt att varje utformning som maximalt gynnar en intressent i någon mån missgynnar åtminstone en av de övriga intressenterna. Hur dessa konflikter ser ut framgår vid en närmare beskrivning av hur FD skulle kunna gynna de olika intressenterna.

Den gravida kvinnan (paret, familjen)

Målet att gynna den gravida kvinnan har sin bakgrund i den situation som uppstår i samband med genetisk

vägledning pga. oro för att föda ett sjukt eller skadat barn (förr oftast orsakad av att man tidigare fått ett sådant barn, men idag även av allmän kunskap om sådana risker). Innan FD var möjligt innebar sådan vägledning i bästa fall möjligheten att precisera en allmän risk för det enskilda paret, i många fall medgavs dock endast allmänna riskuppskattningar för befolkningen i stort. Utifrån denna information kunde sedan kvinnan/paret välja om man skulle försöka skaffa (fler egna) barn eller inte. FD bidrog här med möjligheten att uttala sig om en specifik graviditet, dessutom oftast i absoluta snarare än probabilistiska ordalag, vilket gav kvinnan/paret möjligheten att påbörja en graviditet för att efter FD välja om denna skulle avbrytas med abort eller ej. I det fall abort utfördes innebar detta dessutom möjligheten att försöka igen med förnyad kontroll med hjälp av FD.

FD kan på detta vis anses kunna gynna dels kvinnans autonomi, dvs. hennes möjligheter att planera och leva sitt liv i enlighet med sina egna grundläggande planer och strävanden, dels hennes välmående. Det förra i kraft av ökad kunskap och därmed ökade valmöjligheter, det senare i kraft av dels reducering av oro och möjliggörande av önskad familjebildning, dels undvikandet av "onödiga" aborter grundade på en allmän oro för att föda ett skadat barn.

Det är ett välkänt faktum inom medicinsk etik att värdena autonomi och välmående ofta kan komma i konflikt. T.ex. är det möjligt att erbjudandet om FD skapar mer oro än det lindrar, i synnerhet om någon större initial oro inte varit för handen. Det är heller inte säkert att en kvinna efter det att FD påvisat ett skadat foster väljer att göra abort även om detta skulle vara gynnsamt för henne. Sådana konfliktmöjligheter medförde under FD:s introduktionsperiod vissa kontroverser bland specialisterna, t.ex. angående om allmän oro utan påvisad arvsrisk skulle vara skäl för FD, eller om kvinnor skulle tvingas att förbinda sig att göra abort vid positiv diagnos för att få tillgång till FD. [4] Med tiden har detta lett till en situation där autonomi-målet kommit att prioriteras, vilket också varit trenden i västvärlden i stort [6,7,8]. Det är naturligtvis önskvärt att även välmåendet gynnas så långt det är möjligt, men i fall av konflikt med autonomi så är det, enligt detta synsätt, det senare värde som ska ges företräde. Detta ställningstagande kan i sin tur motiveras antingen med att autonomi är det viktigaste grundläggande värdet rent generellt [9], eller med att det på just detta område finns goda skäl att prioritera autonomi, t.ex. med hänvisning till att ingen annan är bättre skickad än kvinnan att göra hennes reproduktiva val och/eller det politiska värdet av att strikt värna enskilda individers reproduktiva frihet [10].

Vad kräver autonomi?

Ordet "autonomi" betyder ursprungligen självstyrande och betecknar i etiska sammanhang personers förmåga att styra sina egna liv efter eget gottfinnande. I den medicinska etiska kontexten brukar detta preciseras som den grad till vilken individer fattar beslut och lever sina liv i enlighet med sina egna ideal, målsättningar och planer. Däremot utesluter inte autonomi att dessa våra mål och planer influeras av andra människor. Hur autonom en individ är kan variera från fall till fall liksom i förhållande till olika områden av livet, samtidigt som denna grad av autonomi kan påverkas av en rad olika faktorer alltifrån individens inneboende förmågor till diverse externa faktorer. [2, 3, 4,10]

Ett grundläggande villkor för att en individ ska vara autonom är att hon inte utsätts för tvång, påtryckningar eller manipulation. En FD vars syfte är att gynna gravida kvinnors autonomi måste således vara frivillig. Verksamheten som helhet får inte heller i något steg innefatta manipulation av kvinnans beslutsfattande eller påtryckningar fatta vissa beslut på grundval av diagnosens resultat. Som framgår nedan utesluter dock inte detta att erbjudandet om FD eller dess genomförande påverkar vilka beslut kvinnan sedan tar. Så länge en sådan påverkan är i samklang med hennes egna mål och planer så är den tvärtom legitim och rentav önskvärd enligt autonomi-målet. [4, 12] Kravet på frihet från tvång och manipulation innebär vidare att FD-verksamheten är beroende av en samhällssituation där kvinnor inte utsätts för samhälleliga påtryckningar att göra FD eller att göra vissa val på grundval av diagnostikens resultat. En viktig konsekvens av detta är att verksamhetens etiska kvalitet är beroende av att samhället dels har en abortlagstiftning som inte styr kvinnans val i en viss riktning, dels erbjuder stöd till sjuka och funktionshindrade och deras familjer som är tillräckligt kraftfullt för att det ska vara en reell möjlighet att avstå från FD eller att fullfölja graviditeten trots en positiv diagnos. [4, 13, 15]

Frihet från tvång är bara ett nödvändigt villkor för ett autonomt liv. För att i praktiken kunna fatta beslut

om hur vi ska agera utifrån våra målsättningar och planer behöver vi information om hur dessa bäst tillgodoses. Den produkt som kommer ut av FD är just information och denna kan vara relevant för gravida kvinnor utifrån deras mål och planer. Som beskrevs ovan gäller detta i synnerhet om kvinnan överväger abort pga. oro för att barnet är skadat på något sätt, eller tvekar att skaffa barn av detta skäl. En handlingsberedskap av detta slag kan dessutom ligga latent även om den inte manifesteras i en upplevd initial oro, dvs. att hon skulle vara villig att avbryta graviditeten på grund av fostrets hälsotillstånd kan vara något kvinnan själv inser först då hon får information om denna möjlighet. Detta är, utifrån autonomi-målet, ett starkt skäl för att alla gravida kvinnor informeras om möjligheten att söka och få närmare upplysningar om FD.

