



Min kropp, mitt eller abortnemndas «valg»?

En antropologisk studie av kvinners opplevelser av abortnemnda

Tilla Solli

Masteroppgave ved Sosialantropologisk Institutt

Høst 2021



UiO : Universitetet i Oslo

© Tilla Solli

2021

Min kropp, mitt eller abortnemndas «valg»? En antropologisk studie av kvinners opplevelser av abortnemnda

Tilla Solli

www.duo.uio.no

Utgiver: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Omslagsbildet er designet av Helene Karlsson. Designet er bearbeidet av PETRA designkontor ved Ellen Jacobsen til utstillingen «HYSJ! Fortellinger om abort og seksualitet» på Kvinnemuseet.

Sammendrag

Denne masteroppgaven undersøker hvordan kvinner opplever å møte abortnemnda, og tar nemndsopplevelsen som utgangspunkt for analyse. Oppgaven er basert på intervjuer med 29 informanter. Jeg opererer med et skille mellom ønskede og uønskede svangerskap, og totalt er 19 kvinner som har møtt i nemnd intervjuet; 12 av dem på grunn av fosterdiagnostiske årsaker, seks grunnet et uønsket svangerskap, og én grunnet fosterreduksjon. Øvrige informanter er primært nemndsmedlemmer og en helsesekretær, men også en stortingspolitiker, to representanter fra ulike interesseorganisasjoner som er aktive i abortdebatten, og en nyfødtlege er intervjuet.

I kapittel 2 diskuteres nemndas funksjon og praksis med et maktperspektiv og innsamlet datamateriale. Dette kapittelet er basert på samtaler med primær- og klagememndsmedlemmer. Her diskuteres nemndenes funksjon i lys av kollektivistiske ideer, og hvordan nemndsmedlemmene opplever å sitte i nemnd.

Kapittel 3, 4 og 5 følger kvinnenens historier. I kapittel 3 presenteres kvinnene som er ønskede gravide og deres prosess fra graviditet, undersøkelser og testsvar, til beslutningen om å søke om avbrudd i nemnd blir tatt. I dette kapittelet legges det teoretiske grunnlaget gjennom å studere kvinners praksiser som «ritualiseringsprosesser» og viser hvordan vi må utvide forståelsen av begreper som «nøkkelscenario» (Ortner, 1973) og det Raphael (1975) kaller «matrescence». Kapittel 4 undersøker hvordan det er for kvinner å møte i nemnd, og resultatet som er en indusert fødsel, som ved innvilgelse i primær- eller klagememnd er noen dager etterpå, eller ved avslag som er til termin. I lys av disse funnene, vil jeg i kapittel 5 se nærmere på hvordan kvinner opplever tiden etter møtet med nemnda og fødselen.

Nemndenes rolle blir rammet inn som et kollektivistisk beslutningsrom; kvinnene slipper å stå alene i beslutningen. Likevel blir det presentert som at det er kvinnens individuelle *valg* å gjennomføre avbruddet. Jeg problematiserer dette og viser til spenningene mellom kollektivism og individualitet i beslutningsprosessene. Tett knyttet til dette er dimensjonene av nærhet/distanse, kunnskap/makt og håp/tvil.

Forord

Den største takken skylder jeg mine informanter. Uten dere hadde ikke dette vært mulig. En spesielt stor takk til informantene mine som har møtt i nemnd – takk Ada, Alexandra, Anniken, Aurora, Camilla, Christina, Elisabeth, Hanne, Hege, Hilde, Ingrid, Julianne, Karine, Karoline, Linda, Maria, Marthe, Nina og Torill – for at dere delte det innerste indre med meg. Om deres tanker, følelsesliv, framtidsutsikter, kroppen deres og ting som ikke ble som planlagt. Jeg er evig takknemlig for innblikket jeg har fått i deres verden.

Takk til veilederen min, Jon Henrik Ziegler Remme. Heldigvis for oss var ikke Zoom en altfor ny arena å gjennomføre veiledningstimer på. Takk for at du har sett, motivert og lyttet til meg. Takk for måten du har satt deg inn i tematikken min på, et tema du kanskje ikke ellers ville søkt deg til. Takk for veiledningstimer og tydelige og raske tilbakemeldinger. Takk til Marit Melhuus for gode samtaler før feltarbeidet. Takk til andre ansatte ved instituttet for motivasjon og læringsglede gjennom masterforløpet, og gjennom en pandemi. Takk til SAI for økonomisk støtte. Takk til pauserommet i 6. etasje på Eilert Sundts hus og dets deltakere for de gode månedene vi fikk.

Takk til Johanne Sundby. Uten deg hadde jeg ikke fått tilgang til så mange informanter! Takk for råd om interessante spørsmål til informantene.

Takk til Kvinnemuseet ved Mona Holm og Thea Aarbakke, for muligheten til å dykke dypere i abortproblematikk og kvinnesak. Takk for at jeg har fått være vitenskapelig assistent ved Kvinnemuseet, og alt jeg har lært. Det internasjonale blikket på abortpolitikk har vært fordelaktig i arbeidet med denne oppgaven.

Takk til familie, venner og kollegaer for forståelse, oppmuntrende ord, korrekturlesinger, gode og trygge pusterom, heiarop og muligheter for frustrasjonsutløp gjennom de siste årene. Mamma, jeg er evig glad du oppdro meg som en feminist.

Takk til Helene Karlsson fra kunstnergruppen OTALT, som har gitt meg tillatelse til å bruke hennes design som forsidebilde.

Til slutt, et banalt takk til koronaviruset som rammet hele verden i 2020 og 2021. Uten deg hadde jeg endt opp med å gjøre feltarbeid et annet sted, og jeg ville ikke fått rett

søkelyset mot Norges abortpraksis og kvinners opplevelse med abortnemnda, som er et sårt tiltrengt forskningsområde.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	3
Introduksjon.....	7
<i>Abortlovens rammer og nemndsystemet kort forklart</i>	8
<i>Forskningsoppgaven i en antropologisk kontekst</i>	10
<i>Problemstilling og abort i et videre perspektiv</i>	12
<i>Kapittelinnledning</i>	14
Kapittel 1 «Du har ikke gjort ordentlig feltarbeid»: Metodiske avgjørelser	15
<i>Semantiske begreper – abort er et ord inntullet i tabuer</i>	15
<i>Posisjonering og hjemmeantropologi</i>	17
<i>Rekruttering av informanter og noen metodiske svakheter</i>	19
<i>Intervju som metode</i>	22
<i>Feltarbeid i en pandemi og mangel på deltakende observasjon</i>	24
<i>Engasjert antropologi</i>	25
<i>Etiske refleksjoner og anonymisering</i>	26
Kapittel 2 Nemndas samfunnsoppdrag i funksjon og praksis: En arena for kollektivistiske beslutninger?	28
<i>Mot en forståelse av nemnda: Foucauldiansk makt, biopolitikk og «reproductive governance»</i>	28
<i>Nemndas funksjon, fra nemndsmedlemmenes perspektiver</i>	32
<i>Nemndas praksis</i>	35
<i>Nemndsamtalen</i>	36
<i>Ulik praksis, ulikt utfall og ulike opplevelser?</i>	38
<i>Utjevner klagenemnda forskjellene?</i>	43
<i>Avsluttende bemerkninger</i>	44
Kapittel 3 Fosterdiagnostikkens umulige muligheter: Fra et ritualisert svangerskap til beslutningen om svangerskapsavbrudd	45
<i>«Å se inn i en glasskule»: Mulighet, ambivalens og tvil i fosterdiagnostikken</i>	47
<i>Slektskapsprosessen: Mellom nærhet og distanse</i>	52
<i>Beslutningsprosessen: Mellom individualitet og kollektivism, nærhet og distanse</i>	55
<i>Avsluttende bemerkninger</i>	59
Kapittel 4 En lang prosess over kort tid: Fra nemnd til fødsel	60
<i>Fra beslutning til nemnd: Framtidsbrister, forberedelser og forventninger</i>	60
<i>«Å møte en domstol» versus «et ensomt valg»: Kvinnen møter nemnda</i>	66
<i>«Et siste håp»: Klagenemnda</i>	73
<i>«Når du svelger den pilla er det ingen vei tilbake»</i>	75
<i>«Det man har ventet på»: Fødselen</i>	77
<i>Avsluttende bemerkninger</i>	80

Kapittel 5 Refleksjoner og kontinuerlig bearbeidelse: Tiden etter avbruddet	81
<i>Hva skjer med fosteret etter fødsel?: Ritualiseringen av et foster som aldri har levd.....</i>	<i>81</i>
«Det vil alltid være en del av min historie»: Sorg, oppfølging og bearbeidelse	86
«Å bli den gjengen man har lyst til å bli»: Å bli gravid på nytt?	92
<i>I retrospekt: Tanker om nemnda og politisk engasjement</i>	<i>94</i>
«Det ble jo bestemt at jeg skal ha dette livet, så jeg må bare gjøre det jeg må».....	96
<i>Avsluttende bemerkninger</i>	<i>97</i>
Konklusjon	98
Etterord	99
Litteraturliste	101
Vedlegg.....	114
<i>Vedlegg 1 – Oversikt over abortsøkende informanter</i>	<i>114</i>
<i>Vedlegg 2 – Mal for vedtak i abortnemnd.....</i>	<i>116</i>
<i>Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema</i>	<i>118</i>
<i>Vedlegg 4 – Intervjuguide.....</i>	<i>130</i>
<i>Vedlegg 5 – Skjema: begjæring om svangerskapsavbrudd</i>	<i>136</i>
<i>Vedlegg 6 – «Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke» ...</i>	<i>137</i>
<i>Vedlegg 7 – NSD vurdering</i>	<i>141</i>
<i>Vedlegg 8 – REK vurdering</i>	<i>144</i>

Introduksjon

Vinteren 2021 møtes Marthe og jeg over Zoom. Etter å ha småpratet i 20 minutter, spør jeg om Marthe kan fortelle «historien slik hun vil, fra graviditet til nemnd». «Ja, da kommer det sikkert litt tårer, men det har du vel blitt vant til», sier Marthe og ler. Jeg har også lært at man trenger en viss humorbruk for å kunne snakke om å møte i abortnemnd. Marthe forteller om en planlagt og ønsket graviditet som ender med beskjeden om at fosteret har trisomi 21, bedre kjent som Downs syndrom. Gjennom samtalen gråter Marthe mye. Hun tar seg til ansiktet når tårene kommer, og legger hodet i hendene. «Hva skal man vektlegge når man får beskjeden ...» Marthe tar en pause for å hente et lommetørkle, tørker vekk tårer og snyter nesa. Hun puster dypt inn og fortsetter. «Jeg har jobbet på sykehus der de syke barna med Downs syndrom, ikke de friske barna man ser klarer seg i livet, ligger. Du vil ikke ha et barn som har så vondt, ligger intubert uten bedøvelse. Og det er hvis det kanskje overlever til fødsel ...» Marthe tar en pustepause og snufser, tydelig rørt. «Det her ... trenger vi faktisk ikke være med på. Så da bestemte vi oss for at det ... Ble abort».

Ovenfor skisserer Marthe¹ deler av beslutningsprosessen da hun var gravid for fem år siden. Noen dager senere møter hun i nemnd og får avbruddet innvilget. Kvinners opplevelser av abortnemnda handler om mer enn de minuttene de møter dem – om svangerskapet er ønsket eller ikke, samtaler med helsepersonell før, og muligens etter, abortnemndsmøtet, om kroppslige forandringer, relasjonelle endringer og selve avbruddet som er en igangsatt fødsel. Disse og flere elementer fargelegger nemndsopplevelsen i sin helhet.

Jeg møter Hege et par dager etter intervjuet med Marthe. Hege forteller at å ikke finne «en historie som min» var vondt og vanskelig i abortnemndsprosessen hvor hun allerede var sårbar. I mediesirkuset rundt spørsmålet om yttergrensen for selvbestemt abort, har fokuset vært på kvinners moralitet. Samfunnsdebatter blir konstruert rundt det *moralske* om abort, ikke hvordan kvinner opplever å gjennomgå (sene) svangerskapsavbrudd, og kvinners behov i sårbare og potensielt traumatiserende livssituasjoner. Perspektivet om kvinners erfaringer fra abortnemnda mangler fortsatt. Denne oppgaven omhandler hvordan kvinner opplever å møte i abortnemnd, og tar for seg hvordan kvinner opplever prosessen fra

¹ For en oversikt over alle informanter som har møtt i nemnd, se vedlegg 1.

graviditet til beslutningen om å møte i abortnemnda, selve abortnemndsmøtet, og tiden etter møtet med nemnda og svangerskapsavbruddet.

Abortlovens rammer og nemndsystemet kort forklart

Loven om selvbestemt abort til uke 12² har ikke kommet uten kamp. Fosterfordrivelse var ulovlig, og straffet med dødsstraff mellom 1687 og 1842. I årene fram til 1964 ble straffen redusert til straffarbeid og så til fengselsstraff. Mellom 1902 og 1964 var det tilfeller der leger kunne avbryte svangerskap innenfor visse rammer, som ved fare for kvinnens liv. I 1964 fikk vi den første mer liberale abortloven i Norge. Nå kunne kvinner legge fram sin sak for ei abortnemnd. Avbruddet kunne innvilges på medisinsk, etisk eller eugenisk grunnlag, og det var nemnda som tok den endelige avgjørelsen. Abort ble avkriminalisert med abortloven i 1975. Nemndene bestod, men måtte også ta hensyn til kvinnens sosiale forhold. I 1978 fikk vi lov om rett til selvbestemt abort i Norge (Austveg, 2017, s. 40-3).

Alle begjæringer om svangerskapsavbrudd etter uke 12 må behandles av abortnemnda³, bestående av to leger. De skal vekte hensynet mellom kvinnens selvbestemmelse og fosterets rettsvern. Fra uke 18 er det skjerpene hensyn, og det må «særlig tungtveiende grunner» til for at avbruddet kan innfris (Abortloven, 1975, §2.6). For at nemnda kan innvilge avbrudd etter uke 12, må det være indikasjoner på minst ett av følgende punkter i abortloven §2.3:

- a. Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom;
- b. Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;

² Svangerskapslengde regnes i uker og dager, fra siste menstruasjons første dag. Ukene er antall fullgatte uker, mens dagene telles fra 0 til 6, hvor 0 er første og 6 er siste dag i uken. Er man 11+6 er man 11 uker og 6 dager inne i 12. svangerskapsuke – i utgangen av uke 12. Dagen etter 11+6 er man 12+0, og man må møte i nemnd for å avbryte svangerskapet. Et ekspertutvalg fra 2013 peker på at denne måten å vise til svangerskapsuker (innen utgangen av 12. uke), kan være forvirrende for lovgivere og tolkere av loven, som kan medføre mer liberal praksis med selvbestemmelse til 12+6 (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 18). Det er også i mitt datamateriale at noen av nemndsmedlemmene jeg intervjuet, har ulik oppfatning av tidspunktet nemndbehandlingen skal ta utgangspunkt i – er det dagen kvinnen begjærer svangerskapet avbrutt, eller dagen hun møter i nemnd? Ifølge 2013-utvalget er det kvinnens gestageringsalder, hvor langt hun er på vei, ved vedtakstidspunktet som skal legges til grunn for vurderingen (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 15).

³ Det er 26 primærnemnder i Norge. Hvis primærnemnda avslår kvinnens søknad, blir den automatisk sendt til behandling ved den sentrale abortklagenemnda (klagenemnda). Abortforskriften §§11-14 og abortloven §§7 og 8 setter rammene for oppnevningen av primær- og klagenemnd. Praksisen ved abortnemndene er hovedsakelig ikke ambulerende, de er kun operative på virkedager, og ikke i helger eller helligdager.

- c. Det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;
- d. Hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven [...], eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven [...]; eller
- e. Hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.
(Abortloven, 1975, §2.3)

Etter abortloven ble endret i 2019, lyder §2a som følger: «Fosterreduksjon regnes som svangerskapsavbrudd etter denne loven. [...] Nemnda kan innvilge fosterreduksjon dersom vilkårene i § 2 tredje til femte ledd og sjettede ledd første punktum er oppfylt» (Abortloven, 1975, §2a).

Abortraten har vært nedadgående i Norge de siste årene, mens andelen selvbestemte aborter (ca. 95%) holder seg stabil i forhold til nemndbehandlede aborter (ca. 5%) (Løkeland-Stai, 2021). I 2020 var det 12.150 begjæringer om svangerskapsavbrudd, der 11.572 var selvbestemte og 578 var nemndbehandlede (Folkehelseinstituttet, 2021a). Forskning viser at kvinner som er uønsket gravide tar abort så fort som mulig, og har bestemt seg innen de møter helsevesenet for å avslutte svangerskapet (Austveg, 2017, s. 61; NOU 1999: 13, s. 147-8). I 2020 ble over 84% av selvbestemte aborter gjennomført før 9. svangerskapsuke (Løkeland-Stai, 2021).

Det er flere grunner til at kvinner søker om svangerskapsavbrudd etter uke 12, og årsakene kan deles inn i tre kategorier. Alle kvinnene møter nemndsystemet av primær- og klagenemnd⁴, med ulik nemndstruktur for å imøtekomme kvinnenes ulike behov. I 2020 var majoriteten av søknader om svangerskapsavbrudd grunnet fostermisdannelser, som blir funnet ved ultralyd (Folkehelseinstituttet, 2021c). Etter ultralyd som avdekker avvik, blir kvinnen sendt videre til genetisk veiledning og fosterdiagnostiske utredelser. Her skal hun selv fatte beslutningen om hun ønsker å avbryte svangerskapet eller ikke, og møter hovedsakelig i såkalt «fosterdiagnostisk» nemnd⁵. I nemnda vil kvinnen ofte få innvilgelse basert på §2.3c, eller en kombinasjon av punktene i §2.3.⁶ Kvinner som ønsker å redusere

⁴ I abortloven står det tydelig at beslutningen i nemnda skal treffes i *samråd* med kvinnen (1975, §7.2). Kvinnen har rett, men ikke plikt til å møte nemnda og uttale seg. Møter hun opp fysisk, kan hun også ha med seg en person (Abortforskriften, 2001, §5.3).

⁵ I «fosterdiagnostisk» nemnd sitter det en gynekolog, og ofte en lege med spesialisering i genetikk eller pediatri.

⁶ Se vedlegg 2 for mal for vedtak i abortnemnda.

antall fostre må også møte i nemnd, uavhengig om de fatter beslutningen før eller etter uke 12. Ønsker kvinnen å redusere fra tre eller flere, blir hun ofte sendt til fosterdiagnostisk nemnd, men hvis kvinnen ønsker å redusere fra to til en, blir hun sendt til «ordinær», eller «sosial» nemnd. Hit blir også kvinnene som finner ut av svangerskapet sent, for eksempel grunnet asymptomatisk svangerskap eller prevensjonssvikt uten kvinnens viten, henvist til. Kvinnene har rett på samtale med kvalifisert helsepersonell i forkant av nemndsamtalen (Abortforskriften, 2001, §2).

Med abortloven §2.3 ilegges nemndene en stor grad av skjønn når de behandler kvinnens begjæring om svangerskapsavbrudd. Derimot kan ikke avbrudd innvilges dersom det er «grunn til å anta at fosteret er levedyktig»⁷ (Abortloven, 1975, §2.6). Med levedyktighet menes «dersom [fosteret] ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført. Ved vurderingen skal det tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning»⁸ (Abortforskriften, 2001, §18). Levedyktighet er derfor individuelt betinget og av utviklingen i teknologi og medisinsk behandling. Abortforskriftens grense for levedyktighet er satt ved 21+6 (2001, §18), selv om fostre ofte ikke er levedyktige før etter uke 23 med optimal behandling (Austveg, 2017, s. 126). Et foster er ikke levedyktig ved 18 uker⁹, og ikke garantert overlevelse hvis det er født like etter uke 23.

Forskningsoppgaven i en antropologisk kontekst

Abort handler om mer enn svangerskapsavbrudd. Det omhandler reproduksjon, reproduktive beslutninger, kvinnehelse¹⁰, kvinnekropp og kvinnesak. Det omhandler også opplevelsen av avbruddet. Abort som overhengende emne egner seg godt for studier fra et antropologisk perspektiv, da det er et dynamisk felt som yter godt av å bli studert i dybden med antropologiske metoder (Andaya & Mishtal, 2017). I tillegg til å undersøke lovverk og statistikk, trenger vi innsikt i erfaringer og opplevelser. Derfor må en antropologisk tilnærming til.

⁷ Heller ikke «særlig tungtveiende grunner», som for eksempel hvis unnfangelsen skjedde under betingelser satt av straffeloven, trumfer prinsippet om levedyktighet (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 6).

⁸ Lars, en av mine informanter og anerkjent nyfødtelege, forteller om pågående forskning i Kina og USA på kunstige livmødre man kan legge ikke-levedyktige fostre i. Det går utenfor diskusjonen her.

⁹ Noen aborterte fostre, uavhengig om aborten er provosert eller spontan, kan vise reflekser og bevegelser ved fødsel ned til uke 13. Dette betyr ikke at de er levedyktige (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 3).

¹⁰ Forrige NOU om kvinnehelse ble lagt fram i 1999. Per oktober 2021 ser et nytt utvalg på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og skal levere sin rapport innen 30. september 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Fostermedisinske svangerskapsavbrudd skjer i dag grunnet alvorlige fosteravvik som blir oppdaget med moderne (ultralyd)teknologi. Allerede tidlig på 1900-tallet observerer antropologen Malinowski hvordan øyfolket trobrianderne utfører seremonier for at den gravide kvinnen skal nedkomme med et velskapt foster. Mead, som gjennomfører etnografisk feltarbeid på Samoa, poengterer hvordan gravide kvinner er omringet av tabuer om hva de er tillatt å gjøre i svangerskapet, som kan føre til fosterskade (Gammeltoft & Wahlberg, 2014, s. 202).

I 1986 publiserer sosiologen Rothman (1986) boken *The Tentative Pregnancy*, som er den første boken som undersøker kvinners fosterdiagnostiske erfaringer. Her viser Rothman at kvinnen setter svangerskapet «på pause» i påvente av svaret på fosterdiagnostiske prøver. Teknologien former og får betydning for resten av kvinnens svangerskap – slik endrer kvinners opplevelse av svangerskap seg fundamentalt, uavhengig av testresultat. Rapps (1999) forskningsprosjekt om fosterdiagnostikk strekker seg over flere år og egne erfaringer. Rapps informanter knytter sine opplevelser til et svangerskap «på pause» i Rothmans (1986) forståelse. Rapp (1999) ser på betydningen av fostervannsprøve og hvordan det er kulturelt betinget. Hva kan disse prøvene vise? Beslutningsprosessen vises her til å være både av individuell og samfunnsmessig art.

Melhuus (2007, 2012, 2020) og Ravn (2004, 2016) er sentrale hva angår kroppslig reproduksjon i en norsk antropologisk kontekst. Der Melhuus har forsket på slektskap, embryoets betydning, ufrivillig barnløshet, assistert befruktning og legislative prosesser, har Ravn rettet søkelyset mot kvinnekroppen, graviditet og reproduksjon i et kjønnsperspektiv. Abort som forskningsemne i norsk antropologi, har likevel blitt tilsidesatt i større grad hva angår forskning på reproduksjon i det hele. Bauers (2019) masteroppgave følger kvinner og deres partnere gjennom ultralyd, via fosterdiagnostikk og til nemnd. Bauer (2019) fokuserer spesifikt på Downs syndrom, og hvordan kvinnene og deres partnere beslutter å avbryte svangerskapet ved positive prøver.

Risøy (2009) og Sommerseth (2010) har med hver sin doktorgradsavhandling (i henholdsvis statsvitenskap og jordmorfaget) forsket på ønskede gravide kvinners erfaringer fra oppdagelsen av alvorlige fostermisdannelser, beslutningsprosessen, og eventuelt nemndsmøtet. De følger derfor kvinner som fortsetter, og kvinner som avbryter,

svangerskapet. De har også skrevet artikler med sine veiledere, om funn med det samme datamaterialet (Risøy & Sirnes, 2015; Sommerseth & Sundby, 2007, 2008).

Denne oppgaven er, meg bekjent, det andre antropologiske forskningsprosjektet som har sett på kvinners opplevelser fra oppdagelsen av avvik til nemnd, men det første forskningsprosjektet som tar nemndsopplevelsen som *utgangspunkt* for analysen, uavhengig av disiplin. Så vidt jeg vet, er dette det første forskningsprosjektet som også involverer flere «kategorier» av abortsøkende kvinner, som skissert ovenfor. I tillegg til å intervju ønskede gravide kvinner, har jeg intervjuet en kvinne som har gjennomgått to fosterreduksjoner etter møter med nemnda, samt seks kvinner som har møtt i nemnd grunnet uønskede graviditeter. Denne oppgaven ser også på kvinners erfaringer over tid. For noen av informantene er det noen år siden deres nemndsmøte og svangerskapsavbrudd. Dette har jeg blitt fortalt av nemndsmedlemmer at ikke har blitt forsket på tidligere. Informasjon om kvinner som har tatt abort er sterkt anonymisert i Abortregisteret¹¹, for å sikre og styrke deres rettsvern. Dette vanskeliggjør for etablerte forskere å kunne forske på kvinners psykososiale helse etter avbrudd, før og etter uke 12, over tid.

Problemstilling og abort i et videre perspektiv

Vi har dermed et hull i forskningen om kvinners opplevelser av å møte i abortnemnda. Der tidligere forskning har undersøkt hvordan fosterdiagnostiske tester endrer svangerskapet i en norsk kontekst, er det ingen som har utforsket hvordan kvinner, som møter nemnda av andre enn fostermedisinske årsaker, opplever abortnemndsmøtet. Spørsmålet er like stort som det er vanskelig; hvordan opplever kvinner å møte i abortnemnd? Hva kjennetegner prosessen – fra graviditet, beslutningsprosessen, nemndsmøtet og tiden etterpå, til i dag? Her er reproduktive beslutninger i sentrum:

Reproduksjon griper altså inn i skjæringspunktet mellom det dypt private, det kulturelt og sosialt verdsatte og det statlig regulerte. Det innebærer også at det å sette reproduksjonen i sentrum for analysen er en effektiv og fruktbar måte å få inntak til sentrale samfunnstrekk og kulturelle verdier. (Kristensen et al., 2016, s. 15)

¹¹ Abortregisteret ligger under Folkehelseinstituttet (FHI), og arbeider med å kvalitetssikre aborttallene og utformer abortstatistikk årlig. Registeret ble opprettet i forbindelse med loven om selvbestemt abort. Rapportene herfra er grunnlaget for abortforskning i Norge.