För att kvinnans autonomi ska respekteras och gynnas genom processens gång krävs att den information som ges är av sådan art att den hjälper henne att fatta autonoma beslut och att den förmedlas på ett sätt som är gynnsamt ur vägledningssynpunkt. Till att börja med måste bilden av vad FD kan innebära vara korrekt och begriplig för den enskilda kvinnan, i synnerhet måste såväl fördelar som nackdelar belysas på ett klagörande sätt och medicinska fakta beskrivas på ett förståeligt och för individen relevant vis. För att vara vägledande krävs också att informationen relateras till de alternativa former av FD som står till buds och vad det kan innebära att helt avstå från FD. I nästa steg gäller samma krav vad gäller resultatet av diagnostiken och olika möjliga uppföljande åtgärder, allt ifrån abort till att medvetet föda ett skadat barn. Det är av vikt att informationen relateras till kvinnans personliga situation, eftersom det är i relation till denna hon formar sina mål och planer. Förutom att detta nödvändiggör att informationen går utöver rent medicinska fakta och även berör psykosociala förhållanden (t.ex. hur livet kan te sig som förälder till ett skadat eller sjukt barn) eller etiska aspekter, kräver detta även att informationen förmedlas i en tvåvägsprocess som tillåter att den som informerar kan skapa sig en bild av vad som är viktigt för den enskilda kvinnan. Till detta kommer att situationen i samband med graviditet och funderingar på en eventuell abort är mycket laddat för de allra flesta och att det därför kan krävas en del tid för informationen att bearbetas och utmytna i ett välöversvägt beslut. Det är också viktigt att informationens form eller innehåll faktiskt har kapacitet att vägleda kvinnan, t.ex. kan stora eller svårtolkade informationsmängder många gånger vara mer förvirrande än klagörande, i synnerhet om tiden för begrundan är begränsad.

I praktiken ställer alltså autonomi-målet stora krav på såväl informationens innehåll och utformning som på den konkreta kommunikationsprocess med vars hjälp informationen förmedlas. Det kan diskuteras om dagens system ger de bästa förutsättningar för att leva upp till patient-autonomins krav, eller om det finns behov för särskilda s.k. genetiska vägledare, vilket är en vanlig modell i andra länder. Kanske vore det i så fall önskvärt med kompletterande utbildning och träning för vissa barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, kuratorer etc. som då kan sköta om detta.

Huvudregeln enligt autonomi-målet är att det inte är godtagbart att undanhålla någon information från kvinnan. Inte heller ger autonomi-målet grund för att avstå från att söka efter viss information därför att den inte rör sjukdomar, tillräckligt allvarliga sådana e.dyl.. Vilken information om fostret som är värd att eftersöka avgörs helt av den individuella kvinnans planer och målsättningar och vad som är ointressant för en kvinna kan vara livsavgörande för en annan. Samma princip gäller de åtgärder som vidtas på basis av FD. Det är således helt i enlighet med autonomi-målet att en kvinna gör FD i syfte att föda ett barn med en viss sjukdom (och att således avser att välja abort ifall diagnosen är negativ) om detta är vad som passar hennes livsplaner, men naturligtvis likaså det omvända. Några principiella gränser för vilken information som eftersöks och vilka åtgärder som kan övervägas på grundval av den information som erhållits blir således svåra att dra. Som framgått kan dock finnas praktiska gränser för vilken information som eftersöks, men då på grund av att det är svårt att kommunicera denna information till kvinnan på ett autonomibefrämjande sätt. En annan praktisk gräns kan sättas av att man inom offentlig vård endast intresserar sig för de tillstånd som klassificerats som patologiska, varför det inte blir aktuellt med FD för att eftersöka andra tillstånd, detta kan dock innebära konflikt med autonomi-målet.

Huvudregeln ovan har ett undantag: det är självfallet inte acceptabelt att tvinga på kvinnan information hon inte önskar, något som motiverar vikten av att hon ges en reell möjlighet att avstå från FD. Situationen är dock än mer komplicerad eftersom olika kvinnor mycket väl kan vara intresserade av helt olika

information. T.ex. kan man ha en oro vad gäller vissa sorters tillstånd, men önska slippa bli informerad om andra, trots att FD ofta ger besked om allt möjligt. En idealt utformad kommunikationsprocess borde därför ta hänsyn till detta, så att kvinnan har möjlighet att på förhand ange om det finns viss information hon inte önskar ta del av. Ett inte ovanligt exempel är fostrets kön eller mindre avvikelser (t.ex. mycket små deformiteter eller balanserade translokationer), en del vill veta andra inte. En sådan möjlighet kräver förstås att kvinnan bibringas en initial överskådlig bild av vad som kan upptäckas, men som beskrivits ovan bör en sådan förmedlas i vilket fall som helst. Samtidigt kan det vara svårt att göra avvägningar och dra gränser för den individuella kvinnan och risken finns att hon blir mer brydd än vägled. I enskilda fall kan dock kvinnor mycket väl uttrycka klara önskemål på detta område och i så fall kräver autonomi-målet att dessa om möjligt respekteras.

Ovanstående har konsekvenser dels för i vilka former det är lämpligt att erbjuda FD, dels vilka konkreta test som ska vara en del av erbjudandet.

Från individuellt erbjudande till allmän rutinscreening

Den form för FD som torde ha bäst möjligheter att kunna leva upp till de krav autonomimålet ställer är det individbaserade omhändertagandet, där en enskild kvinna söker FD på eget initiativ baserat på sina egna undringar och ev. oro. Även i denna form krävs dock mycket av organisation och kompetens, tid, tillgång till vägledningshjälp etc. och frågan kan som redan nämnts ställas om den information om FD som når kvinnan i dagens mödravård verkligen lever upp till idealet. Ett särskilt problem utgörs av den drastiskt ökade multikulturaliteten i vissa regioner (särskilt storstäder) med speciella språk- och andra kommunikationsproblem som följd.

Vid sidan av det individbaserade upplägget kan FD organiseras som en s.k. screening, där sjukvården, vid sidan av att ge information om möjligheten att söka FD, aktivt uppmanar till eller framhåller denna möjlighet, t.ex. genom att förboka en tid för undersökning. Oavsett om detta sker i relation till alla gravida eller en delmängd finns, utifrån autonomi-målet, alltid särskilda skäl mot ett sådant förfarande, eftersom det innefattar påtryckning på en vuxen beslutskapabel individ. Möjligen kan förfarandet berättigas om det finns synnerliga skäl, t.ex. goda möjligheter att upptäcka fosterskador som kan behandlas och där framgångsrik behandling kräver upptäckt under tidigare delen av graviditeten. I allmänhet bör dock FD organiseras som ett allmänt erbjudande, där kvinnan informeras och sedan får söka själv i det fall hon är intresserad.