I den anledning kan man stille flere spørsmål. Hvordan opplever kvinner, og eventuelt deres familier, å møte restriktiv abortpraksis? Hvordan reagerer de i møte med abortnemnda? Hvordan etableres familier og slektskapsbånd, og hva innebærer morskap og farskap i fortid, nåtid og framtid? Hvordan påvirker møtet med abortnemnda kvinnenens liv i dag? Hvordan spiller det politiske landskapet inn i opplevelsen av nemndsmøtet? Hvilken rolle spiller religion og verdier i kvinners beslutningsprosess, tiden etterpå og i hverdagen ellers? Når starter og slutter livet? Hvordan organiserer sosiale bevegelser angående abort seg, og påvirker det kvinners abortopplevelser? Hva slags ulike syn har mennesker på reproduktive beslutninger og bioteknologiske reproduktive muligheter? I dag er det mange måter å formere seg på, inkludert IVF, surrogati og adopsjon. Abort er beslutningen om ikke å gjennomføre svangerskapet til termin på det gitte tidspunktet.

En masterstudie har et begrenset forskningsfelt, og i utarbeidelsen er det aspekter som må vike – med andre ord er det mye denne oppgaven *ikke* er. Dette er ikke en etisk diskusjon om abort og nemnd, men kvinners beretninger om deres nemndsopplevelse, og nemnda er presentert slik de har opplevd den. Det er heller ikke en vektlegging av etiske dilemmaer, moralsk diskusjon om fosterets rett til liv og «personhood»¹², eller fosterdiagnostikk.

Hvordan abort og abortnemnda diskuteres i offentlige diskusjoner og på Stortinget (Flatseth, 2009), faller utenfor denne oppgaven. Hadde dette vært et forskningsprosjekt på doktorgradsnivå, skulle jeg gått dypere i analyser av lovgivningens (kulturelle) rammer (Geertz 1983; Melhuus, 2012). Grunnet begrenset omfang, har også en større analytisk dimensjon om kroppslige opplevelser¹³ måttet vike. Abort er likefullt et kroppslig fenomen, og innvilgelsen eller avslaget om svangerskapsavbrudd, endrer kroppen i fysisk forstand, samt kvinners opplevelser av egen kropp.

1 av 3 norske kvinner gjennomgår svangerskapsavbrudd i løpet av livet (Austveg, 2017, s. 23). Jeg velger her å bryte med det konvensjonelle, normative narrative som omtaler (sene) svangerskapsavbrudd med ord som skam¹⁴, skyld og stigmatisering. Det er min oppfatning at det er en samfunnsmessig forventning at kvinner skal kjenne på disse følelsene, men det var ikke et stort emne blant mine informanter. Det betyr ikke at andre kvinner som har tatt abort eller møtt i nemnd ikke kan kjenne på disse følelsene. Å

¹² Duden (1993) tar for seg utviklingen av «fosteret» som sosial konstruksjon – fra å være et foster som ikke eksisterer før «quickening», til en «offentlig rolle» i dagens abortklima.

¹³ Fra Mauss (1973) til Scheper-Hughes og Lock (1987).

¹⁴ Noen av informantene som var ønskede gravide, uttrykte skamfølelse over at kroppen ikke lagde et friskt barn.

gjennomføre avbruddet var riktig beslutning for alle mine informanter i den situasjonen de var i. For kvinnene som var ønskede gravide, er sorg den dominerende følelsen i ettertid, og det har derfor fått plass i oppgaven.

Nemndenes rolle blir rammet inn som et kollektivistisk beslutningsrom; kvinnene slipper å stå alene i beslutningen. Likevel blir det presentert som at det er kvinnens individuelle *valg* å gjennomføre avbruddet. Jeg problematiserer dette og viser til spenningene mellom kollektivism og individualitet i beslutningsprosessene. Tett knyttet til dette er dimensjonene av nærhet/distanse, kunnskap/makt og håp/tvil.

Kapittelinnndeling

Kapittel 1 redegjør for metodiske begrunnelser.

I kapittel 2 diskuteres nemndas funksjon og praksis med et maktperspektiv og innsamlet datamateriale. Dette kapitlet er basert på samtaler med primær- og klagememndsmedlemmer. Her diskuteres nemndenes funksjon i lys av kollektivistiske ideer, og hvordan nemndsmedlemmene opplever å sitte i nemnd.

Kapittel 3, 4 og 5 følger kvinnenens historier. I kapittel 3 presenteres kvinnene som er ønskede gravide og deres prosess fra graviditet, undersøkelser og testsvar, til beslutningen om å søke om avbrudd i nemnd blir tatt. I dette kapitlet legges det teoretiske grunnlaget gjennom å studere kvinners praksiser som «ritualiseringsprosesser» og viser hvordan vi må utvide forståelsen av begreper som «nøkkelscenario» (Ortner, 1973) og det Raphael (1975) kaller «matrescence». Kapittel 4 undersøker hvordan det er for kvinner å møte i nemnd, og resultatet som er en indusert fødsel, som ved innvilgelse i primær- eller klagememnd er noen dager etterpå, eller ved avslag som er til termin. I lys av disse funnene, vil jeg i kapittel 5 se nærmere på hvordan kvinner opplever tiden etter møtet med nemnda og fødselen.

Kapittel 1

«Du har ikke gjort ordentlig feltarbeid»: Metodiske avgjørelser

Sitatet ovenfor er noe mang en antropolog har hørt når man gjennomfører feltarbeid i en kjent geografisk eller kulturell kontekst. Jeg har hørt dette selv, ikke minst fordi jeg har svært lite deltakende observasjon i mitt datamateriale. Derfor vil jeg her redegjøre for mine metodiske avveininger¹⁵, og vise til hvordan dette forskningsprosjektet er antropologisk feltarbeid gjennomført under COVID-19-pandemien.

Gjennom feltarbeidet fra november 2020 til mai 2021, har jeg gjennomført intervjuer med totalt 29 informanter. Jeg har snakket med 19 kvinner som har møtt i nemnd; 12 av dem grunnet fosterdiagnostiske årsaker, seks grunnet et uønsket svangerskap, og én grunnet fosterreduksjon. Noen er intervjuet flere ganger. Øvrige informanter er primært nemndsmedlemmer og en helsesekretær, men også en stortingspolitiker, to representanter fra ulike interesseorganisasjoner som er aktive i abortdebatten, og en nyfødtelege er intervjuet. Grunnet pandemien har Zoom blitt benyttet som plattform, i tillegg til fysiske møter.

Semantiske begreper – abort er et ord inntullet i tabuer

Det er viktig med en semantisk avklaring rundt abort og nemndsopplevelser, før øvrige metodiske avklaringer redegjøres for. Jeg bemerket tidlig hvordan informantene mine ordla seg, som gir ulike konnotasjoner. Er man kvinne eller mor om man er gravid? Bærer man på et foster eller et barn? Avsluttes et svangerskap, et liv, eller en prosess? Heter det fosterreduksjon, tvillingabort eller flerlingreduksjon/abort? Hva betyr det å møte i «fosterdiagnostisk» nemnd eller nemnd grunnet «sosiale årsaker»? Tar kvinnen et valg eller en beslutning? Hva er egentlig snakken om «sorteringsamfunn»? En rekke metodiske avgjørelser tas når en skal fremstille opplevelsen av nemnd, og hvilke fraseringer man bruker, viser ofte hvor man står i debatten.

Ordbruken blant kvinnene er spredt, og det er derfor en forskjell mellom begrepene jeg bruker i min analyse, og ordene kvinnene benytter seg av. Mye av dette har å gjøre med årsaken til at kvinnen har møtt i nemnd. I likhet med Austveg (2017), opererer jeg med begrepene *ønskede* og *uønskede* svangerskap. Et ønsket svangerskap blir hovedsakelig

¹⁵ Deler av dette kapitlet er bearbeidet tekst, basert på feltrapport etter endt feltarbeid (Solli, 2021).

avbrutt grunnet alvorlige avvik, mens et uønsket svangerskap blir avbrutt fordi kvinnen finner ut av graviditeten etter 12. svangerskapsuke, og ikke ønsker å gjennomføre svangerskapet. Ved sykehusene som har nemnd blir det ofte brukt emiske termer for å skille på disse ulike sakene: «fosterdiagnostisk/fostermedisinsk» nemnd og nemnd grunnet «sosiale årsaker». En annen måte å beskrive disse på er «selektiv» og «blind» abort.¹⁶ Denne begrepsbruken stiller jeg meg kritisk til, spesielt det eufemistiske «sosiale årsaker», som best forklart er alle nemndsaker som ikke er fostermedisinske eller fosterreduksjoner. Paraplybegrepet «sosiale årsaker» omfavner alle saker og historier, som alvorlig rus- og psykiatriproblematikk i samme kategori som kvinner som finner ut av svangerskapet sent og ikke ønsker å få barn. Begrepet er en diskusjon i seg selv. Det er redegjort for her, fordi det brukes av nemndsmedlemmer og andre instanser. Skillet mellom «fosterdiagnostiske nemnder» og «sosiale årsaker» bidrar også til å opprettholde forestillinger om hierarkiske nemnder, som diskuteres i kapittel 2.

Det er en forskjell mellom begrepene jeg bruker i min analyse og ordene kvinnene bruker. Selv bruker jeg begrep som «foster», selv om flere av informantene som var ønskede gravide hadde navngitt fosteret. For mange føltes det som å miste sitt ufødte barn. Når kvinnene bruker ord som «barnet mitt», eller navn på fosteret, lar jeg det stå fordi det er viktig empiri, mens jeg bruker termer som «foster» i min analyse, med mindre det er situasjoner der jeg understreker et poeng om fosterets betydning for kvinnene. På samme måte er «abort» ordet som oftest blir brukt om svangerskapsavbrudd, og ordet vekker følelser og verdirefleksjoner hos individer. Jeg bruker «abort» og «svangerskapsavbrudd» som sidestilte termer. Abortmetoden etter uke 12 er indusert fødsel, og jeg bruker derfor «abortfødsel» (Risøy, 2009) og «fødsel» når jeg omtaler selve avbruddet.

«Min kropp, mitt valg», er et kjent slagord for mange. Her følger jeg Borovoy (2011), Rapp (1999) og Risøy og Sirnes (2015) i deres bruk av «beslutning» (*decision*) istedenfor «valg» (*choice*) når man snakker om kvinner som gjennomgår (sene) svangerskapsavbrudd, fordi «[choice] carries connotations of a moral philosophical debate based on idealised situations, which are far removed from the real world» (Risøy & Sirnes, 2015, s. 318). *Valg* er en idealisering av individualitet i nyliberalismens æra, men ikke alle har et *valg*. I språket om «valg» blir årsaker til å avbryte svangerskap veid opp mot

¹⁶ Selektiv abort peker på at man *selekterer vekk* «uønskede» egenskaper hos fosteret, mens man ved blind abort avbryter svangerskapet uavhengig av fosterets tilstand. Jeg er kritisk til dette begrepet, da det impliserer moralitet.

hverandre, og abort sett på som «the lesser of two evils» (Andaya & Mishtal, 2017, s. 44). Derfor bruker jeg det mer treffende *beslutning*.

I denne konteksten er det viktig å redegjøre for hvorfor jeg tar avstand fra myten «sorteringssamfunnet»¹⁷. Austveg (2017) beskriver hvordan denne ordbruken benyttes i to måter i abortsammenheng: «Når en kvinne avbryter et svangerskap med et skadet foster, og for en påstått oppfatning om at samfunnet skal holdes ‘rent’ for personer med ulike avvik fra det som anses som normalt» (s. 116). Videre peker hun på at «sortering» impliserer liten overveielse, når det i realiteten er en tøff beslutning å avslutte svangerskapet med et ønsket barn, som også har hjemmel i norsk lov.

Posisjonering og hjemmeantropologi

Antropologer kommer aldri inn i felt som ubehandlede blad. Hvem vi er, kjønn, erfaringer, refleksjoner, forhistorie og meninger, påvirker datainnsamlingen og informasjonen vi får. Her vil jeg diskutere min posisjonering, spesielt i relasjon til kvinnene som har vært i nemnd.

Jeg er en ung kvinne, mye yngre enn de fleste av mine informanter. Jeg har aldri vært gravid eller tatt abort. Layne (2000, 2003) og Rapp (1999) forsker på emner de har opplevd selv, henholdsvis erfaringer med spontanaborter og dødfødsler, og å gjennomgå prenatal diagnostikk og «selektiv» abort. Deres forskning har også gitt dem mer innsikt i egen situasjon. Det at jeg selv ikke har gjennomgått graviditet eller abort, er noe jeg forteller mine informanter tidlig. Jeg sier at «jeg kun kan prøve å forstå det du forteller og anerkjenne din historie». Nina reagerte med å si «ja, men det tror jeg er bra, for da får du en distanse til det du studerer, og ikke farget av egne opplevelser». Det er en sannhet ved det Nina sier. Kanskje ville jeg fått annerledes data og stilt andre spørsmål om dette var noe jeg hadde kjent på kroppen min. Det innblikket jeg har fått i mine informanters situasjon tror jeg handler mye om at jeg er en kvinne – det kan tenkes at en mann ikke ville fått samme informasjonstilgang. Kanskje er det fordi jeg som kvinne raskere oppnår kvinners tillit; selv om jeg ikke har kroppsliggjort deres erfaringer, deler vi de reproduktive egenskapene. Jeg har heller ikke medisinsk kompetanse, som kunne vært et

¹⁷ Tett knyttet til forestillingen om «sorteringssamfunnet» er også betegnelsen «Downsparagrafen» om §2.3c. I likhet med «sorteringssamfunnet», tegner «Downsparagrafen» et uriktig bilde, og har som formål å påføre kvinner, som på grunn av fosterdiagnostiske funn avbryter svangerskapet, for stigmatisering, skam, skyld, anger og et moralsk ansvar for et mangfoldig samfunn.

annet tillitsvekkende element. Jeg kan kun prøve å forstå opptil et visst nivå. Jeg tar på meg en ydmyk holdning, og sier at jeg stiller spørsmål jeg er komfortabel med å stille, og de si ifra hvis de ikke ønsker å svare. Samtidig har jeg følt at jeg ikke har kunnet by på meg selv og dele noe sårt eller vanskelig med mine informanter. Jeg har kunnet tulle, le, fortelle om mitt liv og lignende opplevelser når vi snakker om noe annet enn avbruddet, men selve *årsaken* til at vi har en samtale har vi ikke til felles.

Mine informanter og jeg er en del av det samme storsamfunnet. Jeg har ikke måttet lære meg et nytt språk eller forstå komplekse politiske problemer i en ukjent kultur. På mange måter har jeg vært midt imellom inne og ute – en «insider», men også en ekstrem «outsider». Hva mister man ved å være en insider versus en outsider? Kanskje ville mine spørsmål være stilt med mer ballast og andre perspektiver om jeg kunne knyttet informantenes erindringer til mine egne. I likhet med Melhuus (2012) ser jeg fordeler med å ikke være geografisk «utenfra» i et sensitivt feltarbeid, og jeg har knagger å henge innhentet kunnskap på. Likevel har jeg en kontekst og kjennskap til abortnemnder nettopp på grunn av dette prosjektet.

Ovenfor har jeg skissert min posisjonering i et kjent samfunn, med ukjent miljø og tematikk. I antropologien er det en evig diskusjon om å gjøre feltarbeid «borte» eller «hjemme», og ulike dilemmaer, spørsmål og muligheter dette medfører (se Frøystad, 2003). I likhet med Passaro (1997) har jeg benyttet meg av kollektivtransport for å reise til mine informanter og «inn og ut» av feltet. Passaro (1997) noterer at mange sier hun ikke kan være på feltarbeid når hun er «hjemme» i kjente omgivelser, og at «ekte» feltarbeid foregår et ukjent sted med muligheter for distanse til den observerte kulturen man blir en del av. I samme vending diskuterer Madden (2010) at å være «hjemme» kan by på problemer fordi det er kjent og man blir for komfortabel som etnograf, basert på antakelser om at man snakker samme språk og tilhører samme samfunn. Jeg hadde aldri noen drøm om antropologi rundt et leirbål, men grunnet COVID-19-pandemien ble det bestemt for meg å gjøre hjemmeantropologi. Mitt geografiske «hjemme» er ikke nødvendigvis hjemme. For selv om vi er en del av storsamfunnet, er det en del jeg kanskje aldri vil kunne ta fullstendig del i. På bakgrunn av vår delvis felles forståelse av samfunnet, og det å være «hjemme», er det elementer jeg kanskje ikke har lagt spesielt godt merke til, som en antropolog «utenfra» ville observert. Har jeg mistet mitt kritiske blikk? Hva har jeg oversett ved å gjennomføre feltarbeid i en kjent geografisk kontekst? Jeg har kanskje ikke

satt meg inn i elementer og aspekter ved «det norske», som jeg tar for gitt (Gullestad, 1984). Ved å studere et kjent samfunn vil en kanskje ubevisst unngå å stille noen spørsmål, men spørsmålene som stilles bærer preg av det ukommuniserte, de implisitt forestilte kulturelle likhetene. Disse elementene har jeg bevisst tatt med meg i dette arbeidet.

Det er etnografen som lager feltets rammer, gjennom antropologens overbevisning om hva feltet kan fortelle om aspekter i det observerte samfunnet (Madden, 2010). Antropologers natur er å studere menneskene og kulturen som blir rammet av og marginalisert av systemer, og mitt felt har blitt konstruert gjennom mine rekrutteringsmetoder.

Rekruttering av informanter og noen metodiske svakheter

Siden 1979 har 25.389 begjæringer om svangerskapsavbrudd blitt lagt fram for ei nemnd (Folkehelseinstituttet, 2021b).¹⁸ Jeg har intervjuet 19 av disse kvinnene, med hver sin unike historie.

Jeg har benyttet fire rekrutteringsmetoder for å komme i kontakt med kvinner som har møtt i abortnemnd. Informasjon om prosjektet ble publisert i et lukket diskusjonsforum på Facebook, der informasjon om prosjektet og min kontaktinformasjon ble lagt ut. Jeg har også rekruttert informanter ved å kontakte kvinner som har stått fram med fullt navn i aviser om at de har møtt i nemnd. Landsforeningen for uventet barnedød (LUB) har et lukket diskusjonsforum for foreldre som har mistet et barn etter 15. fullgatte svangerskapsuke. Forumets administrator videreformidlet prosjektet og min kontaktinformasjon til gruppen. Øvrige informanter er rekruttert gjennom snøballmetoden av bekjente som kjenner noen som har møtt i nemnd, som har tatt kontakt med kvinnen på mine vegne. Jeg spesifiserer ikke hvor mange jeg har rekruttert via hver kilde, av hensyn til kvinnes personvern.

Videre har jeg snakket med en organisasjon som jobber med å styrke fosterets rettsvern, og en som arbeider for å øke kvinners selvbestemmelse. Jeg har intervjuet en nyfødtelege som er kritisk til å øke grensen for selvbestemmelse, når for tidlig fødte barn kan bli reddet ned til uke 23, og en stortingspolitiker som ønsker å heve grensen for selvbestemt abort. Jeg har intervjuet fire nemndsmedlemmer ved tre ulike sykehus, et klagenemndsmedlem, og en

¹⁸ Abortnemnder har eksistert siden 1965, men Abortregisteret begynte ikke å føre statistikk på antall nemndsmøter før i 1979. Tallet 25.389 er antall nemndbehandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd mellom 1979 og 2020. Det er mulig at kvinner har møtt i nemnd flere ganger, ved ulike svangerskap.

helsesekretær som jobber med det organisatoriske rundt nemndsmøter. Siden fødsel ikke skulle belyses fra min side, bestemte jeg tidlig å ikke intervju helsepersonell som bistår ved abortfødselen. Alle informanter har blitt tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema før intervjuet.¹⁹

Luker (1984) skriver at «abortdebatten» blir polarisert, blant annet fordi morskap av mange er sett som en naturlig forlengelse av det å være kvinne. Hva så med menn? Følger det å være mann med idealet om å bli far? Andaya og Mishtal (2017) hevder at menn i stor grad blir neglisjert i abortdiskusjoner. Ved å opprettholde et kvinnesentrert fokus, blir kjønnsidealene reproduisert, som knytter kun kvinner til reproduksjon og reproduktive beslutninger. Flere av mine informanter som hadde partner ved avbruddet, forteller at mennene følte seg tilsidesatt i nemndsmøtet og i prosessen for øvrig; kvinnenens opplevelse var at de var to om beslutningen, men helsepersonell henvendte seg kun til kvinnen.

Det har vært bevisst å ikke intervju kvinnenens partner og potensielle barnefar. Først og fremst må fokuset være på ivaretagelse av kvinnens interesser, da det er hennes beslutning å søke om avbrudd. Partnerens interesser og opplevelser blir sekundære, spesielt når det finnes svært lite informasjon om hvordan nemndsprosessen oppleves for kvinner. Det er ikke alltid en partner i bildet. Alle mine informanter som har vært i nemnd grunnet fosteravvik har vært i langvarige forhold, mens andre informanter har hatt tidvis kompliserte forhold, som har påvirket kvinnenens totale opplevelse av abortnemndsmøtet og avbruddet. Likevel har jeg fått et innblikk i hvordan noen partnere opplever prosessen fra graviditet til nemnd og tiden etterpå, gjennom intervjuene med kvinnen. Dette vil bli belyst til en viss grad i oppgaven.

Mye kan sies om utvalget, og det er stor bredde i kvinnene jeg har intervjuet. En har vært i nemnd grunnet fosterreduksjon to ganger, og fått innvilgelse begge gangene. Fem av mine informanter har møtt i nemnd fordi de fant ut om graviditeten etter uke 12. Av disse var det en som valgte å beholde fosteret, selv om hun fikk innvilget avbruddet i primærnemnd, og en fikk endelig avslag på sin søknad i klagenemnd. Begge fødte friske barn. En av informantene møtte i abortnemnd fordi hun ble gravid før loven om selvbestemt abort. De resterende 12 kvinnene har møtt i nemnd grunnet alvorlige avviksfunn. Disse avvikene kan ikke bli funnet med like stor sikkerhet før uke 12. To av disse kvinnene måtte møte i

¹⁹ Se vedlegg 3.

klagenemnd og fikk avbruddet innvilget der. Alle 19 kvinnene er knyttet sammen ved at de har møtt i abortnemnd. De har ulike tanker og erfaringer rundt emnet. De kjenner ikke hverandre, og er en løst fragmentert gruppe.

Likevel har mitt rekrutteringsutvalg når det gjelder kvinner som har møtt i abortnemnd flere svakheter og mulige fallgruver. Kvinner i alle samfunns- og klasselag tar abort, også etter uke 12. Ingen av mine informanter er meg bekjent (nasjonale) minoriteter, urbefolkning, eller innvandrerkvinner. Med mine rekrutteringskanaler har jeg kommet i kontakt med kvinner som ønsker å fortelle sin historie og har en grad av åpenhet rundt temaet. Det at de har dårlige nemnderfaringer kan være en grunn til at de snakker om sine opplevelser. Likevel, en dårlig erfaring med noe av det skjøreste som kan skje i livet er en dårlig erfaring for mye, og skal ikke bagatelliseres.

Et aspekt som har slått meg er at det virkelig er «kvinnen i gata» som møter i nemnd. Da intervjuet med Ingeborg, en lege som sitter i primærnemnd, var ferdig, spurte jeg om det var spørsmål hun hadde forventet, som jeg ikke hadde stilt. Ingeborg lo forsiktig og sa hun trodde jeg skulle spørre hva hun tenker om kvinnene som møter i nemnd. Siden anledning bød seg spurte jeg om det, og Ingeborg svarte «nei, det er at det virkelig kan være hvem som helst som kan dukke opp på venterommet, det kunne vært meg». Jeg har et stort spenn i mine informanters bakgrunn. 15 av 19 har høyere utdanning. Alle som søkte om abort grunnet avvik var i en langvarig relasjon med barnefar, og de fleste er det enda. Alle mine informanter har stått stødig i intervjuene, selv om det har vært tungt for mange å snakke om sin opplevelse. En metodisk begrensning er at jeg ikke har fått kontakt med kvinner med komplekse årsaker til at de møter i nemnd, for eksempel alvorlig rus- eller psykiatriproblematikk, eller graviditet som følge av et overgrep. Hvordan når man kvinnene som ikke er villige, eller ikke i stand til å komme i kontakt med sykehus eller abortnemnd, for eksempel grunnet manglende språkkunnskaper eller tidligere dårlige abortopplevelser? Som White et al. (2016) bemerker, er kvinner som ikke kan komme i kontakt med de rette abortinstansene også de som står overfor de største utfordringene. De er de vanskeligste kvinnene å nå, og hvordan kommer man i kontakt med dem? Dette er en utvalgsgruppe som krever ytterligere kompetanse, som egner seg bedre å gjennomføre på PhD-nivå.

En annen svakhet er at jeg har lært mine informanter å kjenne i en kort periode på bare noen timer. Likevel deler de sitt innerste indre med meg. Jeg har fått høre om problemer med barnefar, ekteskapsproblemer, strevet med å akseptere kroppslige forandringer knyttet til graviditeten og ved å avbryte et svangerskap, og de dypeste tankene deres om at de har «drept» sine barn. En kvinne fortalte meg at hun utviklet en ekstrem form for angst over å tømme tarmen etter hun ble gravid på nytt etter svangerskapsavbruddet, fordi hun var redd for å presse ut barnet.

Kvinnene jeg har snakket med, har møtt i nemnd i ulike tidsperioder. Torill tok abort tidlig på 70-tallet, før vi fikk selvbestemt abort. Nina var i nemnd tidlig på 2000-tallet, og Linda møtte abortnemnda vinteren 2021. De aller fleste informantene søkte om avbrudd på midten og andre halvdel av 2010-tallet. Det er kun Linda som har vært i nemnd to ganger, og hun viser til en endring i dette tidsrommet. Selv om kvinnene har møtt i nemnd i ulike år og ved ulike sykehus, er mye de forteller gjennomgående likt.

Intervju som metode

COVID-19-pandemien vanskeliggjorde deltakende observasjon, og grunnet oppgavens tema, falt det naturlig å bruke intervju som metode for datainnsamling.

Intervjuer gir muligheten til å gå nærmere inn på aspekter som ikke er direkte observerbare, men som kan forklares i samtaler. Det er en del av kjernen i antropologisk arbeid, at vi stoler på informantenes beretninger. Et viktig aspekt er at kvinnene allerede har gjennomgått abortnemndsprosessen og fødsel når vi snakker sammen. De forteller altså med tilbakeblikk og fra minnet. Dette er en form for narrativ psykologi, der fortellingen blir meningsbærende for å sette ord på opplevelsen (Murray, 2008). Semistrukturerte intervjuer med noen planlagte spørsmål gir bedre grunnlag for en komparativ tilnærming til datamaterialet, og mulighet til å forstå kvinnes ståsteder. En måte å åpne samtalerommet på og skape naturlig flyt i samtalen, er ved å be informantene fortelle om seg selv og hverdagslige ting. Av denne grunn lar jeg også informantene snakke uavbrutt, med oppfølgingsspørsmål etterpå. Noen intervjuer er mer som naturlige samtaler, mens andre har tydeligere føringer med ett og ett spørsmål. Det viktigste er at det skjer på kvinnes premisser; noen setter mer pris på direkte spørsmål, mens andre heller tar styringen i samtalen og implisitt svarer på tiltenkte spørsmål. Alle intervjuene har blitt tatt opp elektronisk og løpende transkribert. Ved å bruke en intervjuguide og stille de samme

spørsmålene, får man et bedre kvalitativt datagrunnlag.²⁰ Slik kunne jeg antyde generelle tendenser, som også hjalp meg å kutte ut spørsmål etter hvert som jeg ble bedre kjent med feltet og benyttet meg av kjernes spørsmål. Allerede etter første intervju med en kvinne som avbrøt et ønsket svangerskap, innså jeg at spørsmålene måtte rettes mer mot sorg. Denne prosessen er også en del av det å bli en insider i det konstruerte og studerte feltet.