Om screeningsförfarandet dessutom framställer FD som en rutinåtgärd i ett mer omfattande åtgärdsprogram med ett annat syfte, t.ex. att sörja för havandeskapet och barnets väl, blir risken överhängande att kvinnan uppfattar det egentligen frivilliga erbjudandet som ett obligatorium och att hon dessutom vilseleds att göra FD trots att hon kanske bara är intresserad av att sörja för graviditetens säkerhet. Den ordning som under många år var förhärskande med rutinultraljudet (där undersökningens karaktär som FD och de aspekter som detta aktualiserar inte regelmässigt framhölls) var mao. beklaglig ur autonomisynpunkt och det framstår som angeläget att situationen åtgärdas fullt ut och inte upprepas vad gäller andra undersökningsmetoder.

Båda de screeningsupplägg som beskrivits (med eller utan koppling till ett större åtgärdsprogram) tyngs också av en ytterligare nackdel ur autonomisynpunkt. Uppläggens syfte är ju att få fler kvinnor att genomgå undersökning (i annat fall räcker det med allmän information och kvinnans eget initiativ). Men fler kvinnor innebär ökade svårigheter att leva upp till autonomi-målet med bibehållen organisation för information, omhändertagande och vägledning. Det framstår inte som realistiskt att sjukvårdsfinansiärerna skulle tillskjuta stora medel för att åtgärda detta om orsaken till den ökade efterfrågan är erbjudandets utformning. Dessutom skulle det ta lång tid att få fram önskad kompetens och bygga upp organisationen.

En mellanvariant mellan det individbaserade allmänna erbjudandet och screeningsupplägget som lanserats av Sveriges riksdag [21] är att vissa grupper av kvinnor som kan anses löpa förhöjda risker att få barn med vissa skador ska få extra detaljerad initial information, dvs. oavsett om de har efterfrågat detta eller ej. I detta fall föreligger inget konkret initiativtagande till FD från samhällets sida, dock får man nog säga att förfarandet innebär en subtil påtryckning på denna grupp kvinnor. Som framgår nedan finns också andra

tvksamheter med att samhället på detta vis lansera en viss "riskgrupp" som extra angelägen för FD. Detta innebär förstås inte att information om t.ex. sambandet mellan kvinnans ålder och risken för kromosomavvikelser hos fostret ska förtigas. Men ur autonomisynpunkt vore det mer lämpligt om alla gravida kvinnor fick samma initiala information angående detta, så att de kvinnor som upplever denna faktor som angelägen kan eftersöka mer detaljerad information om de så önskar.

Sammantaget finns alltså starka autonomiskäl att avstå från alla former av screeningsprogram vad gäller FD så länge denna inte är ett viktigt led i medicinsk behandling av fostret eller det kommande barnet. Det finns också goda skäl att vara varsam med att lyfta fram någon särskild riskgrupp framför andra som speciellt lämpad för FD. I stället bör krafterna satsas på att allmän, begriplig och relevant information om möjligheten till FD verkligen når alla gravida kvinnor, medan initiativet i övrigt överlämnas till den enskilda kvinnan med presumptionen att hon är en vuxen individ som är fullt kapabel att fatta sina egna beslut på detta område.

Diagnostikens kvalitet och vägledande kraft

All FD är osäker. Även om de rent tekniska osäkerheterna med t.ex. en kromosomanalys efter fostervattenprov ofta är små finns i många fall stora osäkerheter om vad en viss diagnos betyder för det enskilda barnets vidare liv och familjens situation. En del av utmaningen med FD är, utifrån autonomimålet, att kunna beskriva dessa osäkerheter på ett fattbart sätt som ändå kan vara vägledande för kvinnan. Med tanke på att hennes utgångsläge ofta är att inte veta något alls (eller att tom. ha felaktiga föreställningar om riskerna) är dock inte själva osäkerheten i den informationen som ändå erhålls i sig ett argument mot FD ur autonomisynpunkt.

Om den metod för FD som används dessutom ger en osäker diagnos (t.ex. beroende på tekniska otillförlitligheter eller vetenskapliga kunskapsluckor) ökar dock svårigheterna betydligt. Är osäkerheten tillräckligt stor kan den tom. beröva testet sin förmåga att alls producera någon vägledande information. Detsamma gäller om testets prediktionsvärde brister pga. av att det identifierar en mycket liten risk eller riskökning, i bägge fallen kan antas att denna information saknar någon väsentlig vägledande kraft för en gravid kvinna. Båda dessa fall kan alltså tjäna som skäl att, med hänvisning till autonomi, avstå från att erbjuda vissa tester inom FD - i synnerhet om själva testförfarandet är förenat med risker. [12]

I en mellanposition finner vi sådana tester som är tekniskt tillförlitliga, till sin karaktär probabilistiska snarare än binära, men ändå med viss vägledande kraft ? dvs. de ger en preciserad substantiell sannolikhet för en specifik diagnos. Om testet dessutom saknar nackdelar som finns med de test som ger bestämt besked om diagnosen (eller om sådana test saknas) kan de vara intressanta för i alla fall vissa gravida kvinnor. De på senare tid uppmärksammade metoderna för preciserad riskbedömning av kromosomavvikelse genom antingen blodprov på kvinnan eller ultraljudsstudie av fostrets nacke eller en kombination av dessa två hör till denna grupp.

Metoderna har lanserats som screeningsmetoder därför att de innebär så små tekniska komplikationsrisker. Även om detta gör att de kan ha ett försteg framför vissa andra metoder i vissa fall är dock samtliga de argument mot FD-screening som beskrevs ovan tillämpliga även i detta fall. Denna sorts test medför också speciella risker att skapa mer förvirring än klargörande, liksom att orsaka det stora antal kvinnor som kommer att få s.k. falska positiva svar (dvs. delges en hög risk trots att fostret är friskt) substantiell oro helt i onödan. Väglednings- och informationssituationen kompliceras också betydligt av flera skäl. Dels måste förhandsinformationen noga förklara skillnaden mellan test som ger bestämda besked och sådana som bara ger riskuppskattningar, dels måste resultatet förklaras noga, dels innebär upplägget en tvåstegsprocess där en hög risk ska följas upp med de prov som kan ge mer bestämda besked (men som medför vissa komplikationsrisker) vilket ytterligare komplicerar situationen.