«Learning by interviewing» og økende kjennskap til det informantene fortalte meg om, ga meg uvurderlig taus kunnskap. Det er tillitsskapende kunnskap, som gjør at jeg adapterer til hva jeg studerer, og at jeg blir tatt på alvor av informantene.

Ettersom jeg transkriberte og gjennomgikk intervjuene regelmessig, kunne jeg også ta kontakt med informantene på nytt med nye spørsmål og tanker. Jeg har i hovedsak gjennomført et dybdeintervju med hver informant, samt noen oppfølgingsintervjuer. Alle intervjuer har vart mellom 1-4,5 time, enten fysisk eller over Zoom. De gangene det har vært vanskelig for informanten å få til et oppfølgingsintervju, eller jeg har hatt få spørsmål, har jeg sendt melding der de har svart etter beste evne. Med asynkrone intervjuer er fordelene at man svarer når man har tid og mulighet, men det er vanskeligere å skape en dialog, fordi man skriver ut svarene i sitt tempo uten den «levende samtalen» (Hooley et al., 2012).

I intervjuene med kvinner som har møtt i nemnd verken presser eller utfordrer jeg dem. De deler sitt innerste med meg, og det skapes et tillitsbånd ved at de kan stole på meg og jeg lar dem fortelle. Ulike saker fordrer ulike spørsmål. Det ville ikke falt meg naturlig å spørre en kvinne som har gjennomgått avbrudd grunnet uønsket graviditet om sorg. Alexandra var uønsket gravid og kjente på en udefinerbar sorg etter avbruddet. Da faller det naturlig å spørre videre om denne sorgen. Jeg har ikke stilt spørsmål om selve abortfødselen, som også kom fram i informasjonsskrivet kvinnene ble tilsendt før de takket ja til deltakelse. Noen av kvinnene har åpnet opp og ytret et ønske om å snakke om det i intervjuet, og jeg har stilt oppfølgings spørsmål der jeg har følt meg trygg. I forkant av intervjuet mitt med Ada fikk jeg melding fra henne:

Bare så du vet, så er det veldig uproblematisk for meg å snakke om dette. En traumatisk hendelse, men veldig gjennomarbeidet og naturlig å snakke om. Bare så

²⁰ Se vedlegg 4 for intervjuguider.

du ikke føler at du må ta på meg med silkehansker. Still meg absolutt alle de spørsmålene du måtte sitte på.

Siden Ada åpnet opp for dette, inkluderte jeg spørsmål om fødselen. Jeg utfordret ikke kvinnene med spørsmål der jeg kan være uenig, der jeg stiller mer kritiske spørsmål til helsepersonell og organisasjonsmedlemmer. Det faller seg også kanskje mer naturlig, fordi de innehar en annen distanse til nemnd som idé og konsept, og angår ikke noe de har kjent spesifikt på sin kropp.

Ikke alle intervjuer blir presentert her grunnet masteroppgavens størrelse, men de bygger på hverandre. Jeg tar med meg alle tanker og erfaringer fra informantene når jeg presenterer et knippe av disse elementene videre i oppgaven. Alle intervjuer har bidratt til å øke min forståelse av emnet på ulike nivåer, og kunnskapen har jeg tatt med videre i andre intervjuer. Det fargelegger oppgaven i sin helhet; mitt rike datamateriale muliggjør tykke beskrivelser (Geertz, 1974).

Intervjuene har funnet sted enten over Zoom fra hybelen min, eller rundt på Østlandet, der jeg har reist med tog og sykkel. Mitt felt blir også denne reisen når jeg «drar» til felt (Passaro, 1997) – hjem inn i stua til folk, kontorene deres eller en kafé. Jeg understreket alltid et ønske om å møte informantene steder der de er komfortable med å fortelle sin historie. Med intervjuer over Zoom blir rommet jeg blir invitert inn i litt annerledes. Jeg noterer flittig om hvordan rommet personene sitter i ser ut, og tenker på hva det sier om dem. Noen har en hvit vegg bak seg som ikke nødvendigvis gir mye ekstra informasjon, mens andre har klesskap og barnetegninger på veggene. Aurora har to små barn, og åpen kjøkken- og stueløsning. Med sin antropologiske bakgrunn vet hun hva vår metode går ut på. Siden vi hadde intervjuer over Zoom, snudde hun PC-en så jeg skulle få overblikk over stuerommet. Hun spiste også lunsj og drakk kaffe mens vi hadde intervjuene våre, for å gjøre det hele litt mer «autentisk».

Feltarbeid i en pandemi og mangel på deltakende observasjon

COVID-19 har påvirket prosjektet hele veien. Å gjennomføre etnografisk feltarbeid i en pandemi medfører begrensninger og nye muligheter. Det har vanskeliggjort deltakende observasjon, selve grunnpilaren i antropologisk metode. Der jeg kunne sett for meg å være med kvinnene på dagligdagse ting i hjemmet, observert på venterommet ved ulike sykehus

og lignende, har det blitt intervjuer med avstand eller over Zoom. I tillegg har hjemmekontor vært førende for Oslobefolkningen gjennom pandemien, og tomme arbeidsplasser har vært normen. Jeg har svært lite til ingen deltakende observasjon i mitt datamateriale, men omfattende intervjuer.

Samtidig har det vært flere positive sider ved å gjennomføre feltarbeid i en pandemi; på grunn av den lille revolusjonen med nettbaserte møter, har jeg også intervjuet informanter over nettbaserte tjenester som Zoom. Zoom som en arena for feltarbeid er ikke uproblematisk. Bruk av verktøy som Skype krever digital kompetanse fra intervjuer og intervjuobjekt (Janghorban et al., 2014), som er en ferdighet mange har lært ut av nødvendighet siden våren 2020. Samtaler over nett kan være begrensende for samtalsens naturlighet og nærhet. Kroppsspråk er også vanskeligere å tyde når man kun ser overkroppen på skjermen (Cater, 2011). Likevel har dette åpnet opp for større geografisk variasjon og ikke en begrensning til å kun intervju informanter basert på Østlandet. Det har også muliggjort å gjennomføre intervjuer under perioder med nedstenging og symptomer. Dette har aldri vært et digitalt etnografisk arbeid, men teknologien har muliggjort å gjennomføre feltarbeidet med minst mulig forstyrrelser.

Det er viktig å understreke at abortnemndene på generell basis ikke tillater andre enn kvinnen og personen hun ønsker med seg inn til nemndsmøtet. Ethiske retningslinjer gir ikke forskere tilgang til å observere disse møtene, og jeg ville aldri fått tilgang til å observere et nemndsmøte. Under pandemien har noen sykehus endret praksis grunnet smittevern, og ikke tillatt kvinner å ta med seg en person. Dette er et viktig element i denne oppgaven; det er ulikheter i hva leger forteller de sier i nemnd og hva kvinner forteller de opplever. Det er ikke mulig, og heller ikke ønskelig, å kunne bekrefte eller avkrefte hva som blir fortalt i nemndsmøter. Det er verdt å nevne at jeg anser det som svært lite sannsynlig at informantene som har møtt i nemnd, møtte noen av nemndsmedlemmene jeg har intervjuet.

Engasjert antropologi

Som antropologer er vi naturlig engasjerte, og vi tematiserer og problematiserer emner som ofte blir opplevd av få, som angår samfunnet som helhet (se Huschke, 2015; Low & Merry, 2010). Hvordan avveier man det å være en forsker som forsøker å etterstrebe

nøytralitet, men som også er aktivist på sitt vis? Jeg er intet unntak i dette paradokset, og har forsøkt å balansere dette i oppgaven.

Reproduksjon og slektskap som emner har lenge interessert meg, og å forske på abort er en naturlig forlengelse i studieløpet. Spørsmålet om grensen for selvbestemmelse er polariserende i det norske samfunn. Før prosjektstart tenkte jeg at å møte i abortnemnd må være noe av det verste abortsøkende kvinner kan oppleve. I intervjuene har jeg vært tydelig på hvor jeg står i saken, uavhengig av ståstedet til den jeg snakker med. Det er viktig at dette foregår med respekt. I samtalene med kvinnene har jeg også uttrykt emosjonell støtte, og hvis det har vært tøft for kvinnen å fortelle, har jeg spurt om hun ønsker en pause.

Jeg anser at debatten ikke fokuserer nok på kvinnen som står i en tøff og mulig traumatiserende situasjon. I etterkant av debatten våren 2021, fortalte flere av informantene at de følte media svartmalte dem som uansvarlige, som ikke klarer å finne ut av en graviditet før uke 12. De fleste som tar abort etter uke 12 gjør det på grunn av avvik funnet rundt uke 18 (Folkehelseinstituttet, 2021c). Det er en liten gruppe kvinner som finner ut om graviditeten etter uke 12, og det er ofte grunner til dette. Alexandra hadde hormonspiral, som er blant de sikreste prevensjonsmidlene på markedet (Sex & Samfunn, 2020), og hadde ingen mistanke om graviditeten før en blodprøve bekreftet det i uke 17.

Det er naturlig å bli påvirket av å høre 19 ulike historier om abort og ulike tanker om prosessen det innebærer. Etter endt feltarbeid har jeg sett at opplevelsen av nemnd er mer nyansert og kompleks. Jeg har mitt synspunkt på nemnder, men jeg har også en faglig tyngde basert på intervjuer med kvinner som har møtt i nemnd, andre mennesker som har en tilknytning til ideen om eller den fysiske nemnda, og dypdykk i lovtekster og andre dokumenter.

Etiske refleksjoner og anonymisering

Anonymisering av informantene, spesielt kvinnene som har møtt i nemnd, er et aspekt jeg har tatt på alvor. Det gjøres ikke bare ved å gi alle pseudonymer, for det er i detaljene det personlige ligger. Derfor har jeg balansert anonymisering og tykke beskrivelser slik at anonymisering prioriteres. Dialekttypiske utsagn er fjernet fra sitater, og noen kontekstuelle elementer er endret for å ivareta anonymiseringshensynet. For detaljert

informasjon er fjernet, noen fostres kjønn er endret på, og noen kromosomfeil blir ikke nevnt. Jeg følger Abortregisterets praksis, ved å ikke spesifisere hvor mange uker kvinnen var på vei da hun møtte i nemnd etter uke 22. Etter jeg har transkribert og gjennomgått intervjuene har jeg tatt kontakt med kvinnene for å høre hvilket navn de ønsker jeg skal bruke om dem og deres familier. Dette har vært for å unngå å bruke navnet til legen som ga dem en dårlig nemndsopplevelse, for de det gjelder, og for kvinnene som avbrøt ønskede svangerskap, slik at jeg ikke bruker navnet de hadde tiltenkt sitt ufødte barn. Flere ber om at jeg bruker deres virkelige navn. Det er jeg som må vurdere konsekvensene dette har for kvinnen. Hva vil deres navn ha å si for gjenkjennelse hos familie og venner? Skaper jeg noen problemer? En måte antropologer løser deler av denne problematikken på er å skape konstruerte personer, basert på flere informanter. Dette har også noen utfordringer, fordi man risikerer at informantene ikke kjenner seg like godt igjen i det som er beskrevet, og at de ikke kan relatere til det gjenfortalte like godt. Jeg benytter ikke livshistorier, men følger heller prosessen tematisk. Jeg drar linjer, og viser til empiriske eksempler for å illustrere hendelsene jeg trekker frem, som favner flere kvinner.

Siden forskningsprosjektet allerede er «kjent» blant noen mediehus, politikere og ulike organisasjoner, ber mange om å få tilsendt oppgaven i ferdig form. Jeg kjenner på et stort ansvar med denne oppgaven. Når man bidrar med kunnskap om tidvis kontroversiell tematikk det forskes lite på, risikerer man at det kan bli brukt av andre med andre formål. Det er kunnskap Norge og politikere trenger, samtidig som det er hendelser som er utrolig spesifikke for kvinnenens situasjoner, som kan gjøre dem gjenkjennelige. Hvordan anonymiserer jeg godt nok og balanserer ulike hensyn?

Kapittel 2

Nemndas samfunnsoppdrag i funksjon og praksis: En arena for kollektivistiske beslutninger?

Før kvinnenes opplevelser med abortnemnder kan bli fortalt og forstått, må nemndenes funksjon og praksis redegjøres for. Vi trenger en ramme for å forstå nemndas rolle, og teoretiske begreper for å forstå nemndas funksjon i lys av praksis. I dette kapitlet presenterer jeg nemndas funksjon og praksis fra nemndsmedlemmenes perspektiver. Først vil jeg argumentere at nemndenes funksjon er et statsapparat som søker innsyn i privatlivet, gjennom Foucaults (1995, 2007, 2008, 2013a, 2013b) begreper «makt og kunnskap» og «biopolitikk». Jeg benytter meg også av Morgan og Roberts (2012) forståelse av «reproductive governance», for å illustrere hvordan nemnda innehar en viktig statlig rolle, og at nemndas oppgave er å følge gitte retningslinjer. Jeg anvender etnografisk data fra fire nemndsmedlemmer, der mitt sentrale funn er hvordan de selv ser på nemndas funksjon som et kollektivistisk beslutningsorgan, som tar beslutninger sammen med kvinnen.

Deretter vil jeg gjøre rede for nemndas praksis, nemlig hvordan primærnemndene og den sentrale klagenemnda for abortsaker arbeider og gjennomfører nemndsamtalen. Det eksisterer 26 primærnemnder i Norge. Det er alltid to leger i hver nemnd, og det er oppnevnt varaer for begge medlemmene. En risikerer derfor at det ved samme sykehus «aldri» vil være samme nemnd som møter flere kvinner, og det kan være ulik praksis også ved samme sykehus. Med bakgrunn i Mols (2002) etnografiske studie og funn om åreforkalkning som ulike «ting» i ulike kontekster ved et sykehus i Nederland, redegjør jeg for hvordan nemndsmøtet kan være ulike og flere ting ved ulike sykehus, om ikke ved det samme. Jeg viser til sammenlignbare saker med mine informanter for å illustrere dette – at ulik praksis kan føre til ulike utfall og opplevelser. Til sist ser jeg på klagenemndas praksis, som søker å jevne ut forskjellene som kan oppstå i primærnemndene, for å gi abortsøkende kvinner lik behandling.

Mot en forståelse av nemnda: Foucauldiansk makt, biopolitikk og «reproductive governance»

Foucault (1995) benytter seg av forholdet mellom begrepene «makt» og «kunnskap» for å forstå hvordan makt reproduseres gjennom kunnskap: «there is no power relation without the correlative constitution of a field of knowledge, nor any knowledge that does not

presuppose and constitute at the same time power relations» (s. 27). Kunnskap er basen for makt, og de som har makt benytter seg av denne kunnskapen og reproducerer den for å opprettholde maktbalansen. Makthavere har også definisjonsmakt til å produsere ny kunnskap. Slik etablerer Foucault et forhold preget av dualitet mellom makt og kunnskap – de er uatskillelige.

Slik kan også asymmetriske maktforhold opprettholdes med skjev kunnskapsbalanse. Makten som nemnda har over kvinnens beslutning manifesteres i denne kunnskapsutvekslingen. Nemndas vedtak beror på at kvinnen gir dem kunnskap om hennes livssituasjon, til å fatte en beslutning av makt. For eksempel, for å få innvilget søknaden om avbrudd på grunnlag av §2.3d, må kvinnen forklare for nemnda at hun kan ha blitt gravid grunnet forhold som er rammet av straffeloven, som overgrep. Frithjof har erfaring fra klagenemnda, og beskriver hvordan de får kunnskap om kvinnens situasjon:

[Vi forteller alltid kvinnen å] ta det med ro og ta den tiden du trenger til å fortelle om din livssituasjon og hvordan du vil vurdere ... Hvordan det vil bli for deg å få omsorgen for et barn i tillegg. Også er jo utgangspunktet at vi skal legge *stor* vekt på det kvinnen sier og hvordan hun selv vurderer både livssituasjon sånn her og nå, og hvordan hun vurderer hvordan det å få omsorg for barn vil slå ut på livssituasjon. Og noen ganger så har jo ... Vært kvinner som på en måte underkommuniserer hvor vanskelig de egentlig oppfatter det. Det er ikke sjeldent de gjennom en sånn samtale begynner et sted, og underveis i samtalen så kommer det stadig ... Litt og litt opplysninger om forhold knytta til livssituasjonen som gjør at kvinnen åpner seg opp og begynner å fortelle om ting som ikke har blitt sagt til primærnemnd eller noen andre før hun møter oss i [klage]nemnda, for eksempel at graviditeten kom til på grunn av et overgrep.

Nemnda får en Foucauldiansk makt fordi det er de som innvilger eller avslår en søknad ved at de får kunnskap om kvinnens liv, uten at kunnskapsutvekslingen går begge veier. Kunnskapen ender hos nemnda, som sitter med hierarkisk makt til å innvilge eller avslå kvinnens søknad. Det betyr ikke at nemndene *ønsker* og vil ha makt, men at institusjonens sammensetning og formål *har* makt ved at den eksisterer og den kunnskapen de har. Derfor er det alltid asymmetri, og kunnskap som gir innsyn i kvinners privatliv.

Kunnskap om kroppen blir makt over kroppen, også kalt biomakt (Singer & Baer, 2012, s. 102). «Biopolitikk» er avledet av biomakt, og omhandler hvordan staten regulerer befolkningen: «the expression of a kind of predicament involving the intersection, or perhaps reciprocal incorporation, of life and politics, the two concepts that together spell biopolitics» (Campbell & Sitze, 2013, s. 2). Foucault (2013a, 2013b) sporer hvordan staten politiserte kroppen fra 1700-tallet. Før var statens makt «the right to take life or let live», mens det utover 1700-tallet skjer endringer i oppfatningen av kroppen som individualisert og noe man kan disiplinere («anatomy-politics»), og makt over regulering av populasjoner – biomakt (Stopler, 2015). Dette fører til «power to make live and let die» (Foucault, 2013b, s. 62). I dette spennet av kroppen som individualisert og statlig regulering av reproduksjon finner vi nemndene. Kvinnens kropp blir viktig i dette biopolitiske aspektet, fordi reproduksjon rammer hennes kropp spesifikt.

Begrepet «reproductive governance» er tett knyttet til Foucaults ideer om makt, kunnskap og biopolitikk. Morgan og Roberts (2012) definerer «reproductive governance» slik:

the mechanisms through which different historical configurations of actors – such as state, religious, and international financial institutions, NGOs, and social movements – use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor, and control reproductive behaviours and population practices. (s. 241)

Dette gir en teoretisk rammeforståelse av «reproductive options, behaviours and identities available to women and men, who are often constituted as citizens responsible for reproducing rational social and national bodies» (Morgan & Roberts, 2012, s. 244). Morgan og Roberts (2012) bygger på Foucaults «regimes of truth» (hva som er sant), som igjen er knyttet til makt og kunnskap, og danner perspektivet «moral regimes». Dette omhandler «the privileged standards of morality that are used to govern intimate behaviours, ethical judgements, and their public manifestations» (s. 242), og knyttes til Foucaults «regimes of truth» fordi det blir en førende sannhet. Den reproduserende kroppen blir sentral i hva som tillates i disse regimene.

Sufrin (2019) argumenterer at selektiv aborts historie har røtter i disse moralske regimene. Ifølge Kimport et al. (2016) skapes et hierarki av årsaker til svangerskapsavbrudd, med et skille mellom «legitime» (fostermedisinske) og «ikke-legitime» (sosiale) årsaker. De

Zordo (2018) viser hvordan dette skillet fortsatt opprettholdes blant gynekologer som gjennomfører avbrudd i Italia og Spania. Nemnda blir ansvarlig for å bringe videre moralske regimer om hva som er «moralsk nok» grunn til å få gjennomført et svangerskapsavbrudd etter 12. uke, selv om det skal være kvinnens beslutning å søke om avbrudd. Denne klassifiseringen av svangerskapsavbrudd ser vi også i nemndene i dag, da primærnemnder er løst klassifisert og inndelt etter «fosterdiagnostiske» og «sosiale» nemnder. Lovverket, i form av abortloven (1975), abortforskriften (2001), diverse rundskriv og Helsedirektoratets (2019) veileder til forskrift, opprettholder disse moralske regimene. For eksempel gir de nemndene mindre muligheter til å innvilge abort på grunn av «sosiale årsaker» etter uke 18, hvis fosteret anses som levedyktig (Abortloven, 1975, §2.6). Slik blir årsakene for avbrudd veid opp mot hverandre og videreført i statistikken som Abortregisteret fører årlig over abortvedtak og årsak.

Singer og Baers (2012) forståelse av «bioethics» kan ses i lys av nemndenes samfunnsmessige funksjon:

a branch of the field of ethics that is concerned with the establishment and application of standards and principles by which human actions within the arenas of health care, health-related decision making, and health research can be judged morally right or wrong. (s. 34)

Denne forståelsen av bioetikk kan videre knyttes til moralske regimer og biopolitikk. Singer og Baers (2012) kritikk av bioetikk er at vestlig medisin er utgangspunktet i etikkens medisinske praksis. Dette skaper en konflikt der bioetikken favoriserer nyliberalismens individualitet, i kontrast til verdier som kollektivism, og at dette kan betegnes som «ethical imperialism»²¹ (s. 34). Søknader om svangerskapsavbrudd kan være grunnet i ulike kulturelle forståelser; reproduksjon er «inextricably bound up with the production of culture» (Ginsburg & Rapp, 1995, s. 2). På mange måter blir nemndas posisjon til å innvilge eller avslå et avbrudd, et symbol på hva samfunnet tåler. Mary Douglas (2013) bygger på Mauss i sin forståelse av kroppen som arena der samfunnet blir uttrykket; «the human body is always treated as an image of society and that there can be no natural way of considering the body that does not involve at the same time a social dimension» (Douglas, 2013, «The Two Bodies»).

²¹ For en diskusjon om flerkulturell forståelse i helsevesenet, se blant annet Hanssen (2005).

Annelise er stortingspolitiker, og uttrykker i vårt intervju frustrasjon over hvordan kvinnekroppens fertilitet og livmor blir et «felleseie», der skillet mellom offentlig og privat forsøkes utviskes:

Det inngår jo i en sånn stor felles samtale til enhver tid i nasjonen vår, der kvinners fruktbarhet liksom er et felleseie, og jeg vil gjerne at vi skal bort fra det. Det er en del av statsfinansene – hvor mange barn vi velger å få. Det gjør jo at vi fortsatt er der at vi er den lille landsbyen, der hele landsbyen er med og liksom forholder seg veldig mye til kvinners fruktbarhet. Det gjelder på mange måter fortsatt, og det påvirker politikken vår, hvordan vi prater om det, hvilket sosialt press som utøves. Jeg tror vi må snakke mer om det da. Men det som er normalisert i politikken er at det skal være felleseie liksom. Selvfølgelig skal vi tilrettelegge for barnefamilier, er ikke det det handler om. Men det er noe med ... At det blir et tema i nyttårstalen, eller tema der finansministeren legger fram perspektivmelding. Det griper veldig inn i [kvinners fertilitet] da.

Kvinnekroppens reproduktive funksjon blir senter for hva samfunnet «tåler», i lys av moralske regimer. Nemndene får en samfunnsrolle for å regulere hva vi tåler som samfunn, og balanserer dette på ulike vis. De blir ilagt et ansvar gjennom sin makt, og styrer om hvem som har mest «rett» til liv av fosteret og kvinnen. Disse ulike innfallsvinklene er grobunn for flere forståelser av nemndsystemet.

Nemndas funksjon, fra nemndsmedlemmenes perspektiver

Det teoretiske rammeverket skissert ovenfor gir oss mulighet til å undersøke nemndas funksjon fra nemndsmedlemmenes perspektiver. Hvordan ser de på nemnda som institusjon?

Ingeborg er gynekolog med lang fartstid ved et stort sykehus på Østlandet. Her sitter hun i primærnemnd, som medlemmet oppnevnt ved gynekologisk avdeling. Her har Ingeborg mest nemnderfaring med såkalte «sosiale årsaker». Hun har invitert meg til kontoret sitt en kald desemberdag. Ingeborgs kontor er i byggets øverste etasje, og jeg tenker for meg selv hvordan det symbolsk peker på makten hun implisitt har. Mens hun lager kaffe på

kontoret, forteller Ingeborg om sitt syn på å øke grensen for selvbestemt abort og nemndas funksjon:

Jeg tror ikke å øke grensen for fri abort vil øke aborttallet. Det har jeg ingen tro på, så derfor tror jeg ikke det er noe tiltak. Det som ville skjedd er at kvinnen vil få bedre rådgivning og mindre belastning tror jeg, hvis vi endrer det. Og det er derfor jeg har lyst til å endre det. Men jeg synes jo at hvis man tar vekk alt, så tror jeg det vil være galt for kvinnen. For hun trenger noen å snakke med. Hun må få tilbudet og det må være mer formalisert. Om det er psykolog, sosionom, gynekolog eller imam ... Hvis jeg hadde vært i en sånn nemndsituasjon selv, så hadde jeg *haaatt* det. Jeg hadde ikke villet snakke med noen om dette, hadde det skjedd med meg da jeg var yngre. Bare fått gjort aborten og ferdig med det. Jeg tror det er fint, da, hvis man har rådgivning. Så er jeg veldig i tvil om det skal være obligatorisk eller frivillig. Det er mange vanskelige spørsmål. Jeg tror fjerning av nemnden har lite innflytelse på endring i antall aborter. Men spørsmålet er jo om nemnden *ivaretar* noe vesentlig for kvinnen. Høres jo ikke ut som de gjør det. Så jeg tror at hvis man endrer det vil man ivareta kvinnen bedre, kanskje. At hun kan ta bedre valg for seg selv. Og få hjelp til å bearbeide det. Jeg tror det er viktig, og derfor bør hun ha et bedre tilbud enn det nemnden representerer. Men på en annen side tror jeg også det ... Det er en fordel med en sånn nemnd og særlig klagenemnd som består av mange forskjellige [kvalifikasjoner] at man har liksom ... Litt som de samiske tenker, at det blir sånn kollektivt ... At du har fått lov og da er det *greit*, så du trenger ikke klandre deg selv og sitte alene med det. Det er litt lettere, tenker jeg for noen. Det er jo en positiv funksjon som en nemnd kan ha, at noen har hørt historien din og gitt deg et stempel fra samfunnet, at du kan gjøre det her og ikke skamme deg.