Nämnda metoder kan onekligen vara av värde för sådana kvinnor som gärna skulle göra FD, men tvekar pga. att de finner den risk som kan anges på grundval av deras ålder för liten för att enkelt acceptera komplikationsriskerna med t.ex. fostervattenprov. Att då få möjlighet att precisera sin individuella risk med hjälp av ett test som inte riskerar graviditeten kan förbättra beslutsunderlaget för denna grupp kvinnor. I synnerhet kan en stor grupp av dem få veta att deras mer individuella risk är ännu lägre än vad

deras ålder ger skäl att tro och därför välja bort mer riskabla former av FD. Utifrån autonomi-målet tycks alltså tester av detta slag kunna ha ett värde för att förfinna vissa kvinnors beslutsunderlag (under förutsättning att de kombineras med adekvat vägledning och omhändertagande). Att ha med tester av detta slag bland det man informerar om då en kvinna söker närmare information om FD verkar därför fullt acceptabelt ur autonomisynpunkt, men det finns ingen anledning att lyfta fram dem som extra lämpliga att välja och än mindre att försöka styra kvinnor att välja dessa metoder genom ett screeningsupplägg.

Samhälleliga och sociala faktorer

Ovan nämndes att en förutsättning för att FD ska kunna leva upp till autonomi-målet är att sjuka och skadade människor erbjuds sådant stöd i samhället att det kan framstå som ett reellt alternativ för en kvinna att föda ett skadat barn. En annan viktig faktor är att valet av uppföljningsåtgärd inte är styrd av samhället. I många länder utgör här abortlagstiftningar med speciella "fosterskadeindikationer" ett problem, men i Sverige slipper vi denna problematik till följd av en abortlagstiftning som ger kvinnan hela beslutanderätten (och i sista fasen en nämnd som gör en ospecificerad helhetsbedömning av om det föreligger "synnerliga skäl").

En kvinna som söker FD kan förstås göra detta på grundval av en rad olika motiv och faktorer i hennes omgivning och en del av dessa kan förefalla problematiska ur autonomisynpunkt. I synnerhet gäller detta om kvinnan pressats att söka FD antingen av andra personer eller av vad hon själv uppfattar som förväntningar i hennes omgivning. På samma vis kan intresset för att undvika skadade barn vara influerat av, inte bara privata planer för en själv och den egna familjen, utan även kulturellt eller religiöst betingade fördomar mot funktionshinder och sjukdom och vad det innebär att leva med ett skadat barn. Sådana möjligheter understryker vikten av en fungerande vägledning såväl före provet som vid en positiv diagnos. Kvinnor som väljer FD bör redan från början ha stimulerats att reflektera över de olika scenarier som provet aktualiserar, inte minst en möjlig abort eller ett möjligt liv med ett funktionshindrat barn. Sådana tankar kan vara svåra, men om de inte tänks så ger sig kvinnan in något som hon inte helt sett vidden av, vilket ur autonomisynpunkt är beklagligt. Även om enskilda kvinnor kan tänkas göra sina val i samband med FD delvis utifrån fördomar, så är dock inte detta något som talar för att någon annan (staten, läkarkåren, genetiska vägledare, etiska experter, religiösa auktoriteter etc.) skulle vara bättre skickad att göra dessa val i hennes ställe. Däremot finns naturligtvis all anledning, såväl för de som är verksamma inom FD som för andra, att söka motverka alla typer av fördomar på detta område.

Det väntade barnet

Tanken att FD kan vara till gagn för det väntade barnet kopplar till en syn på FD som preventiv medicinsk åtgärd, vilket varit en återkommande motivering [4]. Om en kvinna gör FD, upptäcker en skada på fostret och då väljer abort, så föds ju aldrig det skadade barnet. Jag bortser här från den än så länge mycket ovanliga möjligheten att FD kan vara ett viktigt led i behandling av foster eller barn.

Detta synsätt kan problematiseras med hänvisning till att det står i konflikt med autonomi-målet. Den preventiva effekten uppnås ju bara om de flesta kvinnor väljer FD och, vid positiv diagnos, abort, men enligt autonomi-målet är detta helt upp till kvinnan själv (bortsett från det obstetriska ultraljudet väljer de allra flesta gravida kvinnor idag att avstå från FD). Utifrån autonomi-målet kan det därför aldrig anses vara en fördel i sig med FD eller någon specifik metod för FD att den upptäcker fler foster med någon viss diagnos, vilket däremot torde ses som positivt utifrån det preventiva resonemanget.

En ytterligare komplikation med det preventionstanken är att FD endast i sällsynta fall gäller så allvarliga tillstånd att det med fog kan rubriceras som att det kommande barnet skulle vara hjälpt av att aldrig komma till världen. Detta beror i viss utsträckning på valet av teori om livskvalitet [22] ? ju högre krav som ställs för att en individ ska anses ha ett gott liv (t.ex. på förnuftsgåvor), desto fler foster kan omfattas av resonemanget ? men enligt den inom sjukvården ofta tillämpade synen att det är individens egna upplevelser av sitt liv som ska vara avgörande torde endast de allra allvaligaste tillstånden, präglade av ett mycket kort och tydligt plågsamt liv, kunna passera [4]. I de flesta fall innebär FD snarare att sjuka väntade barn "byts ut" mot senare friska barn. Den etiska grunden för att se detta som en fördel med FD är att det anses vara något gott att ett annat barn med bättre livschanser får födas i stället för det sjuka barnet, trots att det senare skulle ha levt ett liv värt att levas. Resonemanget kan på så vis sägas likställa

FD med "vanlig" familjeplanering, t.ex. att skjuta upp familjebildningen med hänsynstagande till barnets förväntade livskvalitet (de barn en kvinna eller ett par skaffar om några år är ju av flera skäl rimligen inte samma barn som det de skulle ha fått nu om de hade gjort detta val). [4,11,12,18] Den klassiska invändningen mot denna analogi är att familjeplaneringen i samband med FD sker via abort och att detta är en etiskt vägande skillnad, en synpunkt som kommenteras vidare nedan.