Noen uker senere møter jeg to nemndsmedlemmer ved et annet sykehus. Karen og Therese er henholdsvis gynekolog og genetiker, og har primært erfaring med «fostermedisinske» nemnder. De opplever at denne typen nemnd er nyttig i de situasjonene det gjelder, fordi de har kunnskap om både avbruddet og fosterets tilstand. Vi sitter på et sterilt møterom, med kaffe på bordet. Det er ikke rommet der de pleier å gjennomføre nemndsmøtene, det er to etasjer over oss. Koronasituasjonen preger møtet, og mens jeg sitter med tøy-munnbind, har Karen og Therese på medisinske munnbind og visir. Karen utdyper hvordan hun ser på nemndas funksjon som en forsikring av forsvarlig medisinsk praksis:

Å sikre at de har fått god info og oppfølging. At de har skjønt det de skal gjennom. Og det spør vi om hver eneste gang. Synes du at dette ... Er du presset av noen, har du fått informasjon, blitt godt behandlet? Skal sørge for at systemet vårt fungerer, da.

Therese nikker mens Karen snakker, og supplerer med nemndas funksjon som et kollektivistisk støtteapparat:

Det er mer som en ivaretagelse av kvinnen og hennes rettigheter på en måte ... De fleste saker har det blitt godt veiledet og vil bli innvilget fordi de har blitt godt veiledet på forhånd. Vi er jo opptatt av å hjelpe kvinnen på vei og på en måte dele ansvaret litt med henne da. Hun skal få noen å dele ansvaret med. Og det er det flere som har sagt de har satt pris på, at det da er flere enn meg som har ansvar for dette avbruddet.

Frithjof har erfaring fra klagenemnda, og de har som vane å ikke uttrykke sine egne meninger «offentlig» om nemndsrollen, for å unngå rolleblanding. Når jeg stiller han spørsmål om nemndas funksjon, svarer han diplomatisk, og veier både fosteret og kvinnens vern og rett i sitt svar. Frithjof løfter likevel at primær- og klagenemnd har det som jobb å sette av tid til å snakke med kvinnen:

[Nemndsmedlemmene] har per definisjon mulighet til å bli bedre skolert og bedre tid til å kunne ha samtale med kvinnen og gjøre disse ... Overveielsene. Jeg tenker at når man kommer ut til uke 18+, så er det en god ordning i Norge at det er noen som møter kvinnen hvor dette er temaet. For helsepersonell vil ofte tema være gjennomføringen av abort og mer praktiske ting, men nemndene har ene og alene oppgave å veie og veilede, snakke med kvinnen og sette dette i fokus.

Legene i primærnemnda vektlegger en kollektivistisk tanke for deres forståelse av nemndas funksjon, som står i sterk kontrast til nyliberalismens idealer om individuelle valg. Slik sett blir nemnda også sett på som et kontrollorgan for at kvinnen har *forstått* det som skal skje etter nemndsmøtet, og at kvinnen har fått nok kunnskap, slik at hun har makt til å bestemme om hun ønsker å gjennomføre svangerskapsavbruddet. Nemnda får kunnskap om kvinnen, og makt til å innvilge eller avslå hennes søknad.

Nemndas praksis

Som skissert i introduksjonen er det flere veier til nemndsbehandling. Sekretariatet ved sykehuset der primærnemnda skal behandle søknaden, tar imot kvinnens begjæring om svangerskapsavbrudd²². Line er en del av sekretariatet ved et sykehus på Østlandet, og forteller om jobben sin:

Først får vi beskjed av fostermedisiner at noen ønsker avbrudd. Også booker jeg møterom og finner to leger. Det er en liste med fire personer, det er de jeg kan velge mellom som det eksterne medlemmet. Også da en fødselslege. Så finner jeg et tidspunkt som passer for legene. Hvis pasienten ikke har fylt ut protokoll og spørsmål som man krysser av med sivilstatus, utdanning og sånn, må det gjøres først. Og jeg ser til at begjæringen er fylt ut komplett. Jeg printer ut pasientens journal til nemnden og sender de gule lapper²³. Jeg har også ansvaret for å kontakte pasienten om møtetidspunkt, og da pleier jeg alltid å si til pasienten over telefon at det er ikke et avhør hun skal i, det er to veldig hyggelige leger i nemnden. Hehe, *jeg* synes jo de er veldig hyggelige og omgjengelige. Jeg forteller de at det er meg, Line, de skal møte når de kommer hit. Så gjør jeg alt forarbeidet før møtet. Da ligger alle papirene lagt fram på bordet for legene. Når pasienten kommer så går jeg og henter henne og den hun eventuelt har med. Jeg presenterer meg med navn og at jeg skal følge de gjennom dagen på en måte. Så følger jeg pasienten til møtet, opp trappen og inn til møtet som er på fødeavdelingen. Og det meste blir jo innvilget. Så da møter jeg de etterpå og følger de videre til jordmor som forteller om det praktiske rundt avbruddet og når hun da skal komme tilbake. Det gjør ikke jeg.

Jeg og Line snakker sammen i en annen etasje enn der nemndsmøtet vanligvis foregår. Møterommet vi sitter i er like sterilt som ethvert sykehusrom. Mot slutten av intervjuet spør jeg Line om hun kan vise meg «ruta» som kvinnene går når de kommer til sykehuset. Før vi begynner på turen sier Line at rommet ofte er opptatt, for det er ikke et dedikert «nemndsmøterom». Line viser meg så til ekspedisjonen der hun møter kvinnene. Mens vi snakker om vårens abortdebatt, går vi opp en etasje til nemndsmøterommet. «Det var jo ikke lange turen!» sier jeg. Vi har ikke fått snakket mye om abortdebatten. «Nei, det er

²² Se vedlegg 5 for begjæringsskjema.

²³ Verktøy for intern kommunikasjon mellom ansatte, for eksempel kan pasientjournalen sendes over gule lapper. Nemndslegene bruker disse til å forberede seg til møtet.

heldigvis ikke det», sier Line og viser meg møterommet. Line hadde rett. Det sitter helsepersonell og drikker kaffe, spiser småkaker, ler og prater på nemndsmøterommet. Jeg titter kjapt inn på rommet. Der jeg hadde forventet enda et sterilt rom, har dette møterommet lysegule vegger og fargerike 90-tallsgardiner. Jeg lurte på hvor mange nemndsmøter veggene har vært vitne til.

Nemndsamtalen

Nemndsamtalen er sentral for hvorvidt kvinnen får innvilget søknaden sin. Vanligvis varer den omtrent 20 minutter. Alt av undersøkelser, samtaler og planlegging munner ut i denne samtalen, der kvinnen skal få innvilgelse eller avslag på søknaden som svangerskapsavbrudd.

Litt uti intervjuet, spør jeg primærnemndsmedlem Ingeborg om å gjennomføre en «nemndsamtale» med meg, som om jeg har søkt om avbrudd i nemnda. Ingeborg forteller om gangen i sine nemndsamtaler:

Først så hilser vi, forteller vi hvem vi er og hun sier hvem hun er. Vi stiller spørsmål rundt hvorfor hun ønsker abort, og så får hun fortelle hva hun synes hun skal fortelle. Og så stiller vi spørsmål vi føler vi trenger svar på ut ifra det hun sier. Og da er vi ute etter å få vite om hun er presset, hva slags støtteapparat hun har og om hun er helt sikker i valget sitt. Hvor lenge har hun vært gravid og ønsket å ta abort? Også diskuterer vi andre ting som jobb og studier med henne. Hun går ut mens vi diskuterer. Vi er egentlig enige om avgjørelsen.

Karen og Therese har som nevnt oftest fosterdiagnostiske nemnder. Det fører også til at *gangen* i samtalen blir litt annerledes, slik Therese forklarer det. De fleste kvinnene som møter i denne typen nemnd, har ofte blitt presentert nemnda som en lovpålagt formalitet. Jeg spør også Karen og Therese om å late som at dette er et nemndsmøte, og Therese forteller om hvordan hun starter nemndsamtalen:

Jeg pleier å si at abortnemnda har to oppgaver. En ting er å forsikre oss om at det er innenfor norsk lov. Og da kan vi kanskje som oftest si at det har vi allerede gjort, vi har snakket sammen og sett på papirene, og det er det. Da legger vi den ballen død så fort som mulig, så de slipper å sitte og lure på om de ikke skal få innvilget

svangerskapsavbruddet. Og den andre oppgaven er å være sikker på at du har skjønt hva det dreier seg om. At du har fått nok og korrekt informasjon, ikke presset eller misledet av noen. Og så pleier jeg ofte å si at det er ikke noe form for eksamen, det er ikke noe feil svar. Vi vil gjerne bare høre dine ord om din opplevelse, og hvis du kan fortelle ... Hvis hun er veldig lei seg så kanskje vi sier sånn ... Prøv å fortelle litt fra starten, eller si noe om informasjonen du har fått ... Hvis det er veldig vanskelig, får partner fortelle isteden. Så sier vi ofte da noe om at det er kvinnen som er søker, det viktigste er at hun ikke har følt seg presset, men vi anerkjenner selvfølgelig at de er to og at mannen er med. Så spør vi litt om de har fått noe informasjon om hvordan avbruddet skal foregå, vi forteller at partner kan være der, får god smertelindring og litt sånn. Også snakker vi kanskje litt om hva som skal skje etterpå, at de skal få en ettersamtale og oppfølging ved neste svangerskap. Det vil man alltid få, hvis man har hatt et sånt svangerskap. Om obduksjon er relevant kan vi snakke litt om det, om de har gjort seg opp noen tanker om hva som skal skje når fosteret kommer ut. Det trenger de ikke bestemme seg for helt enda, men greit å ha gjort seg opp noen tanker. De vil få mye mer veiledning på det området. Det er ikke sånn at nemnda plikter å informere om disse tingene, men det er en fin måte å få liksom en samtale rundt det med de gravide, at de vet de er ivaretatt, og at de får informasjon i flere runder.

Karen nikker mens Therese forteller, og avslutter denne «nemndsamtalen» med å informere om det som skjer etterpå:

Når vi er ferdige da og skriver under og gir dette vedtaket som skal være skriftlig, så står det gjerne en sekretær ute og venter som henter en jordmor som kommer inn og informerer om selve aborten. Mye av det har da leger sagt, men da får de ekstra info tror vi da. Og noen er ikke så interesserte i å høre så mye ... De har jo fått det godkjent.

De som får avslag, må gjennom et nytt møte i klagenemnda. Frithjof forteller at de ser på saken i forkant, men at de svært sjeldent bestemmer seg før de har hatt samtalen med kvinnen, som kan vare fra 20 minutter til over en time. På bakgrunn av det kvinnen forteller, drøfter nemnda saken mens kvinnen venter utenfor. Etter vedtaket er fattet, får

kvinnen orientering om utfallet. Frithjof reflekterer rundt hvordan klagenemnda tror kvinner opplever å møte dem:

Mange møter jo ganske stressa og utsatt for stor belastning. Vi snakker mye om at det vi tenker på å møte fem mennesker i den settingen. Det er i utgangspunktet *kjempebelastende*. Og vi prøver så langt det er mulig å få en avslappa atmosfære og legge til rette for at det skal bli så lite belastende som mulig for kvinnen. Det vi opplever ganske ofte er at det kommer ny informasjon i møtet. Vi føler vel vi er ganske samkjørte i nemnda også at det er et uttrykk for at kvinnen har tillit til nemnda og klarer å finne en ... Kall det ro eller tillit, til nemnda, at man tenker dette er mennesker jeg kan ha tillit til og jeg kan fortelle mine innerste tanker til. Det er jo det de må gjøre, og som vi oppfordrer til, at du må dele ... Det du mener er viktig for oss å vite, så vi kan ta stilling til om du skal få innvilga abort eller ikke, ellers har ikke vi riktig grunnlag å avgjøre saken på. Eksempelvis er det jo noen som da for første gang forteller at de har blitt utsatt for overgrep i forbindelse at de ble gravid.

Ulik praksis, ulikt utfall og ulike opplevelser?

Nemndene må følge lovverket, abortloven (1975), abortforskriften (2001), diverse rundskriv og Helsedirektoratets (2019) veileder til forskrift, i sine bestemmelser. Det etiske er ivaretatt av vilkårene i abortloven, som også gir rom for skjønnsbruk i beslutningen. De 26 primærnemndene organiserer seg ulikt; noen rullerer på fire faste medlemmer, mens andre har flere varaer å velge mellom. Det finnes ulike kulturer ved de ulike nemndene. Ved å ha flere varaer kan man risikere at noen «aldri» får prøvd seg i nemnd, eller «ikke får det nødvendige erfaringsgrunnlaget som kan bidra til å sikre en mest mulig ensartet behandling» (Helsetilsynet, 2005, s. 12). I veilederen til abortforskriften står det at «målet er at like saker skal behandles likt» (Helsedirektoratet, 2019). Dette er også en av grunnene til at abortnemndkonferansen årlig arrangeres i regi av Helsedirektoratet, der alle nemndsmedlemmer får mulighet til å møtes og diskuterer saker. Slik ønsker man å skape likere praksis. Nemndsmedlemmene får ikke trening i hvordan man skal gjennomføre nemndsamtalen.

Det ble i 2004 gjennomført tilsyn med de regionale klagenemndene²⁴ i regi av Statens helsetilsyn. Et av de sentrale funnene var at skjønnsbruk kunne føre til ulike vurderinger: «noen vedtak viser likevel at nemndene utøver de skjønsmessige vurderinger ulikt. Sammenliknbare forhold resulterte i avslag i en nemnd og innvilgelse i en annen, uten at det kunne påpekes regelverksbrudd» (Helsetilsynet, 2005, s. 14).

I 2012 ble det avdekket at det muligens ble gjennomført svangerskapsavbrudd på levedyktige fostre på Rikshospitalet. I den anledning ba Helsedirektoratet en uavhengig ekspertgruppe gjennomgå praksis ved de ulike nemndene. Gruppen konkluderte med at det er ulik praksis ved ulike sykehus, spesielt når det kommer til nemndas samtale med kvinnen. Flere primærnemnder har få saker, som vanskeliggjør god praksis (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 5). Frithjof forteller at dette også er en erfaring fra klagenemndsarbeidet. Begge rapportene viser at det er tilfeller der to sammenliknbare saker kan få ulike utfall. Ekspertutvalget fra 2013 tror disse ulikhetene blant annet skyldes vage formuleringer i forskriften; «urimelig belastning», «stor fare for» og lignende (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 11). Her kommer bruken av skjønn inn, og nemndsmedlemmenes subjektive oppfatning av det kvinner forteller. Hvis kravene for innvilgelse er oppfylt kan ikke skjønn benyttes (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 11).

Basert på de ulike tilsynsrapportene og mine empiriske funn, føyer jeg med Mols²⁵ (2002) synspunkt at «the objects handled in practice are not the same from one site to another» (s. 5). Videre illustrerer hun gjennom å følge praksisen av åreforkalkning at det eksisterer ulike kulturer ved ulike sykehus, og at sykdommen gjennom koordinasjon og distribusjon blir utfoldet ved ulike avdelinger på sykehuset, på ulikt vis. Det blir altså ulik behandling på samme sykehus. På samme måte kan det sies at «abort» og «nemnd» er og blir ulike og flere ting ved forskjellige, men også samme, sykehus. Det viser også mitt etnografiske datamateriale fra intervju med 19 kvinner som har møtt i abortnemnd.

For å forstå ekspertgruppens funn i ulikhet i nemndsamtalen, er det interessant å trekke fram Ingrid's opplevelse sammenlignet med Maria og Hannes. Alle kvinnene søkte om avbrudd grunnet alvorlige fosteravvik. Ingrid forteller at å møte i nemnd var fælt, og skulle gjerne vært foruten opplevelsen. Det ble likevel «lettere» fordi legen hun møtte i nemnda

²⁴ Omgjort til én sentral klagenemnd for abortsaker i 2010 (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 6).

²⁵ Der Mol observerer praksis, har jeg gjennom mine intervjuer fått *innsikt* i ulik praksis.

selv syntes nemndsordningen var latterlig, og levnet aldri tvil om at Ingrid ville få avbruddet innvilget. Ingrid møtte kun denne legen, og lege nummer to som signerte vedtaksbrevet møtte hun aldri. Maria og Hanne var begge over 22 uker i svangerskapet, da alvorlige avvik ble funnet. De ble funnet sent grunnet menneskelige feil ved tidligere ultralyd, og de fikk begge beskjed om at fosteret ikke ville overleve utenfor livmoren. Både Maria og Hanne ble møtt med holdninger som «såpass burde du tåle», da de uttrykte frykt for å ikke få innvilgelse i samtalen med primærnemnd. Hanne fikk innvilget avbruddet i primærnemnd, mens Marias søknad ble avslått. Hun måtte vente nesten to uker før klagenemndsmøtet, der avbruddet ble innvilget.

Gjennom feltarbeidet ble jeg kjent med Alexandra og Camilla. De fant begge ut av graviditeten rett før de nådde svangerskapsuke 17+6. Begge var unge; en var student og en gikk på videregående. Begge ønsket svangerskapsavbruddet utført så fort som mulig, og møtte i primærnemnd. Alexandra fikk innvilget avbruddet. Camilla fikk avslag i primærnemnda, og møtte i klagenemnda. Der fikk hun avslag på søknaden sin, da klagenemnda behandler etter tidspunktet for nemndsmøtet og ikke for når kvinnen begjærer svangerskapsavbrudd. Vilkårerne for å innvilge abort må være til stede på det tidspunktet nemnda vurderer saken, og etter 17+6 er det skjerpet skjønnsbruk. Camilla ble fortalt av begge nemndene at avslaget skyldtes at hun hadde foreldre og et godt nettverk som kunne stille opp. Selv fortalte hun meg at hun hadde fortalt nemnda at hun ikke ønsket dette, men et avbrudd slik at hun kunne fullføre videregående skole og utdannelsen sin. Alexandra og Camilla møtte i to ulike primærnemnder, med et par års forskjell. Nemndsmedlemmenes forståelse og bruk av skjønn i de to relativt like situasjonene ga to ulike utfall – en abort og et barn som i dag er i skolealder.

I intervjuet mitt med gynekolog Ingeborg poengterer jeg at denne skjønnsbruken er vanskelig å håndheve kategorisk:

Det sitter jo to individer ... Dere har deres ulike bakgrunner og begrunnelser, selv dere er like høyt utdannet med samme kvalifikasjoner. Men dere er jo mennesker, ikke to roboter som sitter og bestemmer fra sak til sak. Det blir en subjektiv oppfatning.

Ingeborg svarer kontant «jo, absolutt», før hun fortsetter:

Alt avhengig av den enkelte leges personlige overbevisning og synsing om moral, etikk og alt som ikke har noe med dette å gjøre. Abortloven setter jo visse standarder og klare regler for nemnden. Grensen der går ved levedyktighet, og det gjør den også for meg. Det er viktig for meg å vite at kvinnen er helt overbevist om at det er *dette* hun vil. Jeg er redd hun skal angre. Jeg lar kvinnen bestemme, med mindre barnet er levedyktig og jeg tror hun egentlig ikke vil gjennomføre aborten. Jeg ønsker jo at valget skal være hennes. Ta et par dager, tenk på det ... Jeg vil at hun skal være sikker. Vi vil unngå at vi sier sånn ja eller nei. Vi vil liksom at hun skal komme dit at vi blir enige.

Ingeborg er kritisk til nemndene og forteller leende at hun egentlig ønsker å si ja til alle sammen. Som gynekolog mener hun deres profesjon ikke gir spesiell kompetanse til å fortelle kvinner om de skal fullføre svangerskapet eller ikke, selv om de er trent til å snakke med kvinner i ulike livssituasjoner. De er ikke trent til å ha denne *samtalen*, og har mangel på trening i å faktisk sitte i nemnd. Det er ikke en jurist til stede før i klagenemnda. Altså skal leger uten juridisk kompetanse vurdere det som er oppført som juridiske spørsmål. Jeg spør Ingeborg hva hun tenker om at det i en klagenemnd sitter fem medlemmer, inkludert en jurist, med bredere kompetanse, som skal innvilge en sak hun har avslått. Svaret hennes overrasket meg på et vis, fordi jeg hadde forventet et tydeligere syn på klagenemnda siden hun selv sitter i primærnemnd:

Nei, jeg har ikke noen følelser knyttet til det. Jeg stoler jo på at de tar en veloverveid beslutning. Det er derfor jeg ikke synes det bare skal være gynekologer i den nemnden, vi kunne godt vært flere som tok den avgjørelsen. Men vi forholder oss til lovverket, og først til den gravide kvinnen og så til fosteret. Hvordan vil det få det? Det er subjektive vurderinger, og det kan ikke være kriterier for alt. Derfor må det en grad av skjønn til, for eksempel når det gjelder barnefars relasjon eller kvinnens støtteapparat.

Primærnemndsmedlem Therese tenker at de har nest siste ordet, mens klagenemnda har det endelige ordet. «Det føles bra at det er liksom et litt større forum». Karen supplerer med å vektlegge at klagenemnda har annen kompetanse enn legene i primærnemnda:

Det blir jo ofte å vektlegge sosiale faktorer, og det er jo viktig med andre faglige vurderinger enn rent medisinske. Jeg tenker det bare er en styrke og en grundigere gjennomgang. Det er trygghet for oss, at hvis vi har avslått fordi loven ikke gir oss mulighet til å innvilge, så får de en annen type behandling av folk som vurderer kvinnens helse, sosiale og psykiske faktorer.

Dette ansvaret tar Frithjof og resten av klagenemnda på alvor. Det som styrer deres praksis, og som de er genuint opptatt av, er som Frithjof uttaler det: «hvordan kan vi best ivareta kvinnen?» Noen ganger behandler de en søknad samme dag som de mottar den på grunn av tidspress ved at kvinnen er kun et par dager unna 17+6 eller 21+6. Det er sjelden dissens i sakene klagenemnda behandler (Hagerup-Jenssen, 2019, 2020, 2021). Frithjof forteller at klagenemndas praksis har en «felles hukommelse» som ikke er nedfelt. Det er for mange ulike saker til å ha en etterprøvbar standard. Gjennom erfarings- og kunnskapsoverføring mellom de ulike nemndene og hoved- og varamedlemmene får de en likere praksis som viderefører den «felles hukommelsen», slik Frithjof forteller det:

I klagenemnden er det nok med simpelt flertall. Vi er jo 5 stykker som sitter der, og 3 utgjør jo flertallet. Det er veldig sjelden det er dissens og det liker vi å tenke på som et kvalitetstegn. Er ikke sånn at vi tvinger hverandre å være enig, men vi har gode diskusjoner i vanskelige saker. Vi vektlegger at vi skal oppfatte kvinnens situasjon og faktum, og at vi skal praktisere også loven og forståelse av loven likt. Og da skal vi ikke komme dit at argumentet til et av medlemmene skal basere seg på uriktig lovforståelse. Det ser vi jo i primærnemndene, at noen som på en måte ikke avgjør saken ut ifra det som er innholdet i loven, men at det har vært dissens fordi et av medlemmene synes det er etisk vanskelig å innvilge abort når svangerskapet har kommet til uke 21. Det er en uriktig lovforståelse, etikken er ivaretatt gjennom vilkårene i loven, og kan ikke benyttes som et selvstendig argument. Det må knyttes opp til vilkårene i loven. Og det skjer ikke i klagenemnda. Vi har kontinuitet og felles møter med medlemmer og varaer der vi diskuterer problemstillinger vi har stått ovenfor. Slik kan de med ulik kompetanse i psykologi, jus og medisin informere de andre medlemmene. Denne kunnskapsutvekslingen fører ofte til sammenfall i vurderingen.

Primærnemndsmedlemmene er leger med lang fartstid, som kommer med sin referanseramme. Siden abortloven åpner opp for bruk av skjønn, er det ikke til å komme bort ifra at det blir ulik praksis grunnet ulike skjønnsoverveielser i beslutningsprosessen. Resultatet blir ulike utfall og opplevelser. Derfor eksisterer klagenemnda, ideelt slik at den kan utjevne forskjellene, og sørge for at kvinnes rettssvern blir ivaretatt. Slik skapes en likere praksis.

Utjevner klagenemnda forskjellene?

I 2010 ble de regionale klagenemndene, som kun bestod av leger ved hver sykehusregion, erstattet med én sentral klagenemnd med kombinert medisinsk, psyko-sosial og juridisk kompetanse. Det var en sentralisering for å utjevne forskjeller og skape en likere praksis. Bedre ivaretagelse av kvinnens rettssikkerhet skulle sikres ved å inkludere en jurist i klagenemnda (Uavhengig ekspertgruppe, 2013, s. 6). Klagenemnda poengterte sist ved Årsrapporten fra 2020 at det er «fremdeles for stor variasjon i hvordan primærnemndene behandler saken og begrunner sine vedtak» (Hagerup-Jensen, 2021, s. 6). I noen av sakene der klagenemnda innvilger søknaden, er det kommet nye opplysninger frem, slik Frithjof skisserer. Ofte omgjør de primærnemndsavslag grunnet uriktig lovforståelse. Frithjof utdyper videre klagenemndas rolle for å utjevne forskjellene: «Vi ivaretar jo der hvor det er en for streng praksis – vi fanger det opp og gir tilbakemelding gjennom den enkelte sak, og påpeker hvis vi avdekker kritikkverdige praksis eller feil lovforståelse».

Tall fra Abortregisteret i 2020 viser at 40 kvinner fikk avslag i primærnemnd, og alle disse sakene ble automatisk sendt til klagenemnda (Folkehelseinstituttet, 2021b). Den automatiske overførselen er et tiltak som skal utjevne forskjellene, og ikke gi kvinnene følelsen av at de har en «dårlig» eller «god» ankesak. Det er likevel ikke alle som møter til dette møtet. De havner under kategorien «annet» i Abortregisterets årlige oversikt. Dette er kvinner som klagenemnda av ulike årsaker ikke får tak i, eller som ikke møter opp. Dette er kvinner som velger å fullføre svangerskapet etter avslaget i primærnemnd, eller som drar utenlands for å få gjennomført avbruddet. For dem kan det å møte i klagenemnd etter avslag i primærnemnd være en ekstra terskel.

Hva så med de som får avslag også i klagenemnd? Det har vært en bekymring at kvinner som får avslag på søknad om svangerskapsavbrudd drar til utlandet for å få utført avbruddet. Ada forteller at hun var redd for å ikke få innvilget aborten i primærnemnd.

Helgen før hun skulle møte nemnda, gjorde hun ikke annet enn å google «i ren desperasjon» hvor hun kunne dra hvis hun fikk avslag. Hun fant en privat klinikk i Spania som kunne ta henne imot på kort varsel. Gynekolog Karens kommentar til sakene hvor kvinner reiser utenlands for å avbryte svangerskapet er «sånn er det bare, og det er deres valg om de vil dra til England eller andre steder for å få gjennomført en senabort». Slik styrkes også nyliberalismens ideologi om *valg*. Det er en ulikhet klagenemnda ikke kan utjevne, fordi de må ta utgangspunkt i hva norsk lov tillater, og rettmessig bruk av skjønn.