En konsekvens av analogin med familjeplanering är samtidigt att någon principiell skillnad inte kan göras mellan FD för olika sjukdomar och skador eller mellan sjukdomar och andra detekterbara egenskaper som kan inverka på barnets förväntade livskvalitet. Det som kan sägas om det funktionshindrade barnet (att det går att tänka sig en annan person funnits i dess ställe som skulle ha haft ljusare utsikter i livet) kan sägas om var och en av oss. Detta har flera följdverkningar. För det första visar det att inte ens hänvisningen till det väntade barnet vid närmare granskning kan motivera att ökad chans till upptäckt av någon viss diagnos som sådan skulle utgöra en fördel med någon viss metod för FD. För det andra visar det på den principiella svårigheten att dra en etiskt motiverad gräns i termer av olika tillstånd inverkan på den drabbades livskvalitet för vilka tillstånd som man tillåts detektera i samband med FD. [11,12,18] Denna följd kan upplevas som både etiskt kontraintuitiv och praktiskt problematisk, t.ex. i det fall en kvinna efterfrågar FD av kön utan att det föreligger någon risk för könsbunden sjukdom. Samtidigt verkar inte heller autonomi-målet på något sätt utesluta FD på sådana grunder. För det tredje bidrar samtidigt denna aspekt till att understryka att det inte finns någon etisk grund för att framhålla FD som ett instrument för att upptäcka och undanröja någon särskild sorts människor på fosterstadiet [11,12,18] ? något som har betydelse för den närmare analysen av FD's konsekvenser för människosynen, vilket berörs vidare nedan.

Sammantaget kan alltså denna svårighet att etiskt motivera klara gränsdragningar i termer av olika tillstånd allvarlighetsgrad ha såväl problematiska som mer positiva aspekter. I stort kan dock motiveringen, även om den påvisar ett skäl för att erbjuda FD, inte ge någon specifik vägledning om hur FD bör läggas upp i praktiken annat än att det inte finns skäl att inrikta den mot någon särskild grupp människor.

Samhällets ekonomi

Denna motivering tar fasta på att det kostar pengar för samhället om sjuka och skadade människor tillåts komma till världen och att FD därmed har en fördel i det att den medför att för samhället kostsamma individer upptäcks och aborteras med resulterande ekonomisk besparing som följd. Detta resonemang var mycket vanligt bland specialister på FD då verksamheten introducerades under 1970-talet [4] och ledde sinom tid till hårda kontroverser med främst handikapprörelsen [13]. Det kan också framhållas att argumentet är principiellt likartat det huvudargument som motiverade den gamla tvångssteriliseringspolitiken. [23] Motiveringen är idag mera sällsynt, om än inte obefintlig [14] och har då en tendens att dyka upp i samband med att någon ny metod med substantiella kostnader övervägs.

En grundfråga att ta ställning till är förstås om argumentet pekar ut någon etiskt betydelsefull fördel. Utifrån autonomi-målet torde det vara klart att så inte är fallet, tvärtom föreligger en latent skarp konflikt mellan det ekonomiska resonemanget och autonomitanken, eftersom den ekonomiska besparingen bara blir samhällsekonomiskt substantiell om de flesta gravida kvinnor fås att använda FD och att göra abort vid positiv diagnos. Dessutom kan ifrågasättas om bortfall av framtida vårdkostnader alls kan ses som ett i sig relevant mått på nyttan av sjukvård, att undanröja potentiella framtida patienter ses ju inte normalt som något framsteg i vården av dessa. Utifrån autonomi-målet handlar ju dessutom FD's nytta om dess förmåga att vägleda gravida kvinnors reproduktiva beslutsfattande (om de så önskar). Ur denna synvinkel vore det intressantare att utarbeta ekonomiska utvärderingsinstrument som tog fasta på just denna aspekt och ställde den i relation till samhällets kostnader för FD.

Även om ekonomiska mål av detta slag kan kvalificeras så att de i teorin blir förenliga med autonomi-målet [4], så är det tveksamt om ens ett sådant kvalificerat beaktande av sådana resonemang är praktiskt förenliga med en trovärdig inriktning av FD på att skydda och gynna gravida kvinnors autonomi. Detta sammanhänger med att en hänvisning till argumentet alltid måste innefatta en acceptans av att beslutsfattare kan låta denna typ av överväganden inkräkta på patientautonomin [4, 12,15].

Invändningar mot FD

Under denna rubrik redovisas och diskuteras dels principiella invändningar mot FD, dels synpunkter om att FD bör begränsas på olika sätt vilka inte kan härledas från något av de mål för FD som behandlats ovan.

Kopplingen till abort

Att det är kopplingen till abort som gör FD kontroversiell är uppenbart. Frågan är dock hur kopplingen närmare bestämt ser ut och om den kan anses tala mot FD som sådan. En uppenbar reflexion är att om den invändning man ser mot FD är att denna kan motivera abort och att abort är moraliskt fel, så är det kvinnors möjlighet att välja abort man vänder sig mot, inte FD [4]. Det är också värt att notera att abort på grundval av oro över någon form av fosterskada inte förutsätter FD, sådan abort kan lika gärna väljas på grundval av allmän riskinformation och i detta perspektiv kan verksamheten med FD tom. beskrivas som i viss mån abortförebyggande, eftersom FD i de flesta fall påvisar att fostret inte har den skada det finns oro för.

Jag ska här inte gå närmare in på den allmänna abortfrågan, som är nog komplex i sig [16], och dessutom, som just påvisats, av tveksam relevans när det gäller FD. Däremot finns anledning att kort kommentera frågan om aborter kopplade till FD är extra etiskt problematiska eller, alternativt, godtagbara.

Är "selektiva" aborter etiskt speciella?

En vanlig tanke har varit att de aborter som kvinnor väljer på grundval av FD är speciella ur etisk synvinkel och de har därför benämnts "selektiva" aborter [17,18] tanken har varit att vid abort efter FD så är kvinnans val styrt av motivet att välja bort just detta specifika barn pga. någon specifik egenskap som det har. Vid sk. generell abort är dock motivet inte riktat mot någon särskild individ eller egenskap, kvinnan vill helt enkelt slippa ifrån graviditeten, oavsett fostrets identitet och egenskaper.