Avsluttende bemerkninger

I Foucaults forståelse av «makt» er makten over alt. Nemndsmedlemmene anser ikke seg selv for å være personer med makt, men som åpner opp et mer dynamisk forhandlingsrom mellom individualisme og kollektivismen i beslutningsprosessen om å avbryte et svangerskap. Det er likevel en Foucauldiansk makt, når nemndsmedlemmene har en posisjon der de kan oppleve det slik; det ligger mye makt i implisitt ansvar.

Slik nemndssystemet fungerer i dag, opprettholdes de moralske regimene slik det blir fremstilt, og et hierarki med «legitime» grunner til svangerskapsavbrudd.

Både «abort» og «nemnd» blir ulike og flere ting i Mols (2002) forståelse. Kvinnene opplever ikke nødvendigvis nemnda som kollektivistisk. Kvinnene blir fortalt «det er ditt valg om du ønsker å avbryte et svangerskap». I det ligger det en grunntanke om idealisert individualisme. Kvinnene som er ønskede gravide, må selv ta *beslutningen* om å gjennomføre fosterdiagnostiske tester og genetisk veiledning etter ultralydundersøkelsen. Det er tema for neste kapittel.

Kapittel 3

Fosterdiagnostikkens umulige muligheter: Fra et ritualisert svangerskap til beslutningen om svangerskapsavbrudd

De tre neste kapitlene ser på kvinnenens opplevelser av å møte nemnda, og blir fortalt i tre bolker; før, under og etter nemndsmøtet og abortfødelsen. Dette kapittelet omhandler kvinnenens opplevelser av prosessen som leder til nemndsmøtet; det følger kvinnens prosess fra ultralyd, via fosterdiagnostikk som bekrefter avvik, og fram til hun har bestemt seg for å søke om svangerskapsavbrudd i primærnemnda. Derfor vil dette kapittelet kun fokusere på kvinnene som er ønskede gravide, får bekreftet avvik, og så går gjennom en abortnemndsprosess. For kvinner som er uønskede gravide, er ofte *problemet* en graviditet, og abort er løsningen. Det kan karakteriseres som en kontant beslutning etter positiv test og asymptotisk svangerskap. Vi forlater disse kvinnene her, før vi returnerer til deres historier i neste kapittel om selve nemndsmøtet.

For å bedre forstå kvinnenens opplevelser benytter jeg meg av van Genneps (1960) forståelse av overgangsritualer. Ifølge van Gennep (1960) består et overgangsritual av tre faser; separasjon, transisjon og inkorporering. Med utgangspunkt i et ukomplisert svangerskap som fører med seg et friskt barn kan disse tre fasene forklares slik: separasjons- eller adskillelsesfasen karakteriseres av at personen som skal gjennom et ritual skilles fra resten av samfunnet. For en gravid kvinne skiller den nyoppståtte graviditeten henne fra resten av samfunnet. Hun endrer vaner og oppfører seg mer forsiktig, hun avstår fra alkohol, tobakk og mat som blåmuggost og rakfisk. Transisjons- eller overgangsfasen viser til en gravid kvinnes posisjon som «betwixt and between fixed points of classification» (Turner i Layne, 2003, s. 59), der kvinnen er i ferd med å bli «mor», men hun har enda ikke født. I denne perioden gjennomfører kvinnen svangerskapsundersøkelser, tar ekstra vitaminer og mineraler, drar på legebesøk, handler inn og ønsker seg klær og utstyr til barnet – hun ritualiserer prosessen. Parert med van Genneps (1960) forståelse av overgangsritualer, er Raphaels (1975) begrep «matrescence» av interesse i denne konteksten. Vi setter ord på når en kvige (ikke drektig) blir en ku (har kalvet), og matrescence følger den samme logikken. Matrescence er en biologisk og sosial prosess – en *rite de passage*, som Raphael (1975) beskriver som:

The time of mother-becoming, the period when a woman changes from girl and wife to mother. During this process, this *rite de passage*, changes occur in a

woman's physical state, in her status within the group, in her emotional life, in her focus of daily activity, in her own identity, and in her relationships with all those around her. (...) The physiological state of MATRESCENCE begins at the moment a female delivers a live infant. (s. 66)

Etter en vellykket fødsel og et friskt barn har kommet til verden, begynner prosessen for kvinnen å bli inkorporert tilbake i samfunnet, men denne gangen på en måte som viser at overgangsfasen er vellykket. Kvinnen er nå mor, mottar gratulasjoner og gaver, og blir kalt mamma. I denne forståelsen av matrescence, er det også en oppfatning av at det er et «nøkkelscenario» (Ortner, 1973). Ortner (1973) ser nøkkelsymboler som symboler med stor kulturell betydning. Nøkkelscenario er en underkategori av nøkkelsymboler, og «are culturally valued in that they formulate the culture's basic means-ends relationships in actable forms» (s. 1341). Det er handlinger vi feirer som spesielt betydningsfulle og vellykkede, i spesifikke kulturelle kontekster. Når vi analyserer disse, hjelper de oss å belyse og forstå samfunnet vi studerer. Vi kan også forstå disse nøkkelscenarioene som vellykkede gjennom ritualer, som gjennom et ritualisert svangerskap fra unnfangelse, gjennom undersøkelser og fram til fødsel.

Hva med svangerskapene som ikke ender i gledestårer over et velskapt og levende barn? «Jeg er en mor uten et barn», forteller Julianne meg. Layne (2003) beskriver kvinner som ikke fullfører et ønsket svangerskap på ønsket måte av ulike grunner som å gjennomgå en «uncompleted rite of passage» (s. 59). Deres inkorporeringsfase er ikke preget av gratulasjoner og å bli kalt for mamma; de skal inkorporeres i samfunnet som kvinner, slik de var før overgangsritualet begynte. Crapanzano (1981) beskriver prosessen tilbake som «rite of return». Svangerskapene presentert her, bryter med vår forståelse av matrescence og nøkkelscenario i Norge.

Først vil jeg redegjøre for kvinnenenes møte med ultralyd og påfølgende fosterdiagnostikk. Mange forteller at de møtte til ordinær ultralyd og forventet beskjeden «alt ser normalt ut». På mange måter har ultralyd blitt en naturlig del av ethvert svangerskap, og er et steg på veien mot fødsel i svangerskapsomsorgen. Når ultralydjordmor eller gynekolog bruker lenger tid på ultralydapparatet og tilkaller hjelp fra andre kyndige for å tyde bildene, opplever kvinnene at noe er feil. De må etter kort tid si ja til å gå videre med fosterdiagnostikk, som regel morkake- eller fostervannsprøve. Etter prøven er gjennomført

foregår det en «limbotid», der man venter på positivt eller negativt svar, mens man kanskje kjenner fosteret være i aktivitet. Å vite at man kanskje skal avslutte svangerskapet med et ønsket barn er tungt og vanskelig, og bringer fram følelser om både nærhet (kvinnen har blitt kjent med fosteret på ultralyd, magen vokser og fosteret sparker) og distanse (bestemme seg for å avslutte svangerskapet). Til slutt vil jeg vise hvordan beslutningsprosessen tar form, og hva kvinnene vektlegger i denne prosessen. Selv om det blir presentert som en lineær prosess, er det ikke det. Prosessen fra oppdagelsen av avvik til å møte i nemnd preges av usikkerhet, ambivalens, sorg og morskjærighet.

«Å se inn i en glasskule»: Mulighet, ambivalens og tvil i fosterdiagnostikken

«Man har en helt unik medisinsk mulighet til å se inn i en glasskule og avverge ... Så mye smerte og lidelse. Det er jo to streker under svaret til den morkakeprøven» (Ingrid).

Jeg vil her skissere hvordan kvinner opplever forløpet fra ultralyd, til fosterdiagnostikk, genetisk veiledning og endelig svar på fosterets avvik.²⁶ Før kvinnens ultralydtime har hun opplevd symptomer på graviditet, som blir bekreftet med graviditetstest og blodprøve. Magen har vokst, og hun har kanskje kjent fosteret røre på seg for første gang.²⁷ Dette kalles «quickening», som før moderne teknologi som kunne bekrefte et svangerskap med tester, var det sikre tegnet på graviditet (Duden, 1993, s. 80). Det er disse bevegelsene som for mange kvinner virkeliggjør graviditeten (Klaus & Kennell, 1976, s. 41-2). Kvinnen har siden hun fant ut av graviditeten, og bestemt seg for å ikke avbryte, ritualisert svangerskapet – hun snakker til fosteret i magen, handler inn klær og utstyr, forteller familie og venner hva som skal komme; en framtid blir tiltenkt. Ultralydtiden blir det første visuelle møte med fosteret. Mellom uke 17 og 19 kalles de fleste inn til ordinær ultralyd.²⁸ Dette er et frivillig tilbud, og over 98% takker ja (Reinar et al., 2008, s. 4). Denne ultralyden skal fastsette termin dato, kunne avdekke risikofaktorer som flere foster, unormale avvik og hvordan morkaken er plassert. Det er ofte mulig å kunne se kjønn

²⁶ For mer uttømmende avhandlinger med fokus på kvinners opplevelse med fosterdiagnostikk og genetisk veiledning, samt beslutningen om å avslutte svangerskapet eller ikke, se Rapp (1999). For norsk kontekst, se Sommerseth (2010), Sommerseth og Sundby (2008), Risøy (2009) og Bauer (2019). Bjørvik (2005) skriver om barnefars opplevelse med fosterdiagnostikk.

²⁷ Avhengig av morkakens plassering er det vanlig å kjenne første bevegelser fra ca. uke 16. Har man vært gravid før, kan man også kjenne bevegelser tidligere.

²⁸ Noen kan bli kalt inn senere grunnet tid og sykehusets mulighet for mottak. Dette er den eneste ultralyden gravide kvinner tilbys av det offentlige. Derfor oppsøker mange, som har midler til det, tidlig ultralyd privat, gjerne rundt uke 6 (fastslå hjertelyd) og/eller 11-12 (tidligste tidspunktet man *muligens* kan tyde fosteravvik). Det er likevel tilnærmet umulig å ha tidlig ultralyd, få svar på fosterdiagnostiske tester med endelige svar om avvik, og avslutte svangerskapet før selvbestemmelse utgår ved 11+6.

(Helsenorge, 2019b). Disse ultralydundersøkelsene styrker båndet mellom den gravide og fosteret i magen. Hun visualiserer og forestiller seg barnet; fosteret blir menneskeliggjort (Edwards et al., 2010, s. 18; Rapp, 1999, s. 126). Det muliggjør også at kvinnens eventuelle partner kan knytte relasjonelle bånd til det ukjente fosteret som vokser i kvinnens livmor (Rapp, 1999, s. 120). Ingen av mine informanter forteller at de forventet noe annet enn å få beskjed om et friskt foster. Å få beskjeden om mulige avvik bringer fram følelser av desperasjon, sjokk, sorg og lammelse. Nina var gravid for første gang, og erindrer forventningene til ultralyden i uke 17 slik:

Jeg visste ikke hva man skulle forvente. Jeg husker det var helt avslappet stemning mellom oss og jordmor, og vi snakket løst. Vi skjønnte at vi ventet på å høre noe som «her er hodet og her er hånda – ti fingre og ti tær».

Istedenfor blir det stille, og Nina og mannen innser at ting ikke er som det skal. «Jordmoren kikka og kikka og kikka ... Vi skjønnte at her burde hun sagt noe». Nina og mannen blir sendt ut på gangen for å vente på en ny ultralyd, administrert av en fødselslege. De blir fortalt at det er noe feil med hjertet, og blir tilbudt morkakeprøve samme dag. På gangen opplever Nina at hun er i sjokk, og beskriver det som «sånn som det var på TV i gamle dager, sånn statisk snø – sånn var det i hodet mitt. Jeg var helt lammet».

Hilde er gravid for andre gang, og får grunnet alder tilbud om tidlig ultralyd. Under undersøkelsen opplever hun at jordmor bruker tid på å si noe til henne. Hilde vet at det skal gå ganske raskt å finne fosteret og si noen ord. Jordmoren sier: «tarmene ligger utenfor kroppen, jeg tror det er noe som ikke stemmer her», og henter ekstra assistanse. I mellomtiden må Hilde sette seg på et annet rom, og hun føler seg tilsidesatt. Etter hvert kommer legen som skal se på henne, og det kommer flere leger inn som undersøkelsen skrider frem. Hilde forteller at hun føler hun mister kontrollen over kroppen sin, at den ikke er hennes mer: «Jeg ligger på undersøkelsesbenken og gråter av fortvilelse og sjokk fordi jeg begynner å ane hva som skjer», forteller hun, mens legene styrer med ultralydapparat og kommer med korte beskjeder til henne; «hjertet og lunger er utenfor kroppen».

Fram til det blir mistenkt at fosteret har alvorlige avvik, blir svangerskapet ritualisert som om det er et normalt forløp. Hanne er gravid for første gang, og over 22 uker på vei når hun tilfeldigvis blir tilbudt en ny ultralyd ved et større lokalsykehus. Jordmoren oppfattet at Hanne ikke kjente så mye liv som hun skulle, med tanke på hvor langt hun var på vei. Selv tenker Hanne det er fint å få en mulighet til å se fosteret i magen og bli bedre kjent. Det er jo ikke så lenge til Andreas, som Hanne og Gustav har bestemt seg for å kalle han, skal komme til verden. Ved lokalsykehuset får Hanne sjokkbekjeden om at hun må forberede seg på tidlig fødsel, og henvises videre til Rikshospitalet. Som et ledd i ritualiseringen før fødselen, kjøper Hanne barnevogn før timen på Rikshospitalet. Det er jo slik hun har forstått bekjeden, og siden hun snart skal bli mor, må hun være klar til barnet kommer. På Rikshospitalet sliter ultralydteknikeren med å ta ultralyd utvendig, og ender opp med innvendig ultralyd. Hanne forteller hvordan hun fikk bekjeden: «så sa han til meg bare sånn ... Beklager, men her er det dessverre ikke liv. Min første reaksjon var *HÆ?!* Hva snakker du om? Jeg fikk beskjed om at det var fare for tidlig fødsel?!» Med ett brytes illusjonen av nøkkelscenarioet og et normalt svangerskap.

Det er bioteknologiloven (2003) som regulerer kriteriene for at kvinnen skal bli tilbudt fosterdiagnostikk.²⁹ Alle mine informanter ble tilbudt det på bakgrunn av høy alder (over 38 år ved termin) eller mulige avviksfunn under ultralydundersøkelsen.³⁰ Melhuus (2012) betegner bioteknologiloven som restriktiv, blant annet fordi føre-var-prinsippet er førende, som bevarer verdier forankret i formålsparagrafen:

Formålet med denne loven er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv.³¹ (Bioteknologiloven, 2003, §1-1)

²⁹ Rutinemessig ultralyd regnes ikke som fosterdiagnostikk, og faller derfor utenfor bioteknologilovens rammer.

³⁰ De ble også tilbudt det i senere svangerskap.

³¹ Det går utenfor denne oppgaven å sette dette inn i en luthersk tradisjon, se Melhuus (2012, s. 18-21) for diskusjon rundt dette.

Ved fosterdiagnostikk er genetisk veiledning pålagt³² (§4-4). Her skal kvinnen og hennes eventuelle partner få verdinøytral veiledning og informasjon om at det er frivillig å gjennomgå fosterdiagnostiske tester, hva fosterdiagnostikk innebærer, risiko forbundet med inngrepene³³ og hva slags svar disse testene kan gi. Hvis fosterdiagnostiske tester bekrefter avvik, skal kvinnen og hennes eventuelle partner også få informasjon om hvordan en framtid med et barn med denne diagnosen kan se ut, og krav på hjelpetiltak (§4-4).

Det skilles mellom ikke-invasive og invasive fosterdiagnostiske tester. Kombinert ultralyd og blodprøve (KUB), samt Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) er de mest utbredte ikke-invasive testene³⁴. Det er morkake- og fostervannsprøve som tilbys som invasive fosterdiagnostiske tester. Morkakeprøve tilbys mellom uke 11 og 14, og fostervannsprøve fra uke 15 (Helsenorge, 2019a). Ingrid forteller om hvordan hun opplevde å gjennomgå morkakeprøve etter at en tidlig ultralyd i uke 13 avdekket mulige avvik:

Den overgangen fra ekstrem glede til at du kan miste alt ... Hva er sannsynligheten for å finne noe her nå? Og så risikerer jeg livet til mitt ufødte barn samtidig. Den lange nålen som kommer inn der den bittelille babyen din er liksom, er så redd nåla skal treffe fordi jeg ligger og rister fordi jeg har en reaksjon. Du skjønner at dette ikke er normalt, ikke alle [gravide kvinner] tar sånne tester.

Den fosterdiagnostiske prosessen kan føre til at noen kvinner føler seg «alene». Dette var noe både Aurora og Hege poengterte. Etter at Aurora fikk beskjed om avvikene blir hun sendt til et sykehus i en annen landsdel, med fosterdiagnostisk kompetanse. Hun føler seg helt alene, selv om mannen Tore er med. Hun har fått vite at mye er feil med fosteret, og er i et «følelsemessig helvete», mens hun venter på å få vite *hva* som er feil. I 10 dager kverner tankene om håp, usikkerhet og tvil: «skal han leve, skal han dø?» Når det er Auroras tur til å få fostervannsprøve forteller hun gråtkvalt at hun tenkte «jeg håper jeg er den ene prosenten som mister, for da løser det seg».

³² Hvis man ved ultralyd finner alvorlige avvik som ikke trenger fosterdiagnostisk bekreftelse, trenger man heller ikke genetisk veiledning. Kvinnen går derfor direkte fra ultralyd, via samtale med ultralydjordmor og legen ultralydjordmoren tilkaller ved undersøkelsen, som også fyller ut begjæring om svangerskapsavbrudd, til nemnd, hvis hun bestemmer seg for å avbryte.

³³ Det er forbundet risiko på ca. 0,5% for utilsiktet abort ved gjennomføring av disse testene (Helsenorge, 2019a).

³⁴ NIPT er et mer begrenset tilbud som skal rulles ut i større skala i 2022 (Helsenorge, 2019a). Ingen av mine informanter ble tilbudt NIPT.

Under Heges ultralydundersøkelse i uke 19 ble det funnet avvik som indikerte trisomi 21, også kalt Downs syndrom. Hun fikk tilbud om fostervannsprøve samme dag, som senere bekreftet diagnosen. Når hun skal beskrive sinnsstemningen uka mellom svaret og møtet i nemnd beskriver hun det som «grøøøt i hodet»:

Jeg følte meg helt forlatt og overlatt til meg selv, spesielt siden diagnosen Downs syndrom er forbundet med så mye moralitet og ulike meninger i samfunnet, som er tungt å bære alene. Det er ingen steder du kan henvende deg for støtte, ingen som har en historie som min som ligger ute på nett jeg kan trøste meg med. Jeg googlet meg grønn og blå mens jeg lå på senga i tre lange dager og gråt, helt ødelagt av sorg. Man vet ingenting – hvis jeg velger å få dette barnet, hvor velfungerende vil det være? Kan det være veldig sykt eller relativt velfungerende?

Modernisering av ultralydteknologi og (ikke-)invasive fosterdiagnostiske tester har muliggjort at svangerskapet blir satt på «vent» til man får negativt svar på testen, og svangerskapsritualiseringen kan fortsette (Gammeltoft & Wahlberg, 2018; Rapp, 1999; Rothman, 1986). Maria forteller om tiden mens hun ventet på svar på fostervannsprøven. Hun har selv erfaring fra helsevesenet og vet at det kan ta tid å få svar på testene. «Jeg rasjonaliserte at alt egentlig var bra. Jeg tenkte at tilbaketrunket hake er jo et trekk som går igjen på den ene siden av familien, det betyr ingenting. Alt gikk bra, liksom». Etter morkakeprøven får Ingrid telefon fra sykehuset som sier hun testet negativt for alle trisomiene. Hun får beskjed om at dette er svært oppløftende nyheter, og de skal bare ta et par utvidede tester som sjeldent pleier å vise noe. «Vi ble jo kjempeglade, begynte å glede oss til jul og turte å ønske oss gaver til barnet under treet», sier Ingrid. Både Maria og Ingrid ritualiserer svangerskapet i denne limbotiden. Noen dager senere får begge nedslående nyheter. Marias telefon ringer, med beskjeden «barnet har trisomi 13, og det er uforenlig med liv». Maria begynner å gråte når hun forteller meg om telefonsamtalen. Hikstende forteller hun at hun var i sjokk. Litt over 5 år senere husker hun hva som var på TV, hva hun og mannen Fredrik spiste til middag, og lukten i rommet da de fikk budskapet. Ingrid får en telefon med beskjeden om at fosteret i magen har en alvorlig delesjon på et kromosom som gjorde fosteret levedyktig, men uten mulighet til å gå og snakke. Både Maria og Ingrid tilbys videre genetisk veiledning.

Mitt inntrykk sammenfaller med Heinsens (2018) funn i Danmark; de fleste kvinner opplever ultralyd som en rutine, og fosterdiagnostikk som rutinemessig oppfølging i svangerskapsomsorgen – ikke et aktivt valg av moral, men heller ikke følelsen av tvang (s. 75, 78). Ingen av mine informanter fortalte eksplisitt at de ble *tilbudt* fosterdiagnostikk. Gammeltoft og Wahlberg (2018) peker på det forrige århundrets fokus på eugenikk³⁵, at fosterdiagnostikk i dag vektlegges som et individuelt valg, heller enn at det er et statlig ønske (s. 14). Denne idealiserte individualiseringen av «valg» fører med seg antatt verdinøytralitet i veiledningen som følger fosterdiagnostikken, slik at kvinnen, og eventuelt hennes partner, kan ta beslutningen om å beholde eller avbryte svangerskapet (Gammeltoft & Wahlberg, 2014, s. 204). Dette er en av flere beslutninger som må tas i løpet av svangerskapet, som Rapp (1999, 2011) omtaler som «forced choice». Kunnskapen som genetikeren formidler til kvinnen, gir henne muligheten til å ta en beslutning. Dette påvirker også ritualiseringen i resten av svangerskapet.

Slektskapsprosessen: Mellom nærhet og distanse

Slektskapsprosessen som skaper nærhet til fosteret, er en prosess gjennom svangerskapet. Ultralyden gir både distanse og nærhet fordi den visualiserer det nære, men også noe som kun er tilgjengelig med ultralydapparatet (Ravn, 2004; Risøy & Sirnes, 2015). Ifølge Ravn (2004) er det to grunner til at kvinner gjennomfører ultralyd; «Det ene incentivet er å få konstatert at fosteret er normalt, det andre incentivet er å få se det livet som lever inne i dem: Å få møte sitt eget barn» (s. 256). Ultralyd muliggjør møtet og kan knytte et sterkere bånd mellom den gravide kvinnen og fosteret. Forestillingene om å bli en familie blir visualisert, og er en del av ritualiseringen i svangerskapet (Ravn, 2004; Strathern, 1992a). Kvinnen har ritualisert, kanskje kjent fosteret sparke, og mange har allerede opplevd «morsfølelsen», at de er mødre – matrescence. Hva skjer med denne slektskapsprosessen når ultralyd og/eller fosterdiagnostikk bekrefter avvik på fosteret?

Schneider (1968) var en av de første antropologene som benyttet «blodslinjer» som analytisk term i sin studie av «kinship» i USA: «The blood relationship, as it is defined in American kinship, is formulated in concrete, biogenetic terms» (s. 23). Denne blodslinjen er substansen av egg og sperma (blodsbånd), og blodslinjen gjennom navlestrengen sikrer livsløpet mellom foster og gravid kvinne. Noen ganger, som for Nina, er det det eneste

³⁵ Genetisk veiledning har en trøblete historie (se Rapp, 1999).

som holdt fosteret «i live»: «Den babyen var så syk, og var egentlig bare i live fordi at han var inni magen min». Selv om slektskap gjennom blod er den «gamle» måten å forholde seg til slektskap på (Strathern, 1995), er blod «the defining metaphor of Norwegian discourse on descent and kin relatedness» (Howell, 2001, s. 207). Det er på mange måter knyttet til tanken om «eget barn» (Melhuus, 2012). Substans alene er ikke nok til å danne visjoner om slektskap, det må også konstrueres kulturelt i sosiale relasjoner.

I Stratherns (1992a, 1992b) forståelse av «kinship», eller slektskap, er det biologiske knyttet til det sosialt konstruerte³⁶. Det er forestilte framtider, basert på hva som har vært og hva som kan komme i et slektskapsnettverk. Den relasjonelle tilknytningen kan foregå gjennom hele svangerskapet (Ravn, 2004), og i reproduksjonsprosessen investerer «enkeltindivider og grupper ... emosjoner, kreativ energi og visjoner om fremtiden» (Carsten, Spilker, i Kristensen et al., 2016, s. 14). Disse relasjonskonstruksjonene styrkes etter hvert som man lærer fosteret i magen å kjenne. Aurora sier om denne tilknytningen over tid: «jo lenger du går, jo nærmere kommer du jo barnet. Så det hadde vært bedre om det hadde blitt funnet under ordinær ultralyd. Hadde det skjedd før hadde det vært ille, men også mindre ille».

Når ultralyd og fosterdiagnostikk avdekker avvik, opplever mange av mine informanter det jeg karakteriserer som «framtdsbrister». Den framtiden de hadde visualisert gjennom svangerskapet om en familie med et barn løpende rundt, blir med ett mørklagt. Julianne forteller om bunnløs sorg og uendelig kjærlighet da hun så sønnen sin sammenkrøpet og helt stille på ultralydskjermen, og hun skjønnte at «det her går ikke bra». Juliannes bruk av «min/vår sønn» og «min/vår William» vitner om sterk personifisering og individualisering, og styrker relasjonsbåndet (Strathern, 1992a, s. 19-20):

Jeg kan ikke gi dette livet til min William. Som hans mamma kan jeg ikke tillate at han skal gjennom flere lange operasjoner etter fødsel og bare ha vondt resten av livet, uten garanti for overlevelse, og Nicolai er enig. Vår sønn skal ikke ha det sånn. Han skal leve et liv med kjærlighet, han skal oppleve forelskelse og hjertesorg, få sin første jobb, betale skatt ... Helt basale ting. Nicolai skal kjøre han på fotballtrening og spille fotball med han i bakgården. Det får ikke vår familie.

³⁶ For en videre diskusjon av Schneider ([1968] 1980) og Strathern (1992a), se Smedal (2001).

Dualiteten mellom distanse og nærhet er kompleks, og avhengig av hverandre. Mange av mine informanter peker på at de får en viss distanse når avviket bekreftes, men de trenger også en nærhet for å føle på distanse. «[Distansen] kom da vi fikk svaret på den prøven, at han var syk», forteller Marthe. Christina følte aldri på noen distanse: «jeg kjente kun på nærhet – det ble meg og den babyen mot verden liksom». Distansen kom senere, fordi Christina ble tvunget til å føle på den, men egentlig ikke kjente på det. «Da ble nærheten nesten bare enda sterkere. Oss mot resten. Jeg tenkte sånn ... De skjønner det ikke, har ikke kjent det, de kjenner ikke deg».