Det finns dock anledning ifrågasätta den etiska relevansen av denna beskrivning av de motiv som ligger bakom kvinnors val av abort. I samtliga dessa fall handlar det om att en kvinna är gravid och önskar avbryta denna graviditet, vilket innebär att hon vill slippa få det specifika barn som det foster hon bär på skulle kunna utvecklas till. Denna önskan hos kvinnan kan i sin tur uppstå till följd av olika faktorer vilka får henne att vilja slippa den livssituation det skulle medföra att fullfölja graviditeten. Det är således en grov förenkling att påstå att aborter efter FD uttrycker en speciell nedvärdering av eller motvilja mot ett specifikt foster eller foster med specifika egenskaper. Exempelvis kan en kvinna som väljer abort av det skäl att fadern övergivit henne i lika hög/låg grad sägas uttrycka motvilja mot faderslösa barn. Rimligare är väl dock att säga att i bägge fallen handlar kvinnans huvudsakliga motiv om att komma undan en oönskad livssituation, vilken i sin tur uppstår till följd av en mångfald samverkande faktorer.

Av liknande skäl finns det heller inga skäl att lyfta fram de aborter som sker efter FD som extra godtagbara. Detta har annars varit en vanligt synsätt, även i läger som utmärkt sig för ett allmänt moraliskt motstånd mot aborter, t.ex. många kristna kyrkor och samfund [24]. Som beskrivits kan visserligen en abort efter FD innebära att ett framtida friskt barn med bättre chanser till ett gott liv kan få chansen att komma till världen i det sjuka väntade barnets ställe. Detta kan emellertid lika gärna gälla då den faktor som påverkar denna chans inte är en fysiologisk sjukdom eller skada på fostret (utan t.ex. föräldrarnas ålder och mognad, sociala situation etc.).

Autonomi ger ingen "abortionriktning" på FD

Till dessa anmärkningar kan läggas observationen att om autonomi-målet accepteras, så innebär detta att det inte är någon målsättning med FD att sjuka/skadade foster aborteras. Det är upp till kvinnan att välja hur hon ska agera på grundval av en positiv diagnos, tom. om hon väljer att abortera ett friskt barn med förhoppningen att i framtiden i stället få ett med vad som av andra skulle betraktas som en skada (t.ex. dövhet). På så vis finns alltså ingen bestämd "riktning" i kopplingen mellan FD och det eventuella abortval som följer på en eventuell positiv diagnos, något som ibland antytts genom det tendensiösa uttrycket "abortionriktad fosterdiagnostik" [13].

Att konstaterandet av en skada på fostret i många fall leder till att kvinnan väljer abort är en annan sak,

som kan vara av betydelse såväl för den enskilda kvinnan ? och därmed för vikten av en god organisation av verksamheten med FD ? som för hur vi ska se på FD ur ett vidare samhällsperspektiv (se nedan ang. inverkan på människosynen).

Detta för oss tillbaka till analysens början, där motståndet mot FD grundar sig på ett generellt motstånd mot abort i största allmänhet. Men då är alltså argumentet av tveksam relevans såväl för frågan om FD's vara eller icke vara som för diskussionen av hur FD bäst ska organiseras och läggas upp.

Värdet av tidigare FD och FD som inte aktualiserar abort

Även om abortfrågan är kontroversiell och här inte berörs närmare finns det vissa punkter det torde gå att nå hygglig uppslutning kring och som är av intresse i ljuset av att tillgången till abort ju trots allt är det som gör att FD har möjlighet att gynna gravida kvinnors autonomi. Detta gäller dels synpunkten att det är önskvärt att aborter, om de alls utförs, utförs i tidigare faser av graviditeten, dels att om kvinnans autonomi kunde gynnas utan att abort behöver tillgripas, så vore detta positivt.

Dessa förhållanden talar för önskvärdheten av att utveckla metoder för FD som, utan att tumma på säkerheten, kan ge besked i tidigare i graviditeten än vad som idag är fallet. De talar också för det positiva med åtgärder som introducerar för kvinnan attraktiva valmöjligheter vid sidan av abort, vare sig det handlar om samhällsåtgärder som gör det mindre betungande att föda ett sjukt eller skadat barn, eller tekniska metoder som ger samma slags valmöjlighet som FD men utan tillgripande av abort, t.ex. preimplantatorisk genetisk diagnostik [12].

Inverkan på människosynen

En mycket vanlig invändning mot FD har gällt en befarad negativ inverkan på människosynen i samhället, i synnerhet ifråga om hur vi ser på skadade och sjuka människor och deras lika rätt till goda chanser till ett gott liv som vi andra åtnjuter. Det finns här två huvudsakliga resonemang. Enligt det ena uttrycker varje kvinnas val av abort efter en positiv diagnos i FD en nedvärderande syn på sjuka och skadade, denna tanke har just kommenterats ovan. Enligt det andra resonemanget är det dock snarare själva förekomsten av FD som verksamhet i kombination med möjligheten att välja abort, som uttrycker en nedvärdering. Åtminstone kommer den faktiska praktiken att uttrycka detta, i kraft av att samhället genomsyras av fördomar och diskriminering mot sjuka och skadade människor, i synnerhet de med permanenta funktionshinder. Slutligen, hävdas det, innebär detta uttryck för sådana fördomar, att sådana negativa attityder och särbehandlingsåtgärder vidmakthålls och kanske tom. förstärks. Primärt har här närts en oro för att tillgången till FD skulle skapa ett tryck på att mindre resurser satsas på stöd till funktionshindrade. Det har även uttryckts stark oro för att praktiken inte stannar vid abort av sjuka foster, utan leder vidare till "eutanasi-program" för funktionshindrade [13,19,20].

Utan tvekan är det så att FD orsakat oro och rädsla av detta slag hos många människor med funktionshinder. Detta sammanhänger dock, enligt min bedömning, i stor utsträckning med hur FD och dess mål har presenterats och hur verksamheten som en konsekvens av detta har lagts upp. Såväl det preventiva som det ekonomiska motivet ger grund för oro av detta slag och dessa motiv har öppet förts fram såväl av politiker och debattörer som specialister på FD.

Autonomimålet, däremot, torde inte ge grund för denna sorts oro om det tillämpas konsekvent. Visserligen är det så att varje funktionshindrad människa pga. av FD's existens kan få anledning att ställa sig frågan om han eller hon hade kommit till världen om modern gjort FD. Det är dock inte detsamma som att konstatera att hon hade gjort det, eller, som framgått ovan, att ett sådant val i så fall hade varit riktat mot den sorts person man är. Dessutom är detta en sorts existentiell fundering som vi alla får anledning till i ljuset av människors möjlighet att kontrollera sin reproduktion genom abort, preventivmedel eller tom. simpel avhållsamhet.