Hanne kjenner på sterk nærhet til fosteret i magen når hun er over 22 uker på vei og får vite at fosteret ikke er levedyktig. Hun blir fortalt at hun må føde barnet. Når Hanne forteller historien, kommer dualiteten i nærhet/distanse fram. Selv om hun har båret på fosteret i over 22 uker, nekter Hanne å føde barnet. Å gjennomgå en fødsel er nærhetsskapende, og ved å gjennomgå keisersnitt i narkose, skapes det en distanse når det ikke er et levende foster som kommer ut, og hun slipper å forholde seg til det:

Jeg husker jeg sa ... «Ikke snakk om. Jeg skal bare ha keisersnitt, bare være i narkose, ikke vite noen ting også bare dra igjen». Men jeg er ganske glad for at jeg ikke gjorde det da ... Vi har jo grav og sånn, jeg hadde jo gått gravid i [mange] måneder.

Maria aktualiserer også forholdet mellom nærhet og distanse i en vanskelig tid. Det er tydelig at sorgen sitter sterkt i kroppen og minnet. Jeg spør om hun på et tidspunkt begynte å kjenne distanse til fosteret i magen, som hadde fått navnet Magnus. Maria tenker seg om mens hun snakker:

Nei ... Jeg tror jeg prøvde å distansere meg litt vekk fra situasjonen, blokke ut. Men jeg prøvde å gi han den tida han fikk i magen ... At den var bra. Jeg husker vi strøk på magen og sang og ...

Maria begynner å gråte, og vi tar en liten pause. «Sorry, jeg sov så dårlig i natt, herregud», sier Maria og ler litt av seg selv mens hun snufser. «Det går helt fint, ikke tenk på det ... Det er selvfølgelig naturlig at dette bringer fram følelser, du skal ikke unnskyld deg for

det. Ta en pause hvis du vil, dette skjer jo på dine premisser», svarer jeg. Maria puster forsiktig. Hun er tydelig rørt i stemmen, og med mange pauser fylt med gråt, forteller hun:

Vi prøvde å gjøre den siste tida ... Så god som mulig for han. Så vi gjorde som vi pleide. Jeg husker jeg synes det var så rart ... Når Fredrik skulle ta på magen, det synes jeg var så rart.

Avviksfunn fører til en kompleks dynamikk mellom nærhet og distanse. Nærheten symboliseres med at fosteret lever i kvinnen. Kvinnen har en relasjonell tilknytning til fosteret, som har blitt dyrket gjennom navngiving, spark og visualiseringer om framtiden. Mange føler seg allerede som mødre. Distansen kommer når tankene kommer om å avbryte svangerskapet grunnet avvikene. Det er et brudd i nøkkelscenarioets *forventninger* om hva et svangerskap bringer med seg; et nytt barn og familiemedlem. I skjæringspunktet mellom nærhet og distanse må kvinnene ta en beslutning.

Beslutningsprosessen: Mellom individualitet og kollektivism, nærhet og distanse

«Du har et valg ... Men du har ikke et valg» (Christina).

«Jeg føler ikke det var et aktivt valg. Det var en påtvunget hendelse, bare på grunn av omstendighetene» (Hilde).

Beslutningsprosessen fra mulig avviksfunn til endelig svar er tidssensitiv, emosjonelt krevende, og preget av flere beslutninger. For alle begynner prosessen med forhøyet risiko for avvik, men selve beslutningen om å avbryte svangerskapet blir tatt på ulike stadier. Selv om det er nemnda som i realiteten innvilger eller avslår søknaden om avbrudd, blir kvinnene, av legene de møter gjennom fosterdiagnostiske tester og genetisk veiledning, fortalt at «det er din beslutning». Den genetiske veiledningen opplever de fleste av mine informanter som en støtte i en vanskelig tid. Selve prosessen med å ta en beslutning domineres av motstridende følelser som veksler i harmoni – tvil, sorg, kjærlighet, usikkerhet og sårbarhet.

Ifølge Gammeltoft og Wahlberg (2014) kjennetegnes beslutningsprosessen ved svangerskapsavbrudd grunnet fostermisdannelser av *individualitet* i Europa og Nord-Amerika og *kollektivism* i andre deler av verden, spesifikt Sør- og Øst-Asia (s. 208).

Gammeltofts (2014) studie om abort i Vietnam viser at «collectivity of belonging» står sterkere enn «kvinnens frihet» i beslutningen. I Norge er vi kjente med uttrykket «min kropp, mitt valg». Mange forteller at de følte det var deres egen beslutning. Med bakgrunn i mitt empiriske datamateriale som følger, vil jeg vise at beslutningsprosessen ikke alltid er så idealisert individualisert som forespeilet.

Mange tar beslutningen mens de venter på svar på de fosterdiagnostiske testene. Kvinnene forteller om et håp «til det siste», at prøvene er falske positive, og at svangerskapet er normalt. Fosterdiagnostiske tester gir et svar med to streker under, men man kan ikke alltid se *hvor* sykt fosteret er, avhengig av diagnosen (Rapp, 1999). Framtidsbristene fremtvinger en beslutningsprosess når fosteret er sykt.

I tiden mens kvinnene venter på svar på hva slags avvik fosteret eventuelt har, gjør mange seg opp tanker og scenarioer, og mulige utfall, avhengig av testresultatet. Usikkerhet preger denne limbotiden, fordi man vil vite fosteret tilstand før man tar en beslutning.³⁷³⁸ Man setter svangerskapet «på vent», i Rothmans (1986) forståelse, som Nina forklarer. Hun og mannen bestemte seg for ulike scenarioer mens de ventet på morkakeprøvesvaret. Da de da fikk beskjeden, så de på hverandre fordi de begge visste hva den andre tenkte. De skulle avslutte svangerskapet. «Hadde det vært Downs syndrom hadde vi ikke tatt abort, men vi ble enige om at hvis det ikke var noe håp, så skulle vi avslutte». Det at Nina trekker fram Downs syndrom som en diagnose de hadde «akseptert» er interessant. Flere som var gravide med foster som ble betegnet som «ikke levedyktig», ytret også at de ville fortsatt svangerskapet om diagnosen ga en viss sjanse for levedyktighet. «Altså, selvfølgelig, med en kromosomfeil, så hadde jeg absolutt født barnet, uten tvil», forteller Hilde. Kvinner som bar på foster med Downs syndrom forteller at de skulle ønske fosteret hadde en annen diagnose. Hege forteller at hun opplever diskusjonen rundt mennesker med Downs syndrom som så skjør, at det vanskeliggjør å snakke om senaborten med andre. På den måten tror hun det hadde vært «lettere» om fosteret hadde hatt en annen diagnose. Marthe gråter mens hun forteller «[mens vi ventet på svaret fra morkakeprøven], så gikk jeg og tenkte sånn at jeg håper det ... Er en av de [genfeilene] som bare ikke er forenlige med liv. Så man slipper å ta valget». Marthe har selv erfaring fra helsevesenet, og har jobbet med

³⁷ Ikke bare ønsker den gravide kvinnen å vite diagnosen, diagnosen må også være satt for at nemnda skal kunne innvilge svangerskapsavbruddet etter abortlovens §2.3c.

³⁸ Det er ikke alltid fosterdiagnostiske tester påviser alvorlige avvik. Svangerskapet fortsetter da som «normalt».

barn med Downs syndrom. Hun visste at det er mer «beslutningsrom» med trisomi 21, enn andre trisomier og andre alvorlige avvik. Et svangerskap med et foster med trisomi 21 er preget av større risiko for tidlig fødsel eller dødfødsel, og det kan være flere komplikasjoner ved fødsel og tiden etterpå (Brock et al., 2021). Spillerommet for «beslutning» ses på som individuelt for kvinnen, og som større når fosteret *kan* overleve, selv om det ikke er noen garantier for det.

Kvinner vekter elementer ulikt i deres beslutningsprosess. Kvinnene som har barn fra før av har en annen beslutningsprosess når avviket blir oppdaget. «Jeg må tenke på guttene mine, hvordan påvirker det dem å få et sykt søsken?» forteller Anniken. Å ha barn fra før av var med på å forme beslutningen, som Elisabeth skisserer som kontant, men vanskelig:

Da [vi fikk svaret] tenkte jeg jo med en gang på mine barn som jeg allerede har. Og tenkte at ... Dette fikser jeg ikke. Var ganske rask til å tenke at dette vil jeg avbryte, uten at det var lett. Valget blir jo tatt på vegne av flere mennesker ... Så ja, det gjør at jeg tenker at jeg ... At vi nok har gjort livet lettere for alle, mindre smerte.

Det å tenke på de barna man allerede har når man tar en beslutning sammenfaller også med Rapps (1999) funn om førstegangsgravides beslutningsprosess sammenlignet med kvinner som allerede har barn:

Childless women tended to fantasize perfect babies; their loss included the loss of an imaginary experience of new motherhood. They thus mourned the loss of a romantic motherhood, along with the specific pregnancy. Women who had children were less romantic in imagining life with the child who would have resulted from the diagnosed pregnancy; they already knew the burdens of caring for perfectly ordinary, healthy offspring. (s. 246)

For Anniken, Elisabeth, og de andre kvinnene med barn, preger kollektivismen, kjærlighet og «mine andre barn» beslutningen. Er det egentlig så ulikt beslutningsprosessen i Vietnam (Gammeltoft, 2014)?

Det ligger en dimensjon av nærhet og distanse i beslutningsprosessen. Mange poengterer en nærhet i barmhjertighet og hva man tåler for sitt eget barn av smerte, men også en

nødvendig distanse for å *kunne* treffe beslutningen om å avslutte. For flere foregår fortsatt ritualiseringen som om svangerskapet er normalt på noen måter, når det ikke er det overhodet. Både Elisabeth og Marthe avstod aktivt fra alkohol etter avviket var oppdaget, gjennom beslutningsprosessen og fram til møtet med nemnda. Elisabeth blir stille når jeg spør om hun distanserte seg fra fosteret etter hun hadde tatt beslutningen. Stemmen brister mens hun snakker, og Elisabeth begynner å gråte:

Jeg levde som jeg var gravid på en måte, det gjorde jeg jo ... Viste omsorg, drakk ikke vin ... Distanserte meg samtidig. Husker jeg sa til nemnda dette med verdighet og liksom ... Man skal være mamma helt til det siste.

Denne verdigheten er noe Marthe også vektlegger. Svangerskapet skulle avsluttes etter julefeiringen. Det ble en annerledes jul, og selv om beslutningen var tatt, drakk hun ikke vin til julemiddagen: «Jeg forholdt meg jo som jeg var gravid, selv om jeg visste jeg skulle avslutte».

Den kroppslige nærheten gjorde at Maria og Fredrik ritualiserte svangerskapet også i beslutningsprosessen; de fortsatte å synge til og stryke på magen. At Magnus bevegde på seg vitnet om at han fortsatt var der inne, og vanskeliggjorde en fullstendig distansering.

Alle mine informanter som stod i denne prosessen hadde en partner på dette tidspunktet. Min oppfatning er at mange tok beslutningen *sammen*; kvinnen tok beslutningen med støtte fra partneren. De er to om beslutningen, med støtte fra familie og venner, som synes synd på paret som har gått fra stor glede til stor sorg, og er tvunget til å ta en beslutning. Noen vektlegger følelsen av matrescence når de tar beslutningen, som Julianne da hun så William på ultralydskjermen, og Elisabeth som tenker på sine andre barn. Det er en beslutning av barmhjertighet og nærhet, for å hindre smerte og lidelse, med et fokus på et godt liv. Moralitet, om riktig eller feil valg, er ikke en del av det (Heinsen, 2018, s. 80-1). Både Rapp (1999) og Gammeltoft (2014) kritiserer at systemet legger opp til en individualisering av beslutningen som må tas av kvinnen og hennes eventuelle partner; både på grunn av illusjonen om nøytral rådgivning, men også illusjonen om et reelt beslutningsrom.

Avsluttende bemerkninger

Tiden fra man ritualiserer svangerskapet som normalt, til avvik blir avdekket og beslutningen om å møte i nemnd blir tatt, er preget av mye usikkerhet. Det skjer et brudd i svangerskapet, og nøkkelscenarioet brytes. For mange er morsfølelsen vekket gjennom ritualiseringsprosessen og nærhetsskapende øyeblikk; spark, navngiving og forestilte framtider. Beslutningen om å avslutte svangerskapet, som ofte føles som et tvunget valg, tar kvinnen av hensyn til seg selv (og eventuelt andre familiemedlemmer), men også av barmhjertighet for at ikke fosteret skal føle smerte utover i svangerskapet, og ved fødsel hvis hun går gravid til termin. For flere handler dette om *morskjærlighet*. Det er derfor en forståelse av at matrescence ikke nødvendigvis starter i øyeblikket et foster blir født, men gjennom ritualisering i svangerskapet.

Beslutningen om å møte nemnda er tatt – kvinnen er informert etter møter med legespesialister i pediatri og genetikk. For mange av mine informanter føles beslutningen endelig. Noen preges av at samtalene med leger, genetisk veiledning og tid til å trekke seg tilbake for å ta en beslutning er «nok». Flere av mine informanter forteller at de får sjokk når de får beskjed om å møte nemnda. Nemnda blir et punkt i ritualiseringen der det bestemmes om den gravide kvinnen, uavhengig av nemndsårsak, *kan* avbryte svangerskapet eller ikke. Hvordan det oppleves for kvinner undersøkes i neste kapittel.

Kapittel 4

En lang prosess over kort tid: Fra nemnd til fødsel

Kapittel 3 la det teoretiske grunnlaget for ritualisering. Å møte nemnda blir der hvor ritualiseringen stopper, blir satt på pause eller starter, avhengig av grunnen til at kvinnen søker om avbrudd i nemnda, og om nemndene innvilger eller avslår kvinnens søknad. Dette kapitlet fokuserer på hvordan kvinnene opplever prosessen fra de har bestemt seg for å avslutte svangerskapet, møter i nemnd, og fram til fødsel.

Først vil tiden fra beslutningen er tatt til kvinnen møter med nemnda redegjøres for. Det er tidssensitivt å møte i nemnd, spesielt grunnet abortlovens rammer for innvilgelse etter 17+6 og 21+6. Det preger kvinnene. For kvinnene som er ønskede gravide går de mot slutten av et ritualisert svangerskap. For kvinnene som er uønskede gravide er beslutningen allerede tatt, men de tror ofte de ikke er så langt på vei at de må møte i nemnd. På kort tid gjennomgår de medisinske undersøkelser og møter med helsepersonell som sykepleier og sosionom, før nemndsmøtet finner sted.

Deretter vil jeg gå i dybden av hvordan det oppleves å møte i abortnemnd. I dette delkapittelet fortelles historiene etter den generelle følelsen kvinnene sitter igjen med i forbindelse med nemndsmøtet; «å måtte møte en domstol» eller «å få støtte i et ensomt valg». Her kommer også dimensjoner av kunnskap/makt, individualitet/kollektivitet og håp/tvil frem. Dette kapitlet viser hvordan nemndas tanker om utforming og praksis, som skissert i kapittel 2, ikke alltid stemmer overens med kvinnenes opplevelser. Noen få kvinner får avslag i primærnemnda og må møte i klagenemnd. For dem blir klagenemnda et håp, men den skaper også tvil blant noen. Når nemnda har innvilget kvinnens søknad om svangerskapsavbrudd skal hun få en pille med virkestoffet mifepriston, som avslutter fosterets livslinjer og er starten på fødselen. Etter 24-48 timer legges kvinnen inn for å «kvittere» fosteret. Mange er uforberedt på at det er en fødsel.

Fra beslutning til nemnd: Framtidsbrister, forberedelser og forventninger

Selv om det er ulike grunner til at kvinnene møter i nemnd, er noen aspekter felles. Når de blir konfrontert med en uønsket graviditet, eller at fosteret i et ønsket svangerskap er alvorlig sykt, opplever kvinnene «framtidsbrister». Det ligger også forventninger og forberedelser før nemndsmøtet.

Ønskede

Limbotiden fortsetter etter beslutningen er tatt, og fram til kvinnen skal møte i nemnd. Beskjeden om å møte i nemnd oppleves som sjokkerende for flere. Spesielt Nina og Hanne skisserer at dette er et brudd med forventningene – «jeg har bestemt meg, er ikke det nok?» Nina husker sin reaksjon godt, selv om det er nesten 20 år siden. Hun forteller mens hun ler sarkastisk og tenker på sjokktilstanden hun var i:

«Men jeg *har* jo tatt en avgjørelse! Kan jeg bli *nekta*? Kan jeg bli tvunget til det?» Husker jeg spurte «kan jeg bli tvunget til å bære barnet helt til termin?» Da sa overlegen at det tror jeg ikke du skal være bekymra for, det er en formalitet du må gjennom. Vi hadde tatt valget, kjent på lettelse. *Sjokket* var å måtte møte i nemnd. Det er jo nesten så du ser for deg at du er på et sånn slags maratonløp. Også tror du at du akkurat har liksom, nå er jeg straks i mål, også får du beskjed om at, nei, du skal løpe en mil til. Litt den ... Følelsen der da, som ingen har fortalt om på forhånd.

Å måtte møte nemnda er et sjokk, og nemnda blir ikke presentert som formalitet for alle. Hannes lege er ikke sikker på at det er en ren formalitet hun skal gjennom. Hanne er over 22 uker på vei, og tar kontant beslutningen når hun blir forespeilet hva som kan skje – dødfødsel i svangerskapet eller dødsfall under fødsel ved termin:

Jeg husker veldig godt hva legen min sa. «Hvis du vil avslutte nå så må du i en nemnd og du må forberede deg på at du ikke får den godkjent i første runde og at du må inn en runde nummer to, og da ville jeg kontaktet advokat for å få gjennomslag». Jeg ble sjokkert ... Jeg satt der, gravid med et barn som ikke kommer til å overleve mer enn maks [et] par timer, altså mest sannsynlig DØ under fødselen, og jeg får ikke godkjent nemnd første gang?! Det var jo fordi jeg var over [22] uker på vei da det skjedde ... Men vi bestemte oss for det da.

Denne «informasjonsflyten» - å få informasjon om hva som skjer fremover basert på ulike scenarioer, ser jeg at mangler for flere av informantene. «Den må styrkes», sier Hege. «Det er så mange komplekse veiskiller og problemstillinger man går gjennom, som man med fordel kunne hatt mer informasjon om». Hilde savnet informasjon om hva kroppen skal gjennom, om du ønsker å se fosteret, obduksjon og gravplass. At avbruddet etter uke 12 er

som en fødsel får mange ikke vite før de har vært i nemnda, eller like etterpå. Nemnda blir presentert som en formalitet, som ikke nødvendigvis er det. Forventningen til nemnd er ofte at det skal være som et forhør, og at de må være presentable for å bli tatt på alvor. Aurora peker ut ironien i at hun valgte sitt «peneste» antrekk for å møte i nemnd: «Jeg prøver å pynte meg så de kan ta meg mer på alvor så barnet mitt kan dø. Det er jo veldig trist. Både jeg og ungen min er syk».

Uønskede

For kvinner som er uønskede gravide er veien til nemnd annerledes enn kvinner som er ønskede gravide. Graviditeten er uønsket, og beslutningen tas raskt. Det handler blant annet om livssituasjon og forholdet til eventuell barnefar. Jeg møter Karine på en kafé i byen hun er født og oppvokst i. Mens vi spiser gnocchi og kyllingsalat, forteller Karine om hvordan hennes nemndsopplevelse startet. Karine har et barn fra et tidligere forhold, når hun mistenker at hun er gravid igjen med ny partner. De er ikke på et godt sted, og forholdet tar slutt noen måneder etter avbruddet. Hun ble fort alene med ansvaret da hun ble mamma for 15 år siden, og det er hennes første tanke når hun tar testen som bekrefter at hun er gravid på ny:

Jeg visste jo fra før jeg tok testen at det her ikke ... Det kunne ikke skje, så hadde det skjedd. Jeg visste det mennesket jeg har blitt gravid med er knapt nok i stand til å ta vare på seg selv. Da betyr det at ... Ja, da må *jeg* stå for ansvaret igjen. Så da bestilte jeg meg en legetime og sa allerede da ... Jeg er gravid, men jeg kan ikke og vil ikke være det.

Flere husker det som en akutt beslutning om å avbryte når de finner ut av svangerskapet. Både Ada og Camilla gikk på prevensjon, og mistenkte på et tidspunkt at de var gravide. Graviditetstestene var negative. De fikk begge forklaring fra hver sin lege om hvorfor de kunne oppleve graviditetssymptomer. Etter negative tester, levde begge livene sine som normalt med symptomfrie svangerskap, før de fikk mistanke igjen. Da var begge i uke 17, og grensen på 17+6 nærmer seg. Ada ringte til lokalsykehuset og bestilte time til abort, før familie, venner og kjæreste fikk vite noen ting. Hun trodde hun var rundt 11 uker på vei.

På sykehuset blir det gjennomført tester for å fastsette hvor langt kvinnene er på vei. Alexandra forteller at hun ikke har visst om graviditeten i 48 timer engang når hun gjennomgår medisinske undersøkelser:

Jeg satt halvnaken, med spredte ben ... Og så at hun legen skrev på skjermen at fosteret var friskt og levedyktig og ... Jeg husker jeg begynte å hyyylgråte da de gjorde undersøkelsen. Jeg var fryktelig lei meg og følte meg veldig alene og sårbar. Jeg måtte jo også forberede meg på å få nei siden jeg var så nærme 18 uker.

Alexandra forteller at hun var redd for å se på magen sin etter at hun fant ut av graviditeten: «Jeg visste at det å ha en ‘baby bump’ er et psykologisk fenomen, og jeg hadde ikke mage på det tidspunktet, men skjønnte den ville komme». Dette er, for de som er ønsket gravide, et viktig steg i ritualiseringsprosessen. På samme måte ber hun legen som gjennomfører undersøkelsen svare «nei» på spørsmålet om hun kan kjenne barnet sparke i uke 17, fordi hun var redd for å kjenne liv. «Jeg var veldig opptatt av at jeg orket ikke forholde meg til ord som foster eller svangerskap eller graviditet. Jeg var sånn ‘dette er en situasjon’». Alexandra ønsker ikke å gjennomføre svangerskapet, og ønsker derfor ikke å ritualisere prosessen. Det er distanseskapende.

Kvinner som søker om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke grunnet ikke-medisinske årsaker, har rett på samtale med kyndig helsepersonell for å kartlegge situasjonen kvinnen står i, og eventuelle hjelpetiltak som kan tilbys (Abortforskriften, 2001, §2).³⁹ For kvinnene er dette en del av nemndssituasjonen – de vet at de snart skal møte to leger, men dette oppleves som en del av nemnda. Jeg ønsker her å trekke fram Ortner (1972) argument om at kvinner likestilles med naturen – og forestillingen om at morskap er en forlengelse av det å være kvinne (Luker, 1984). Mine informanter som møtte i nemnd av ikke-medisinske årsaker forteller om å bli møtt av et system som har morskap som ønske – forståelsen av matrescence – som utgangspunkt for nemndsbehandling.

Karine ble aldri møtt av en sosionom eller annet helsepersonell, og hun turte ikke be om det heller. «Jeg skammet meg for å spørre, og være til bry. Jeg hadde jo fått meg selv i

³⁹ Ofte spesialistsykepleier eller sosionom. Kvinner kan også oppsøke andre rådgivningstjenester, som Amatea. De er ikke tilknyttet sykehuset.

denne situasjonen», forteller hun. Det er fastlegen hennes som reagerer positivt på graviditetsnyheten. «Han synes det var hyggelig at jeg var gravid igjen og ønsket at jeg skulle beholde – at det var så hyggelig med en attpåklatt. Han skjønnte ikke at det ikke var hyggelig i *min* situasjon, jeg hadde jo allerede bestemt meg».

Adas møte med sykepleier før nemndsmøtet gjør henne usikker – ikke på sin egen beslutning, men på selve situasjonen. «Hvorfor ikke, du er godt utdannet og har kjæreste og så videre, ble jeg fortalt. Men jeg ville ikke ha dette fosteret i livet mitt». I samme vending forteller Alexandra om møtet med psykologen helgen før hun skulle møte nemnda:

Det handlet veldig lite om hvorvidt jeg *ville* bli mor, det handlet om hvorvidt jeg var *i stand til* å bli mor. Midt oppi det hele blir jeg bare rasende på henne, uten at jeg helt turte å vise det. Jeg vil jo ha barn en gang, jeg er glad i barn og er en moderlig, omsorgsfull person. Men jeg turte ikke si det til henne. «Faen heller, det handler ikke om hvorvidt jeg kan, men jeg vil virkelig IKKE». Jeg ble helt hysterisk på et tidspunkt ... Jeg skrek at jeg ikke ville, og det var veldig ubehagelig. At det handlet om om jeg kunne, ikke ville. Og at jeg ikke skulle ha det valget selv på en måte ... Fordi «når du er så godt i gang, kan du like gjerne bare gjøre det her», liksom. Det var helt jævlig, jeg hyyylte husker jeg.

Det er min forståelse at helsepersonell forsøker å møte kvinnene der de er i disse situasjonene, som nemndsmedlemmene forteller i kapittel 2. Likevel skaper dette møtet usikkerhet for noen av de abortsøkende kvinnene, og de begynner på et vis å tvile når beslutningen er tatt. De føler det ikke er rom for å fortelle sosionomen, sykepleieren eller psykologen alt så tydelig som man ønsker. Man er redd og lei seg, men må være ydmyk og forsiktig fordi man ikke vet hvem i prosessen «som kan si noe videre til legene i nemnda». Hvem er og gjør hva i prosessen? Det blir et misforhold mellom systemet og kvinnene som møter det. Det ligger mye makt i denne informasjonsflyten, men også makt i fraværet av den. Informasjonsflytens rute informeres ikke godt nok om, og omhandler å få innsikt i egen situasjon for kvinnene– og kunnskap og makt i Foucaults forståelse. For hvem får kunnskap og makt i denne utvekslingen, når kvinnene føler de må utbrodere om sine liv?

Etter første møtet med sykehuset tar det et par dager før kvinnene møter i nemnd, uavhengig av årsak, og noen må vente til over helgen hvis undersøkelsene blir gjennomført mot ukeslutt. Kvinner med uønskede svangerskap opplever en slags limbotid i påvente av nemndsmøtet. De er nylige bevisste på sin status som gravid, men verken vedkjenner eller ritualiserer prosessen. Alexandras frykt for babymagen blir reell når hun bruker hele helgen under dyna, og plutselig ser magen stå rett ut til siden: «Jeg bare la dyna oppå igjen og fortsatte å se på TV, ville ikke vedkjenne meg den». Ada forteller at helgen før møtet i nemnda var preget av blandede følelser, og en frykt for å få nei. Hun ville ikke spise, for å unngå å gi næring til fosteret. Helgen ble brukt til å se på alternativer til avbrudd utenlands. «Hvis jeg ikke hadde fått godkjent av nemnda så hadde jeg funnet en klinikk i Spania», forteller Ada. Dette spiller igjen på individualiteten i en beslutning som blir tatt for gitt – og en desperasjon for å kunne bestemme selv hvis man ikke «får lov» av nemnda. En del av dette følelseslivet er fordi nemnda ikke blir presentert som en formalitet, men et sted der de må utbrodere om livssituasjonen og forsvare ønsket om svangerskapsavbrudd.