Det är också av vikt att konstatera att det inte verkar finnas några empiriska belegg för att FD i Sverige orsakat mer negativa attityder till funktionshindrade människor. Såväl vad gäller den allmänna opinionen som politiska åtgärder tycks i stället trenden i samvariationen mellan dessa faktorer ha varit den motsatta. Detta innebär förstås inte att åtgärderna och attitydförändringarna är tillräckliga och det finns all anledning att åter framhålla att de som är verksamma inom FD utifrån autonomi-målet har stark anledning

att engagera sig i att en fortsatt positiv utveckling på dessa områden säkerställs. [15]

Oron för en negativ inverkan på människosynen till följd av FD har dock en ytterligare aspekt, som starkt sammanhänger med tendenser i verksamheten att framhålla den som särskilt ägnad att undvika existensen av vissa sorters människor. Som beskrivits på flera platser ovan kan denna tendens ta sig olika uttryck. Ett är ovilja att tillhandahålla allsidig information också vad gäller de psykosociala aspekterna av de val som FD aktualiserar, ett annat att inte uttrycka stark hänsyn till den allmänna situationen för funktionshindrade i samhället, en tredje de olika former av screening eller riktad information till vissa "riskgrupper" som lätt tar formen av påtryckning. Det mest tillspetsade exemplet utgörs emellertid av olika förslag på att samhället borde hålla sig med en officiell klassificering av tillstånd i sådana som kan komma ifråga för FD (och ev. påföljande abort) och sådana som inte kan det. Varje sådant förslag blir nämligen i realiteten en officiell ideologi om vilka sorters människor som lika gärna kan aborteras på fosterstadiet och utgör därmed en stigmatisering av och ett påtagligt hot mot de människor som hör till denna grupp. [10,11,12] Samma resonemang kan föras när det gäller hur den möjlighet till abort är utformad som en kvinna kan utnyttja efter FD. En sådan möjlighet som, i likhet med många europeiska länder, bygger på speciella "fosterskadeindikationer" e.dyl. ger även den upphov till att ovan beskrivna ideologi kommuniceras, men här är vi alltså lyckligt lottade i Sverige.

Min egen analys är att förslag av den här typen bottnar i en kombination av två faktorer. Dels att man lever kvar i föreställningen att FD's mål handlar om att försöka åstadkomma att det föds färre människor av vissa slag. Dels en oro för att även en sådan som man själv skulle kunna bli föremål för FD och efterföljande abort, antingen till följd av nya möjligheter i den gentekniska utvecklingens spår eller till följd av möjligheter som redan finns (t.ex. könsdiagnostik). Det torde ha framgått att båda dessa attityder är oförenliga med en syn på FD enligt vilken dess mål är att främja gravida kvinnors autonomi och att min egen bedömning är att det finns starka etiska skäl att renodla detta senare synsätt på FD. Oron för människosynen ger som jag ser det ytterligare argument för denna hållning.

Prioriterings och rättvisefrågor

Jag ska här endast kortfattat beröra tre frågor som aktualiseras av FD.

FD vs. stöd till funktionshindrade

Det har i debatten ibland framförts att det finns en motsättning mellan samhällets satsning på FD och stöd till sjuka, skadade och funktionshindrade människor. [13,20] Som framgått ovan kan en sådan motsättning finnas om målet med FD är det preventiva eller ekonomiska, eller om FD organiseras på ett sätt som utgör en påtryckning på kvinnor att göra vissa reproduktiva val. Dock är inte denna motsättning någon nödvändighet om autonomi-målet tas på fullt allvar, i synnerhet inte om de som är verksamma inom FD tar konsekvensen att de aktivt bör verka för bättre villkor för dessa grupper i syfte att stärka den egna verksamhetens etiska kvalitet.

Lika möjligheter till lika god FD för alla

Svensk sjukvårdspolitik genomsyras av tanken på att alla medborgare ska tillförsäkras lika god vård, detta kan även appliceras på FD [21]. Min bedömning är att den modell som skisserats ovan med stöd av autonomi-målet lever upp till detta ideal? allmän information om möjligheten att söka FD eller fördjupad information om FD till alla gravida kvinnor kombinerat med att ingen styrning av kvinnors val förekommer. Ibland har det framförts att kravet på lika möjligheter kan vara ett argument för den typ av screeningsupplägg som kritiserats ovan, men här är alltså min bedömning den motsatta. Däremot kan det, som nämnts, finnas anledning att begrunda om alla gravida kvinnor idag verkligen tillförsäkras lika möjligheter till korrekt, relevant och allsidig information respektive har tillgång till resurser att få denna information kommunicerad på ett adekvat sätt. Möjligen kan här behövas en kompetensförstärkning på olika håll i landet vad gäller just information och vägledning.

En annan aspekt av kravet på lika möjligheter gäller tillgången till olika diagnostikmetoder.

Rättvisespekten innebär att det är av vikt att denna är lika för alla gravida kvinnor, vilket skapar behov av nationell samordning på detta område.

Prioritering av patienter

Den ovan beskrivna analysen att det, ur autonomi- och människosynsynpunkt, är djupt olämpligt att dra gränser för FD i termer av olika sorters tillståndets allvarlighetsgrad har ibland sagts skapa ett prioriteringsproblem. Tanken är att det är något orimligt att FD för en närmast betydelselös fysionomisk avvikelse (t.ex. milda former av harmynthet) likställs med FD för mycket grava genetiska sjukdomar eller, i förlängningen, att detsamma gäller möjligheten att testa för sådant vi alls inte räknar som sjukdomar (t.ex. kön). Om FD börjar efterfrågas för allt möjligt sådant finns ingen grund för sjukvården att prioritera, vilket kan synas absurt. Denna uppfattning bygger dock på att man bortser från att det ovan skisserade synsättet ställer den gravida kvinnans intresse och behov i fokus ? det är alltså detta som ska vara grund för prioriteringen. [12] Detta innebär att det aktuella tillståndets karaktär i sig inte är skäl vare sig för eller mot att ge företräde till en viss kvinna inom FD-verksamheten, det avgörande är kvinnans behov av att erhålla den information som FD kan ge. I allmänhet kan man då säga att, såvida inte särskilda omständigheter föreligger, så finns skäl för en presumption att behovet av FD för tillstånd med tveksam betydelse för hälsan är svagt.