Å finne ut om en uønsket graviditet, gjennomgå nemndsbehandling og eventuelt få «nei» er en annen type «framtidsbrist», som vist til i forrige kapittel. Alle informantene mine illustrerte hvordan de så for seg å få avslag: «bo hjemme i kjelleren til foreldrene mine», «måtte slutte på studiet», «livet mitt er over», «aldri få den jobben jeg vil», «flytte til pappa på landet og bli gårdskjerring og alenemor». Ada forteller om hennes første tanker da hun innså at hun kunne få nei i nemnda: «jeg var sånn jeg vil heller dø og ta livet av meg liksom enn å få dette jævla barnet». Det er motforestillinger til morskap; graviditeten er et problem og abort er løsningen.

Fosterreduksjon

Når jeg intervjuer Linda, er hun gravid på nytt – også denne gangen med trillinger. For over 10 år siden møtte hun i nemnd tre ganger for å redusere fra tre til to fostre. Om noen uker skal hun møte i nemnd igjen. «Det er enkel logistikk og økonomi, større hus og bil – man er to foreldre med til sammen fire armer, med andre barn, det går ikke an med flere barn i hverdagen», sier hun. Det var en relativt enkel beslutningsprosess for over 10 år siden, og også denne gangen, men Lindas tidligere nemndsopplevelser satte en støkk i henne. I løpet av intervjuet på 2,5 time, nevner Linda fem ganger at hun er redd for å få nei. Hun tror ikke hun kommer til å få det, men er preget av tidligere erfaringer og har en viss forventning til avslaget.

«Jeg håper jeg kan få gjennomgått inngrepet⁴⁰ før jeg kjenner liv, det er noe ubehagelig med det, å kjenne liv og så ikke gjøre det». Hun smiler forsiktig. «Sånn, oi var det deg som var der ... Det vil jeg slippe». Linda setter ritualiseringen på hold til inngrepet er utført og hun har et svangerskap med «kun» to foster. Lindas svangerskap blir «tentative» (Rothman, 1986), for det er heller ikke gitt at de to gjenværende fostrene overlever reduksjonen.

Til sammenligning ønsker ikke Alexandra å ritualisere – hun vil abortere. Kvinnene som er ønskede gravide, ritualiserer og knytter seg til fosteret, fram til bruddet av et forventet svangerskap skaper en framtidsbrist. Begrepsbruken til både Alexandra og Linda skaper en større distanse i ritualiseringen de ikke ønsker at skal skje, sammenlignet med Juliannes begrepsbruk, som snakker om *William*, og ikke et foster. Nemnda skal nå bestemme utfallet av kvinnenens søknad om avbrudd.

«Å møte en domstol» versus «et ensomt valg»: Kvinnen møter nemnda

«Det hadde vært fantastisk magisk og utopisk om du klarte å generalisere ... Opplevelsen av abort, abortnemnd, dødfødsel ... Det er jo like individuelt som antall mennesker som går gjennom det» (Julianne).

Det er umulig å generalisere 19 kvinners abortnemndsopplevelse. Likevel, gjennom intervjuene var det to «poler» som kom fram i fortellingene om opplevelsen av selve nemndsmøtet. Majoriteten fortalte at det opplevdes som å måtte stå skolerett foran en domstol som skulle innvilge eller nekte abort, og en minoritet fortalte om følelsen av å slippe å stå i *valget* alene. Mine informanter brukte ordet valg, og ikke beslutning. Dette delkapittelet vil derfor utforske disse to ulike situasjonene, i kontekst av mitt empiriske materiale. Innvevd i disse historiene er elementer som maktbalanse, og spenningen mellom individualitet og kollektivism, håp og tvil. Jeg oppfatter at disse to ulike oppfattelsene oppstår uavhengig av nemndsårsak, men heller har med livssituasjon, personlighet og kjemi med nemndsmedlemmene å gjøre. Det er derfor også et delkapittel som er i samtale med kapittel 2.

⁴⁰ Først blir fostrene kartlagt med ultralyd. Reduksjonen blir kun gjennomført ved St. Olavs hospital, vanligvis mellom uke 12-14, ved at kaliumklorid injiseres i hjertet til et eller flere foster. Legene bestemmer hvilke(t) foster som blir injisert. Inngrepet er forbundet med 5-10% risiko for spontanabort (St. Olavs hospital, 2020).

For de færreste kvinnene med uønskede graviditeter, og ingen av mine informanter, blir abortnemnda presentert som en formalitet. Dette hierarkiet av «typer nemnd», som presentert i kapittel 2, kan medføre at uønskede gravide føler på mer skyld og skam i nemndsprosessen. De må fortelle mer detaljert om livssituasjon og forløpet til graviditeten. For de aller fleste som søker om svangerskapsavbrudd etter uke 12 grunnet avvik, er det å møte i nemnda presentert som en formalitet av genetikere og leger. Nemnda må bare «sette signaturen på papiret», slik at fødselen offisielt kan igangsettes. Ingrid opplevde nemnda som en formalitet, og tenkte det var et unødvendig møte. «Det er en ‘waste of time and resources’. Mens jeg satt i nemnda ble legen kalt inn for å bistå ved en tvillingfødsel, men hun måtte høre vår sak først», som Ingrid sier. Videre forteller Ingrid med et humoristisk drag i stemmen at hun forventet ei nemnd med dommere og kappe, men kom inn på «et bittelite bøttekott med to stoler, et bord, en datamaskin og en lege med 1000 baller i luften».

«Å møte en domstol»

Mange ord er brukt om opplevelsen av å møte i nemnd; «overgrep», «miste kontroll over egen kropp», «gå opp i eksamen i senabort» og «tortur» er ord som går igjen. For Maria følte det som et overgrep å miste kontrollen over egen kropp i en presset situasjon. Da hun og Fredrik møtte primærnemnda, var allerede vedtaket signert i en lukket konvolutten. Legene kom inn igjen etter å ha diskutert på gangen, og forteller at Maria har fått avslag. «Jeg ble helt paff ... Skjønnte ingenting. Jeg husker jeg spurte ‘mener dere jeg skal gå og kjenne etter om han lever eller er død, hver eneste time, hvert eneste minutt, skal jeg kjenne etter ... okei er han død nå?’» Maria begynner å gråte mens hun forteller. Hun tørker vekk tårene, snufser og fortsetter. «’Ja’, var det jeg fikk som svar, og jeg skjønnte ingenting». Nemnda er satt til å høre hennes sak, men den er allerede bestemt, som for Maria oppleves som et overgrep.

Å møte i nemnd gir for mange av kvinnene *illusjonen* om at de har et reelt valg. Hanne forteller om hennes møte med nemnda et par dager etter at avviket er funnet. Hun beskrev det som å måtte stå skolerett overfor en beslutning hun ikke ville ta:

Det var to damer. Hun ene var veldig hyggelig. De stilte mange spørsmål, og liksom ... Man sitter jo med en følelse av at hvis det var sånn ... Har legene tatt feil,

hva hvis barnet kan overleve? Altså, det er sånn 40 000 ulike scenarioer i hodet. Og de stiller spørsmål. Det var et som jeg synes var unødvendig. «Ja, men hvis dere hadde fått et multihandicappet barn, hadde dere taklet det?» Jeg svarte jo «ja, vi er jo økonomisk sterke nok, men hadde ikke klart det psykisk». Etter jeg har sagt det så sier hun andre sånn «men det er ikke det det dreier seg om nå, nå dreier det seg om et foster som ikke er levedyktig utenfor livmoren». Det er tungt, når du har gått til det skrittet at du sitter der med et barn som du ønsker, så får du den i fleisen. Da begynner man å tvile, ikke sant. Kunne barnet overlevd?

Hanne forteller videre at hennes opplevelse av å møte i nemnda hadde vært annerledes uten den *ene* kommentaren. Den gir illusjonen av beslutningsrom, som flere av mine informanter forteller om: «gjør jeg det riktige nå?» Flere leger har sett på fosterets tilstand før to nye leger skal møtes. «Jeg må degradere meg selv for å få innvilgelse, jeg må liksom forsvare et valg jeg ikke vil ta», som Hanne sier. Hun er i en stresset situasjon da hun i tillegg til beskjeden om et dødssykt foster, har fått beskjed i forkant av primærnemndsmøtet at hun må forberede seg på avslag og en ny runde, som igjen genererer tvil rundt fosterets tilstand.

Illusjonen om *valg* vitner også om et valg man ikke ønsker å ha eller ta. Christina husker sitt abortnemndsmøte som en lang venteprosess, og et tankekaos. «Jeg håpte de skjønnte at jeg ikke hadde noe *valg*. Jeg hadde ikke et valg, men når jeg kom til nemnden så opplevdes det igjen som et valg. Jeg måtte stå opp for det jeg egentlig ikke vil stå opp for og forsvare». Hun forteller at hun i møtet er usikker – «hva vet [nemndsmedlemmene] om fosterets tilstand? Eller er det det jeg sier nå som er avgjørende?» Christina opplever det som noen som kun skal ha innsyn, ikke gi omsorg eller støtte. Hvordan nemnda skaper usikkerhet er sentral for mange av kvinnene jeg snakker med, og knyttes til dikotomien makt/kunnskap. Kvinnene er bevisste på at det er legene som har siste ordet, som kan si ja eller nei. Dette tenker Aurora på når hun skal møte nemnda. Hun skisserer møtet som «å legge fram et innlegg foran aktor om hvorfor barnet mitt skal dø». Aurora forteller om et ønske om å bli hørt, sett og vist omtanke for. Hun uttrykker at man trenger noen å snakke med i en umulig situasjon, og at nemndens domstolfølelse vanskeliggjør dette: «Jeg følte jeg ikke kunne gi etter en millimeter ved å spørre hva mulighetene er ... Følte de ville tenke sånn 'yes!' fordi de har bestemt seg for at jeg ikke skal få det og jeg vil ha det».

Kvinnene som begjærer svangerskapsavbrudd grunnet medisinske årsaker, har fått veiledning og truffet beslutningen om å møte i nemnd. Ada, som er uønsket gravid, har hatt samtaler med gynekolog, sosionom og sykepleier, og føler hun har truffet riktig beslutning uten nemnda. Ada beskriver at hun var stresset da hun kom på sykehuset etter en helg med ufrivillig «obligatorisk refleksjonstid»⁴¹:

De var veldig raske til å si at jeg fikk det innvilget, hadde med piller og sånn. Men de måtte snakke med meg og høre om jeg hadde endret oppfatning i løpet av helgen. Så det ble lagt opp til meg, og jeg var rask til å si takk og at jeg ikke hadde endret mening, men at dette virkelig var en lettelse for meg.

Selv om nemnda raskt innfridde Adas ønske om svangerskapsavbrudd, og rammet det inn i en kollektivistisk kontekst, opplevdes prosessen som en ekstra påkjenning. Jeg spør om Ada synes det var hennes valg. Ada smiler forsiktig, ler kort og svarer kontant: «nei, absolutt ikke. Det var mitt valg i form av at jeg hadde bedt om det. Men det var de som bestemte det». Hun skisserer en «dommedagsfølelse» av å møte i nemnd: «Det er en veldig makt-hierarki-situasjon, hvor du kommer bedende inn og ber om ‘vær så snill, hør på mine argumenter’, så skal to høytstående mennesker avgjøre om jeg har argumentert godt nok». Adas tanker faller med ett på de som ikke er like taleføre, har et annet morsmål, er bedre på å uttrykke seg skriftlig og lignende, og hun kjenner på privilegiet av å oppfattes som «reflektert». Hun kjente, i likhet med Aurora, på at hun ikke kunne stille noen spørsmål som tydet i retning av *tvil*, fordi hun ikke kan gi inntrykk av at hun «gir etter», som igjen bygger opp under forestillingen om nemndas makt.

I dimensjonen makt/kunnskap ligger også en inkludering av kvinnen i beslutningen – om den er kollektivistisk eller individualistisk. Dette er noe Julianne trekker frem. Hun ventet på nemnda i flere dager grunnet ferieavvikling, og hun opplevde at nemnda gikk fra å ha en statistrolle i hennes sorg, til å ta hovedrollen. Etter at legene har stilt henne to spørsmål, går de ut på gangen for å diskutere saken hennes. Det synes ikke Julianne noe om. «Det er dehumaniserende når det er meg og mitt barn det angår!» De kom inn 30 sekunder etterpå og innvilget avbruddet. Her tydeliggjøres maktforholdet mellom Julianne som gravid kvinne og pasient, og legene med mulighet til å avslå hennes søknad. Karines opplevelse

⁴¹ Tanken om at kvinner må vente i et par dager og reflektere over beslutningen om svangerskapsavbrudd, fra de får informasjon om aborten til den gjennomføres.

med nemnd skisserer makt/kunnskap tydelig. «Det var ikke en veldig hyggelig eller informativ opplevelse når man allerede er i en sårbar situasjon», erindrer hun. Videre forteller Karine:

Jeg sitter på venterommet og blir ropt inn. Da kommer det en dame i full fart. Det stresset meg at hun hadde dårlig tid. Jeg var full av gråt og stemmen bar ikke ... Jeg opplevde begge damene som litt strenge og på et vis utilgjengelige, da. De hadde jo autoritet, leger i frakk og godt voksne damer. De ba meg forklare hvorfor jeg ønsket senabort, «så skal vi si om du får det eller ikke», sa de. Det synes jeg jo var vondt og vanskelig ... På dag fire fortelle den samme historien til fremmede mennesker. Så forklarte jeg om datteren min, at vi hadde vært alene og om hennes atferdsforstyrrelse. «Det er ikke grunn nok», husker jeg de sa. Så fortalte jeg om forholdet, at det var vanskelig. At det ikke vil bli et godt liv. Så ble jeg sendt på gangen for å vente, og jeg var livredd for et nei. De innvilget, men min opplevelse var at det var en streng, kjip tone. Jeg skulle ønske jeg ble møtt med forståelse, selv om jeg ikke hadde medisinsk grunn til å være der.

Over fire dager må Karine fortelle til ulike leger om hvorfor hun er på sykehuset. Karine forteller at det opplevdes som krevende og krenkende, å måtte fortelle historien til fremmede flere ganger, uten å vite hvem som mottar denne informasjonen.

Ingen av mine informanter har like mye «nemnderfaring» som Linda. Hun har møtt i totalt fire abortnemnder. Da Linda fant ut at hun var gravid med trillinger for over 10 år siden, så hun på mulighetene for å redusere antall foster. Dette var før abortlovens §2a ble innført, som tilsier at fosterreduksjoner må gjennom nemndsbehandling.

Jeg måtte møte i nemnd fordi lovverket ikke var helt tydelig, også fikk jeg ja på grunn av eugeniske årsaker. Jeg fortalte at det bare ikke gikk, ikke strakk til med to voksne og småbarn hjemme, med økonomi og så videre. Det var helt okei, og jeg fikk ja, og da reduseringen skulle skje, så trakk genetikeren seg, fordi han ikke var sikker på om det var lov, og jeg ble satt opp til å møte en ny nemnd istedenfor. Og når jeg kom inn [til nemnd nummer to] skjønnte jeg at jeg kunne si *hva* som helst. At jeg vil ta bort en fordi jeg har lyst til å drikke alkohol liksom, hjalp ikke hva jeg sa ... Den fiendtligheten der kommer jeg aldri til å glemme. De ville at jeg skulle

argumentere og forstod ikke at det er lettere med to enn tre. «Du kan jo få flere barn senere», sa de. Jeg venta en halvtime, og da sa de nei. Enten må du ta alle eller beholde alle. Jeg begynte å hyyyylgrine. De på sykehuset satte meg i kontakt med St. Olavs som sa jeg kunne komme i nemnd dit. Jeg sa jeg egentlig ikke orket en nemnd til, og det skjønte de ... Så jeg skrev et brev med hvordan jeg følte det. Og det ble innvilget med en gang, men det var ganske mye oppstyr!

Når hun møter i ny «reduksjonsnemnd» vinteren 2021, er situasjonen annerledes. Det tikker inn en melding på telefonen min etter Linda har møtt nemnda:

Nå har jeg vært i en nemnd på 5 minutter og fått ja! Helt unødvendig nemnd, hvor de argumenterte for meg. I notatet jeg fikk står det at jeg virker bekymret. Det er deres ord, jeg sa ikke så mye, det hadde jeg bestemt meg for på forhånd. De argumenterte med helserisiko etc. Sånn sett en støtte, men absolutt ikke en nødvendighet. Jeg hadde ikke behøvd å være der.

Halvannen uke etterpå snakker vi i telefonen, og Linda forklarer hvordan nemnda opplevdes. Fosterreduksjonen er gjennomført i mellomtiden. Fosteret som hadde sluttet å vokse lå også best til for å få gjennomført inngrepet. Linda er tydelig lettet når hun forteller om møtet i nemnda. «Jeg satt med både kunnskap og makt i nemnden. De spurte meg om ting liksom. ‘Hvordan utføres det?’, ‘hvorfor reduseres det så sent i svangerskapet?’, også måtte jeg forklare, og de var kjempeinteresserte i det». Der Linda forventet å føle seg underlegen og en fiendtlig stemning grunnet hennes tidligere nemnderfaring, ble hun positivt overrasket. Hun visste hvordan inngrepet gjøres, og opplevde at legene visste mindre enn henne. Linda ler når hun gjenforteller opplevelsen i nemnda: «legene hadde lest og skjønt at dette var en litt annerledes nemnd. De hadde googlet i forkant og stilte spørsmål som hvorfor jeg var i nemnd så tidlig og om inngrepet er ubehagelig». Hun trekker likevel fram noe som var fint sammenlignet med forrige nemnd: «de spurte om jeg ville redusere til en eller to». Linda opplevde det som at nemnda allerede hadde bestemt seg for å innvilge, men at de aktivt forsøkte å finne grunner til å gi henne et ja. «Det er hyggelig nok hvis alle nemnder er sånn, men er de da nødvendig?»

Nå opplever Linda at der nemnda hadde både kunnskap og makt de første tre nemndene, har kunnskapen flyttet seg fra nemnda til henne selv, og dermed også noe av makten.

«*Et ensomt valg*»

Det er ikke alle som opplever nemnda som en domstol. Hege forventet at nemnda var som et avhør, og beskriver en angstfølelse før møtet. Likevel opplevde hun møtet som en støtte i en vanskelig tid. Vedtaket om innvilgelse var allerede signert da hun kom inn, som får henne til å tvile på nemndens nødvendighet, og mener selve prosedyren legger opp til skam- og skyldfølelse. Hun skisserer et nemndsmøte med støtte:

Jeg grudde meg, men hadde jeg visst hvordan det var, hadde jeg nok ikke det. De var kjempeåltreite og jeg tror vi var der inne i 20 minutter, hvor 1 minutt ble brukt på hvorfor jeg ville ha senabort, og 19 på å snakke om hvordan det gikk med meg og hva jeg skulle gjennom. Da de spurte meg om hvorfor jeg ville ta abort begynte jeg bare å gråte, selv om jeg hadde forberedt meg på hva jeg skulle si. De var kjempehyggelige og forståelsesfulle.

Vi blir avbrutt av at den friske, nyfødte datteren Runa er sulten, og Hege ammer, snakker og duller med henne. Hege fortsetter, og forteller hun skulle ønske de hadde møtt en psykolog istedenfor, så Hege og mannen kunne få hjelp til å ta tak i den psykiske belastningen det var å gjennomgå et svangerskapsavbrudd i uke 19.

Noen informanter opplever nemnda som mer kollektivistisk, i likhet med legene i kapittel 2. For Elisabeth og Mari var det en trygghet at det var leger med lang fartstid som skulle møte dem, og viktig at ingenting kunne skje før nemnda hadde tatt stilling til saken. Elisabeth begynner å gråte når hun tenker tilbake på opplevelsen hun var igjennom: «De var veldig forståelsesfulle med meg i sorgen, og skjønnte hvorfor jeg søkte avbrudd. Så jeg måtte ikke forklare det. Det var bra, for jeg hadde sikkert ikke gjort det på riktig måte». Hun opplevde ikke nemnda som et ubehagelig møte, og er opptatt av at hun fikk støtte:

Det er noe med å få støtte i valget ditt, det er et veldig ensomt valg. Jeg opplevde det som jeg ikke var helt alene om valget, selv om jeg jo skjønner at jeg er det. Hvis jeg bare skulle sittet og fått råd og objektiv informasjon så hadde jeg følt meg enda mer alene.

Der nemndsmedlemmene i kapittel 2 fremmet at de søker en kollektivistisk tankegang i nemndsmøtene, der kvinnen skal ta beslutningen, viser flere av kvinnenes historier at de er individualistiske. Kvinnene forteller at de forbereder argumenter for hvorfor de har bestemt seg for å avbryte svangerskapet. For mange vises det lite rom for kollektivistiske tanker; «å ikke kunne gi etter», som Aurora og Ada forteller. Majoriteten av informantene mine fortalte om at de eller legene gikk ut på gangen. I Juliannes fortelling illustrerer denne maktubalansen hvordan kvinnen *ikke* får innsyn i egen situasjon – fordi diskusjonen tas uten kvinnen. Dette innsynet i det private illustrerer nemndsystemets maktposisjon. Det er kvinnenes fortellinger om at nemnda er en formalitet ved medisinske årsaker, og ikke en formalitet ved ikke-medisinske årsaker, at hierarkiet opprettholdes. På mange måter blir beslutningen tatt for kvinnene, mens illusjonen av beslutningsrom gis. Kvinnene møter aldri nemnda igjen etter møtet. De som får avslag, møter en ny nemnd med fem andre medlemmer – klagenemnda.

«Et siste håp»: Klagenemnda

Hvis primærnemnda avslår kvinnens søknad om svangerskapsavbrudd, blir saken automatisk oversendt til klagenemnda (Abortloven, 1975, §8). I 2020 ble 40 saker sendt til klagenemnd, 6,9% av alle primærnemndsaker (Folkehelseinstituttet, 2021b). Klagenemnda behandler alle saker de får tilsendt, med mindre kvinnen trekker saken sin før behandling. Det står hun fritt til. Tre av mine informanter – Camilla, Aurora og Maria – fikk avslag på søknaden om avbrudd i primærnemnda. For Camilla symboliserte klagenemnda et håp; for Aurora og Maria genererte klagenemnda håp og tvil.

Camillas prosess fra å finne ut at om graviditeten, via primærnemnd og avslag og til klagenemnd var svært kort. Behandlingen i klagenemnda blir håpet hun, barnefar og familien klamrer seg til. Hun erindrer følelsen av at «nå skulle dommerne i rettssaken dømme meg skyldig eller ikke»; enten soner du dommen eller så går du fri:

Det var jo enda flere folk som satt der [i klagenemnda] ... Måtte forklare saken igjen og jeg knakk jo sammen under begge møtene. Sa rett ut at «jeg synes det her er helt jævlig og jeg har ikke lyst til det her». Mamma var med inn i begge nemndene, og hun måtte jo være ærlig når de spurte om jeg hadde et godt nettverk, og om de kunne hjelpe meg. Mamma fikk ikke være med når jeg fikk dommen. Men jeg fikk avslag der også ... De mente jeg var for oppegående, for reflektert,

med et godt nettverk rundt meg. Jeg var liksom for *egna* da, til å være mor, var sånn jeg oppfattet at de mente det. Jeg gråt og gråt og gråt ... Var en sykepleier som måtte hjelpe meg ut i gangen. Da skjønnte jo mamma hvilket svar jeg hadde fått. Så har man ikke så mye valg da, må jo bare gå gjennom det. Hate å gå hele graviditeten, jeg gikk gravid på videregående liksom. Det er ikke kult. Alle driver og snakker om deg og ... Du blir bare tjukkere og tjukkere ... Det var helt jævlig! Det var akkurat som at hele livet raste sammen. Jeg følte null håp ... Du sitter der med den følelsen at du virkelig ikke vil, men det er noen andre som har bestemt at dette må du, og det skal påvirke hele livet ditt. Det er en helt ubeskrivelig følelse. Jeg var sint, lei meg, frustrert, alle mulige følelser.

Avslaget i nemnda tvinger Camilla til å starte ritualiserings- og tilknytningsprosessen; hun skal bli mor. Den ordinære ultralydtiden like etterpå kom «brått på», fordi hun ikke hadde visst om graviditeten lenge. Mens venninnene var opptatt av om det var jente eller gutt, følte ikke Camilla noe tilknytning til det som var i magen. «Da var det en ting liksom ... Som vokste inni meg». Hverdagen går som normalt, men Camilla erindrer at hun prøvde å fortrenge at det snart skulle komme et barn. «Følte du noen gang på nærhet, at ‘dette er mitt barn og det kommer snart’, noen form for morskjærighet?» spør jeg. Vi hører Andrea, Camillas datter, leke med iPaden på naborommet. Camilla tenker seg om før hun ler litt og svarer:

Uff, det høres så slem ut når jeg sier det, men jeg *haaata* jo alt som skjedde med kroppen min. Det var litt vanskelig å forholde seg til at det var *et barn* i magen min. Jeg prøvde å skyve hele greia litt bort, men det var en stor mage i veien.

Aurora og Maria har ritualisert svangerskapet, og det å måtte møte i klagenemnd etter avslag i primærnemnd er en vond forlengelse av sorgprosessen. Det kulminerer i følelser i skjæringspunktet mellom håp og tvil. Det er det siste håpet, men også tvil fordi det er en illusjon av valg når primærnemnda avslår. Maria utdyper denne tvilen etter primærnemndas avslag: «Jeg følte meg slem, har jeg misforstått? Kan Magnus leve?» Gråtende forteller Maria at hun fortsatt kjenner Magnus bevege seg i magen de 10 dagene som går mellom primær- og klagenemnd. Hun går videre med nemndsprosessen «fordi det er det beste for Magnus å slippe».

Aurora husker klagenemnda som det siste håpet. Å gå resten av svangerskapet var uaktuelt. Hun opplever denne nemnda som enda en domstol, og den endelige instansen. «Det var som at jeg presenterte en tale på hvorfor mitt barn skulle dø, også skulle de liksom dømme i den saken. Det var ikke noe dialog». Det er ikke før jeg forteller om klagenemndas sammensetning at Aurora får vite hvem hun møtte der. Hun uttrykker frustrasjon over at nemndas medlemmer og spisskompetanse ikke ble aktivt benyttet i møtet. «Hvis det var psykolog, gynekolog og sosionom i den nemnda så var de der ikke for meg! Det var ikke noe rom for å snakke sammen, noe som at ‘dette er din nemnd’. De tok beslutningen». Aurora illustrerer likevel hvordan både primær- og klagenemnda kan ha en funksjon:

Hvis de faktisk gjorde det de hevder de er til for da, å snakke med kvinnen og hjelpe henne med å ta et godt *valg*, så tenker jeg at det trenger ikke være dumt i det hele tatt. Men at det skal være et råd som dømmer over livet ditt, som i mitt tilfelle med et barn som aldri ville leve ... Det er utrolig mye å be om fra noen som er gravid.