Det bör också framhållas att det är tveksamt om problemet alls är eller ens kommer att bli en realitet. Scenariot att kvinnor i stor skala skulle vara villiga att göra FD och i förlängningen abort för allt möjligt har en tendens att banalisera de beslut kvinnan ställs inför i dessa sammanhang. Många gravida kvinnor väljer idag, bl.a. med tanke på komplikationsriskerna, att helt avstå från FD (undantaget rutinultraljudet, men där kan som nämnts förklaringen vara att denna undersökning har flera syften vid sidan av att utgöra FD). Ett eventuellt abortval kan förmodas vara en ännu allvarligare sak ur kvinnans synpunkt, särskilt som det i samband med FD handlar om kvinnor som är inriktade på att skaffa barn.

Samtidigt är det naturligtvis så att FD, så länge som denna verksamhet pågår i den offentligt finansierade vårdens regi, får finna sig i de allmänna prioriteringsramarna för hälso- och sjukvården. Dessa innebär bl.a. att det vid varje tidpunkt finns en uppfattning om vilka tillstånd som det är adekvat att vården befattar sig med. Från tid till annan justeras dock dessa ramar, bl.a. med hänvisning till värdeförskjutningar i samhället, exempelvis angående vad som uppfattas som viktiga problem i människors liv. Några exempel på detta är beslutet från 1979 att inte längre betrakta homosexualitet som en psykiatrisk patologi och den senaste tidens diskussioner om potenshöjande medel, mediciner mot fetma och serotonin återupptagshämmare. Å andra sidan innebär som sagt en konsekvent tillämpning av autonomi-målet att det egentligen inte är de tillstånd som kan upptäckas med FD som definierar verksamhetens mål, utan den gravida kvinnans informations- och vägledningsbehov. På denna punkt finns alltså anledning för verksamheten att lyfta fram FD's mål i den allmänna samhällsdiskussionen om hälso- och sjukvårdens mål.

Avslutande överväganden

Det finns starka etiska skäl för att målet med FD bör koncentreras till att gynna och skydda enskilda gravida kvinnors autonomi. Detta ställer stora, om än inte oöverkomliga, krav på organisationen och utformningen av verksamheten och kan även innebära begränsningar av vilka slags tester som erbjuds, i synnerhet finns anledning att motstå screeningsupplägg av olika slag. Det finns också anledning att överväga förstärkningar av gravida kvinnors tillgång till adekvat vägledning inför och efter FD. Däremot är det av stor vikt att undvika att begränsningar av FD utformas utifrån tanken om att vissa sorters människors existens helst ska undvikas, då detta bygger på ett synsätt som är oförenligt med autonomi-målet och dessutom skapar risker för negativ inverkan på människosynen. Verksamhetens etiska berättigande är samtidigt, enligt denna syn, beroende av att sjuka och funktionshindrade ges det stöd av samhället som krävs för att de och deras familjer ska kunna leva acceptabelt goda liv och det finns anledning för professionen att framhålla detta.

Referenser

1. Tännsjö T (2000), Grundbok i normativ etik, Falun: Thales.
2. Tännsjö T (1998), Vårdetik, 3:e reviderade upplagan, Falun: Thales.
3. Beauchamp TL & Childress JF (1994), Principles of Biomedical Ethics, 4th edition, New York & Oxford: Oxford University Press.
4. Munthe C (1996), The Moral Roots of Prenatal Diagnosis. Ethical Aspects of the Early Introduction and Presentation of Prenatal Diagnosis in Sweden, Göteborg: Centrum för forskningsetik.
5. Wertz DC & Fletcher JC (1989) (eds.), Ethics and Human Genetics. A Cross-Cultural Perspective,

Berlin: Springer-Verlag.

6. Clarke A (1994) (ed.), *Genetic Counselling: Practice and Principles*, London & New York: Routledge.
7. Bartels DM, LeRoy BS & Caplan AL (1993) (eds.), *Prescribing Our Future. Ethical Challenges in Genetic Counselling*, New York: Aldine De Gruyter.
8. Chadwick RF, Levitt M & Shickle D (1997) (eds.), *The Right to Know and the Right not to Know*, Avebury: Aldershot.
9. Robertsson JA (1994), *Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies*, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
10. Tännsjö T (1999), *Coerceive Care: The Ethics of Choice in Health and Medicine*, London & New York: Routledge.
11. Munthe C (1998), "On Choosing Children", in Kampits, Kokai & Weiberg (eds.), *Applied Ethics. Papers of the 21st International Wittgenstein Symposium*, vol. 2, Kirchberg am Wechsel: Austrian Ludwig Wittgenstein Society.
12. Munthe C (1999), *Pure Selection. The Ethics of Preimplantation Genetic Diagnosis and Choosing Children without Abortion*, Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
13. Gustafson S (1980), *Fosterdiagnostik ? för vem?*, Stockholm: LTs Förlag.
14. Kristoffersson U, Nørgaard-Pedersen B. "Serumanalys av gravida". *Läkartidningen* 1995, 92: 1205-1212.
15. Munthe C, Wahlström J & Welin S (1998), "Fosterdiagnostikens moraliska rötter. Goda handikappomsorger avgörande för den etiska kvaliteten", *Läkartidningen* 1998, 95: 750-753.
16. Munthe C (1992), *Livets slut i livets början. En studie i abortetik*, Edsbruk: Thales.
17. Fagerberg H (1980) (red.), *Foster, familj, samhälle*, Lund: Liber.
18. Tännsjö T (1991), *Välja barn. Om fosterdiagnostik och selektiv abort*, Borås: Sesam.
19. Lippman A (1991), *Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities*, *Journal of Law and Medicine* 17: 15-50.
20. Parens E & Asch A (2000), *Prenatal Testing and Disability Rights*, Washington, D.C.: Georgetown University Press.
21. *Fosterdiagnostik, abort m.m., Socialutskottets betänkande 1994/95:SoU18*, Stockholm: Sveriges riksdag.
22. Brülde B (1998), *The Human Good*, Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
23. Munthe C (1999), "Steriliseringar, fosterdiagnostik och värderingar - vad kan vi lära för framtiden?", i *Tema: Etik, svensk medicin nr. 63*, Ödeshög: Svenska läkaresällskapet & SPRI.
24. *Abortfrågan. Remissyttranden över 1965 års abortkommittés betänkande Rätten till abort*, SOU 1972:39, Stockholm 1972: Justitiedepartementet.

[Tillbaks till bibliografin, tack!](#)