Fra avslaget i primærnemnd til hun møter klagenemnda har Aurora lest seg opp på sine rettigheter, tenkt ut en «tale», og tatt sovepiller for å klare å sove. «De satt der med en haug med papirer foran seg, men det var bare en som snakket. Etter talen min sa de at de hadde sett på saken min og vurdert det til at jeg fikk det innvilget». Auroras nemndsopplevelse står i kontrast med beskrivelsene av nemnda i kapittel 2; hennes opplevelse av situasjonen er ikke kollektivistisk.

Etter å ha fått innvilget søknaden om avbrudd i primær- eller klagenemnd, blir kvinnene stilt overfor en ny beslutning; å svelge tablettene som skal stoppe fosterets utvikling.

«Når du svelger den pilla er det ingen vei tilbake»

Etter nemnda har innvilget søknaden, skal kvinnen få mifepriston innen et par dager.⁴² Ingenting er gjort før tablettene er svelget – den som avbryter livslinjer, og som er begynnelsen på fødselen. Kvinnene er preget av nemndsprosessen, som er lang, men foregår over en kort tidsperiode. Fram til de blir presentert for vannglasset og mifepriston,

⁴² Legemiddelet mifepriston tas oralt for å avbryte et svangerskap. Mifegyne er vanlig variant i Norge. Grunnet helge- og ferieavvikling, må noen vente på å få tablettene, fordi kvinnen skal legges inn 24-48 timer etterpå for å starte fødselen.

har alt vært som et nødvendig steg i en prosess. Med tanken bak nemndssystemet blir kvinnen støttet og veiledet gjennom samtale og veiledning, og nemnda har stilt seg bak deres beslutning; ideen er kollektivistisk. Når det kommer til å svelge tablett er det en aktiv *individuell* beslutning, noe flere er uforberedte på. Uavhengig av avgjørelsen om innvilgelse, er ingenting gjort før mifepriston er inntatt. «Hva gjør denne pillen med barnet?» spør Hilde i retrospekt. «De sier ting så vagt og merkelig. ‘Stoppe graviditeten.’ Dreper den barnet mitt? Hvordan? Når døde det? Med en gang? Led det?» Hun savner mer informasjon om hele prosessen, og understreker den manglende informasjonsflyten.

Å svelge tablett blir trukket fram som noe av det vanskeligste med hele prosessen, uavhengig om graviditeten var ønsket eller ikke. «Skal jeg svelge den pillen nå?» husker Ingrid hun spurte jordmoren. «Det kan ikke jeg si, det må du gjøre og du bestemmer», skal jordmoren ha svart. Alexandra, som var uønsket gravid, deler oppfatningen om at det var vanskelig å svelge tablett. «Det ser ut som du skal svelge en paracet, men du har ikke vondt i hodet. Du vet det ikke er paracet. Det er så mye i den pillen, som tar livet av noe som vokser i magen din», minnes Alexandra. Tablett tas under oppsyn av helsepersonell, og sykepleier eller jordmor må se til at den faktisk er tatt, og ikke ligger under tungen. Julianne forteller om en følelse av overformynderi. «Det er jo dette jeg banalt nok har ventet på», sier hun, og forteller at hun slet med å svelge tablett i flere minutter.

Etter nemndsmøtet blir Karoline sendt en etasje opp for å få mifepriston. Det var vanskelig for henne å komme hit. Selv om hun er for muligheten til å ta abort, kommer hun fra en familie med abortmotstandere. Implikasjonene av både det ene og andre – abortere eller beholde, var vanskelig. Sykepleieren rekker henne tablett og et vannglass. «Det ble for heftig for meg», erindrer Karoline. Hun har tatt med seg en barndomsvenninne til nemndsmøtet som sier «kanskje du ikke skal gjøre dette». Det å få alternativet presenteres som en lettelse for Karoline, for alt har til da vært logisk – abort er den riktige beslutningen. Hun bestemmer seg for å ikke svelge tablett. «Det var et bedre ... valg. Enn å *ikke* gjøre det. Men det var ingen god opplevelse. Det var ikke lett likevel. Jeg strigråt hele veien fra sykehuset og hjem til Frogner», avslutter Karoline historien om sin abortnemndsopplevelse.

Karoline tar på mange måter en kollektivistisk beslutning, slik at hun også slipper å ha en hemmelighet for familien sin. Det at hun var lenger på vei enn grunnlaget for selvbestemmelse var også avgjørende. Siden hun ikke svelget tablettene fortsatte svangerskapet, og ritualiseringsprosessen startet.

Å innta mifepriston blir den siste beslutningen i en lang prosess for å avbryte svangerskapet. Her sidestilles nemndas kollektivism med kvinnens individualisme; det å svelge tablettene med mifepriston er kun hennes beslutning, men det er nemnda som har gitt henne lov. Når blir beslutningen om avbrudd egentlig tatt, og av hvem?

To dager etterpå gjennomgår kvinnene en fødsel med rier og utdrivelse av foster og morkake, etterfulgt av renselsesperioden.

«Det man har ventet på»: Fødselen

Ritualiseringsprosessen for å bli mor kulminerer i fødselen som et sosialt ritual, og markerer overgang. Fosteret separeres fra kvinnekroppen og blir til et barn, og kvinnens progresjon fra kvinne til mor – matrescence, er komplett. En fødsel i forbindelse med svangerskapsavbrudd markerer en ukomplett overgang og død.

Jeg spurte ikke kvinnene om fødselen deres, men mange fortalte om den på eget initiativ. Noen sa kun noen ord, som at det var forferdelig både fysisk og psykisk. Mange fremhevet mangelen på informasjon om abortfødselen. Det står så vidt beskrevet i Helsedirektoratets skriv om svangerskapsavbrudd etter uke 12 at «aborten gjennomføres ved at du får medikamenter som fremkaller rier» (Helsedirektoratet, 2020, s. 1⁴³). Denne tydeligheten i forløpet savnet Ingrid. «Alle de smertene som foregår i de 8 timene er helt likt som ved en vanlig fødsel. Det som kommer ut er bare mye mindre. Det savnet jeg informasjon om». Flere informanter uttrykte at de ønsket avbruddet skulle foregå med keisersnitt. Dette for å skåne seg selv, og fordi det var vanskelig å gjennomføre en fødsel, som er nærhetsskapende. Kvinnene ønsker en separasjon mellom seg selv og kroppen (Martin, 1992). Det er tradisjon i Norge for å gjennomgå medisinsk abort ved sene svangerskapsavbrudd, med mifepriston som stanser livmorens utvikling og kutter fosterets livslinjer. 24-48 timer senere blir kvinnen gitt riefremkallende midler omtrent hver tredje time ved fødeavdelingen på sykehuset som har innvilget abortsøknaden. Fødselen kan ta

⁴³ Se vedlegg 6 for skrevet.

fra en til flere dager. Kirurgisk abort er ikke et tilbud etter 12. uke, da utskrapningen kan føre til skader på livmoren. Etter å ha blitt gitt riefremkallende midler hver dag i en hel uke uten fremskritt og svært lite mat⁴⁴, ble Ada lagt i narkose, og fosteret skrappt ut. Det er svært sjelden dette skjer. Keisersnitt er heller ikke tilbudt, da det er et stort inngrep på kvinnekroppen med de risikoer det medfører, og som har en økonomisk komponent, med kostnader ved en større operasjon.

Kvinnene blir fulgt opp av jordmødre og sykepleiere, som ved en vanlig fødsel. Selve abortfødselen gjennomføres ved fødeavdelingen⁴⁵, der ordinære fødsler foregår til samme tid. Kvinnene som gjennomgår abortfødsel, kan bli gitt sterke smertestillende som morfin. De har blitt fortalt i forkant at det er en smerte man ikke har kjent maken til; det er ingenting som jobber med deg, og ingen motivasjon i enden. «De var kjempedyktige på sykehuset», er ord som går igjen om helsepersonell som bistod under fødselen. For Hege var det blant annet fint at jordmødrene viste på fosteret at det hadde Downs syndrom – at det virkelig ikke var noe tvil. Det er vanskelige dager på sykehuset, fylt med ambivalente følelser. Det kommer også til uttrykk når Maria forteller om fødselsøyeblikket man på et vis har ventet på:

Plutselig skal man føde, for man grudde seg så innmari til den dagen det også skulle skje på en måte ... Det er jo sånn ... Godt å få det overstått, men samtidig så vil man jo ikke. Det var jo trygt for meg å ha Magnus i magen.

Maria er emosjonell når hun gjenforteller, stemmen brister flere ganger og tårene renner. Om fødselen forteller hun at det var «*heelt* forjævlig. Det var så vondt at jeg var sikker på at jeg skulle dø. Følt ut som hele ... Nedentil bare revna. Jeg var så sliten, hadde jo ikke noe energi igjen». Det at Maria ligger på fødestuen betyr også at det fødes friske, levende barn på samme avdeling. Det husker hun som traumatisk, og det hentes mer papir for å tørke tårene og snyte nesa når hun gjenforteller:

Etter at jeg hadde født så ble vi flytta til observasjonsposten, og da hørte vi jo barneskrik på natta ... Melka begynte jo å komme, for jeg hørte ungene skreik og jeg bare kjente brystet bare ... fyller seg med melk. Det var veldig rart å ha

⁴⁴ I tilfelle man må legges i narkose må man unngå å spise.

⁴⁵ Noen sykehus har egne gynekologiske avdelinger, og abortfødselen foregår der.

fødekroppen uten et barn. Kroppen kikker inn og ... Jeg ville ikke gi fra meg Magnus.

Juliannes historie om fødselen er blandet av en lykksalighet over sønnens fødsel, men også en sorg over at partneren ikke fikk være med på fødselen på grunn av koronasituasjonen. Han fikk vite på FaceTime at han hadde blitt far. Hun veksler mellom å smile bredt, le, gråte og snufse – «det er morskjærlighet», som hun sier selv:

Jeg fikk jo William opp på brystet etter han var født ... Jeg grein ikke da, jeg var jo kjempelykkelig! Synes jeg hadde laget den fineste babyen i hele verden. Han ligna på meg og hadde Nicolais føtter, skikkelige pailabber liksom. Nicolai har ganske spiss hake, så han hadde den og. Og jeg fikk holde han inntil meg, han var fremdeles varm. Vi fikk tatt masse bilder, fikk hånd- og fotavtrykk ... Så hadde vi en veldig fin stund etterpå, jeg hadde han vel i 3-4 timer før jeg sa jeg ikke ville mer. Da begynte han å endre farge og sånn, og det ville jeg ikke se. Så jeg hadde jo de timene hvor jeg var mammaen hans. Passet på han og fikk holde han helt opptil meg. Og jeg var jo fremdeles mammaen hans etterpå og!

Juliannes nærhet til William blir tydeliggjort gjennom fødselserindringen; ved å holde, tilbringe tid og ritualisere tiden med han. Slektskapsbåndet er sterkt – hun er mor og Nicolai far – og sønnen William ligner på de begge to. Julianne og mange av informantene mine som var ønskede gravide, brukte de første par timene etter fødsel på å holde fosteret, og ta hånd- og fotavtrykk og bilder. Slik ritualiserer de også fødselen av barnet og dets inntog i deres liv, slik at det også kan være en del av deres familiehistorie inn i framtiden som ikke ble som forestilt.

Helsepersonell som bistår under fødsel oppmuntrer kvinnene til å se, føle, holde, og memorere, spesielt hvis avbruddet er grunnet en ønsket graviditet. Ikke alle ønsker å gjøre det, som Nina:

Jeg hadde i forkant bestemt meg for at jeg ikke ville se. Og jeg fødte faktisk i toalettet. Etter fødselen så spurte de igjen om vi ville se. Så vi fikk virkelig velge. Det var en gutt, det vet jeg. Det er sikkert litt sånn ... Man vet jo ikke helt hvordan man reagerer verken før eller etter.

Reaksjonsmønsteret Nina tar opp her er sentralt. Flere forteller at helsepersonell fortalte at det er psykisk og fysisk fordelaktig å gjennomgå en vaginal fødsel, og å se og holde fosteret etterpå. Som Risøy (2009) poengterer, er det lite dokumentert forskning som viser *hva* som er best for kvinnens bearbeidelsesprosess; å se eller ikke se fosteret. Rutinen ved norske sykehus er normativt innarbeidet, og settes kanskje ikke spørsmålsteget ved.

For kvinnene som gjennomgår avbrudd grunnet uønskede graviditeter, eller som er ønskede gravide, men ikke føler seg som «mamma», er fødselen begynnelsen på deres inkorporeringsfase tilbake til å ikke være gravid, og ikke på vei til å bli «mor». For Alexandra var det viktig å ikke ritualisere noen av delene ved fødselen. Hun hadde på seg sovemaske da hun var i aktiv fødsel, og venninnen som var med på fødselen holdt hendene sine over Alexandras ører mens hun fødte fosteret i et toalettbecken, så hun ikke skulle høre noe. «Jeg må ha sett helt koko ut» som Alexandra sier mens hun ler. Verken Karine, Alexandra, eller Ada fikk eller ønsket å vite fosterets kjønn, som er enda et ledd i deres ikke-ritualiseringsprosess.

Avsluttende bemerkninger

Ofte presenteres abort som *et valg*. Både dette kapittelet og kapittel 3 har vist at det er *en rekke beslutninger*, over en lengre eller kortere periode, uavhengig av nemndsårsak. Som Christina forteller, ble nemnda en markør på alle beslutninger hun måtte ta, som skapte en ekstra belastning. Alt ble en beslutning som måtte tas: ja til ultralyd, ja til veiledning, ja til fosterdiagnostikk, ja til avbrudd, ja til nemnd, ja til mifepriston, ja til å møte opp på sykehuset for å gjennomgå fødselen. På samme måte skaper alle disse vendingene illusjonen om at man har beslutningsrom når fosteret ikke er levedyktig. «Jeg har ikke et valg, men jeg har valgt, og jeg har valgt bort», som Aurora sier. Nemndsystemet tillater ikke ambivalens i den strukturen den innehar, som fører til følelsen av individualisme i beslutningsprosessen, når nemnda søker kollektivismen.

Etter fødselen skal fosteret i biologisk avfall, doneres til forskning, eller begravnes. For alle fortsetter ritualiseringen på ulikt vist; tilbake som kvinne uten å være gravid, eller som mor til et barn som ikke lever. Tiden etter avbruddet tematiseres i neste kapittel.

Kapittel 5

Refleksjoner og kontinuerlig bearbeidelse: Tiden etter avbruddet

Avbruddet er innvilget eller avslått, mifepriston er svelget, modningstabletter gitt, og fødselen er gjennomført. Dette kapitlet vil derfor ta for seg tidspunktet fra fødselen er gjennomført og ritualiseringsprosessen tilbake til storsamfunnet – som mor og/eller kvinne. Dette kapitlet står derfor som en motsats til Raphaels (1975) forståelse av matrescence som at det «begins at the moment a female delivers a live infant» (s. 66). Som vist i kapittel 3 og 4, starter morskap ved ritualisering i svangerskapet, og dette kapitlet viser at morskapet ikke slutter ved fødsel heller, for kvinnene som er ønskede gravide og har ritualisert svangerskapet. Matrescence-begrepet er i hovedsak blitt knyttet til svangerskap og fødsel tidligere, men i liten grad til tiden etter en abort.

Først er det viktig å få en forståelse av hva som skjer med fosteret etter fødselen, samt hvordan fosteret inkluderes eller ekskluderes i kvinnene og deres families liv. Noen kvinner og deres partnere velger å begrave fosteret, og memorere det med å feire bursdag og inkludere det i familiesituasjoner. Hvilke motivasjoner ligger bak? Deretter ser jeg på utfoldelsen av bearbeidelses- og sorgprosessen. Alle må bearbeide hendelsen på et vis – og de fleste kjenner på sorg, om den er hormonell eller emosjonell. Hvordan skal man møte noen som har gjennomgått nemndsbeholdt svangerskapsavbrudd? Kvinner forteller om en stillhet de skulle ønske ikke var der, og om «et fellesskap det ikke snakkes om» - om andre kvinners abortopplevelser, dødfødsler, spontanaborter og barnedød som blir fortalt når samtalerommet åpnes. Alle mine informanter som var ønskede gravide pekte på framtidsbrister når beslutningen ble tatt. «Man har jo bare lyst til å bli den gjengen man trodde man skulle bli», som Elisabeth forteller – og alle prøvde å bli gravide igjen etter avbruddet. Det handler ikke om å erstatte fosteret de mistet, men om å være «en for lite». Mange av mine informanter forteller om et politisk engasjement etter nemndsmøtet, og om deres tanker om nemnda i dag. Til sist forteller Camilla om livet som ble gitt til henne av nemndenes avslag.

Hva skjer med fosteret etter fødsel?: Ritualiseringen av et foster som aldri har levd

De fleste kvinner blir stilt spørsmålet «hva ønsker du skal skje med fosteret etter du har født?» Dette temaet kan komme opp i nemnda, men også i forbindelse med fødsel.

Abortveilederen fremstiller hvordan helsepersonell skal håndtere aborterte fostre etter 12. svangerskapsuke: «Ved abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke settes fosteret ned

anonymisert på en kirkegård, dersom kvinnen ikke gir uttrykk for at hun velger en annen håndtering av fosteret» (Helsedirektoratet, 2019). Videre forteller forskriften at kvinnen *bør* få informasjon om håndteringen av fosteret, og at kvinnen kan velge andre ordninger. Flere av kvinnene som har avbrutt et ønsket svangerskap velger begravelse⁴⁶, enten i barneminnelund med eller uten navn, eller egen begravelse for barnet. Noen donerer fosteret til forskning, andre foster blir sortert som organisk avfall. Denne delen av kapittelet vil fokusere på det avdøde fosterets ritualiseringsprosess, og derfor kun fokusere på ønskede gravide kvinners ritualisering⁴⁷, og deres ritualisering som mødre, i form av kroppslige minner, ulike måter å gravlegge fosteret på, og eventuell ritualisering inn i nåtiden.

Som presentert i forrige kapittel er det mange som Julianne, som ritualiserer fosteret, fødselen og tiden etterpå ved å se etter slektskapslikheter, få laget hånd- og fotavtrykk, billedtagning og med et kort hjem fra sykehuset. Etter noen dager drar man hjem fra sykehuset, uten fosteret i fysisk forstand, men med minner om fosteret. Layne (2003) deler disse inn i «traces of the body and artifacts of civil society» (s. 126). Kroppslige spor er det som har gjort opp fosteret og som menneskeligjør det. Bilder fungerer som ikoner. Christina kaller det å ta bilder som «et behov for å dokumentere», selv om hun i ettertid selv synes det var litt bisart å ha bilder av det avdøde fosteret på telefonen sin. Hilde fikk ingen tilbud fra helsepersonell om å ta hånd- og fotavtrykk, eller bilder, noe hun i ettertid opplever som sårt. Disse hånd- og fotavtrykkene viser individualitet, er nærhetsskapende og er indekserende; de peker direkte til fosterets eksistens. De er direkte referanser, som gir de etterlatte som ønsker det, noe å huske dem ved (Layne, 2000).

Artefakter fra sivilsamfunnet kan forstås som blant annet fødsels- eller dødsattestester, sykehusarmbånd og andre gjenstander. Fostre som blir født før uke 22 registreres som senaborter, mens fostre som blir født etter uke 22 registreres som dødfødsler (NHI, 2021). Fostrene har aldri levd, og blir derfor ikke gitt fødsels- eller dødsattest. For å gravlegges må helsepersonell, ofte en jordmor ved nemndsavbrudd, signere et fødselsbevis. Der står det «[kvinnens navn] fødte dødfødt pike/gutt». Dette beviset trengs for gravlegging, slik at man også har rett på gravferdsstønad. Om Williams fødselsbevis forteller Julianne: «På

⁴⁶ Det er ingen nedre grense for når døde fostre kan gravlegges (Gravplassloven, 1996, §6), og foreldre kan motta begravelsesstønad (Folketrygdloven, 1997, §7-2d).

⁴⁷ Gammeltoft (2003) finner at vietnamesiske kvinner som er uønskede gravide ritualiserer fosteret etter avbrutt svangerskap, blant annet religiøst. Det har ikke jeg i mitt datamateriale. Gammeltoft intervjuet kvinnene like etter svangerskapsavbruddet, som i tillegg til kulturelle forskjeller, kan forklare ulikhetene.

Williams dødsattest står det kjønn ukjent. Han hadde jo en penis, det kunne jeg se. Han hadde et navn, og det står på gravsteinen hans – William».

Ovenfor peker Julianne på det å ha tapt et barn, som står i kontrast til det hun oppfatter systemet rundt, som ikke ser William som en gutt, men som et foster med ukjent kjønn. I papirene hennes er William en senabort fordi avbruddet ble gjennomført før uke 22, men den opplevelsen deler ikke Julianne. Hun er blant dem som har tatt en beslutning om å avslutte svangerskapet, ut av morskjærighet og sorg, men samfunnet ser en abort som *et valg*. Mange anser seg som mødre uten barn, og det er viktig for dem å kunne gravlegge barnet sitt.

Jeg spør Julianne om hvordan det er å være mamma uten et barn. Julianne sukker, og forteller om det å være mamma uten at William er på jorden, på godt og vondt. Derfor er det også ispedd latter og gråt:

Også skal du være mamma. Jeg skulle bestemme blomster i begravelsen hans, jeg skulle bestemme kista hans ... Finne de fineste blomstene og den fineste kista. Hvor han skulle bli begravd, invitere til begravelse. Jeg skal arrangere minnestund etterpå. Jeg skulle betale den regningen som kom etterpå for den begravelsen. Du vil jo det beste for babyen din, selv om det betyr en begravelse. Jeg tenkte på alt som skulle komme etter, med sorg og bearbeidelse, og jobb ... Livet som skal håndteres igjen, ikke sant. Alt det koster så mye krefter. Jeg skal I ALLE FALL ha nok krefter til å organisere en ordentlig begravelse for mitt barn. Minstekravet må være å kunne sende han av gårde godt da, på et vis ... Jeg får jo ikke sendt han av gårde første skoledag med den fineste ranselen, men han skal faen meg få en fin begravelse.

Følelsene Julianne forteller om ovenfor vitner om morskjærighet som kommer fra å ha gjennomgått et halvt svangerskap og en fødsel med William; det er matrescence ved at hun gravlegger «babyen sin». Maria deler mange av de samme tankene som Julianne. Hun har jo «blitt mor og laget verdens nydeligste barn!» Gjennom svangerskapet har Maria ritualisert og tiltenkt et liv med Magnus, fra hun tidlig i svangerskapet var på storbyferie og kjøpte babysko til mageboeren. Da han skulle begravnes ble skoene med i kista – de var jo hans. Da det kom til å gravlegge Magnus, valgte Maria og Fredrik å ha åpen kiste i

begravelsen: «Det var bare nærmeste familie i begravelsen, men det var noen som ikke hadde fått sett han. Så da fikk de det hvis de ville. Han var så nydelig og søt!»

Ikke alle ønsker en begravelse. Noen ønsker å ha et sted å gå til, men som ikke krever opprettholdelse og forpliktelse som et gravsted. For mange er tilbudet om barneminnelund eller anonym minnelund et godt og riktig valg; andre igjen velger kremasjon og sprer asken et sted med betydning, slik at de fortsatt kan besøke og minnes fosteret. For noen er det avhengig av «hvor mye barn det var» ved avbruddstidspunktet, og de minnes det som kom ut som et «foster» og ikke et «barn». Noen er eksplisitte ved å si det var viktig å «ikke gjøre det til noe større enn det var». Ingrid forteller at da valget stod mellom barneminnelund eller anonym minnelund, valgte hun og mannen det siste. «Vi følte vi hadde den plassen vi trengte å komme til hvis vi trengte det, men ikke som vi var forpliktet til på en måte heller». Dette peker igjen på en økende distanse til fosteret, men det har en iboende nærhet i seg, ved at de kan besøke fosteret når de ønsker. Ingrid poengterer at de er glade i fosteret som aldri fikk noe navn, men de hadde heller ikke kommet så langt – det hadde ikke vært mulig å avbryte svangerskapet noe tidligere med bruk av fosterdiagnostikk enn det ble. For Ingrid er det fint å dra innom minnelunden med blomster og lys når hun går forbi, men ikke alle gjør det. Det oppleves som et verdig sted, et sted for å vise respekt og som er en del av familiehistorien.

Noen er opptatt av å distansere seg fra hendelsen på et vis; ved å si «han er ikke mitt levende barn», «det har aldri vært levende» og lignende, mens ritualiseringen av fosteret, eller barnet, etter fødsel og begravelse er viktig for å opprettholde dets minne for andre. Layne (2003) kaller det «choosing to remember», og i min forståelse av begrepet knytter jeg også matrescence (Raphael, 1975). Denne ritualiseringen av minner, med gravbesøk, bursdagsfeiring, tatoveringer, julefeiring, og levd hverdag, er en del av sorgen og ritualiseringen av fosteret som barn og kvinnen som mor.

Maria er en av informantene som ritualiserer fosteret, Magnus, og opprettholder hans status som førstefødte barn, storebror og familiemedlem. Under intervjuet spør jeg Maria: «hva har det å ha en gravplass for Magnus hatt å si for dere?» Maria forklarer: «Det har vært viktig for å kunne forklare barna ... De som kommer etterpå». Gravplassen blir et holdepunkt for å kunne snakke om Magnus, sorg og død, og et sted å gå til. Barna de har fått etter Magnus vet at de har en storebror som har vært inni magen til mamma, akkurat

som de har. Magnus hadde ingen fysiske avvik, og så helt frisk og fin ut ved fødsel. Bildene som ble tatt av han har blitt til et album som barna kan bla i. Selv om det er tøft, er Maria og familien på graven en gang i måneden eller oftere. «Vi feirer han når han har bursdag. Da drar vi på grava og tenner lys og spiser kake etterpå. Det er litt godt å markere han, at det blir noe hyggelig ut av det», forteller Maria. Anledninger til å minnes Magnus er velkomne for Maria, som hun også setter pris på med samtalen vår – det er 3 timer hvor vi snakker om svangerskapet med Magnus, fødselen hans og tiden etterpå.

Statusen som familiemedlem kan også opprettholdes av andre enn kun «mor og far».

Julianne peker på hvordan ritualiseringen av William også inkluderer et større slektskapsnettverk; besteforeldre, tanter og onkler mistet også sitt første barnebarn, tante- og onkelbarn. Julianne bor i utlandet, mens fødselen med William skjedde mens hun var på norsk jord. Derfor er William også gravlagt i nærheten av hennes familie. «Vi må jo besøke han hvert år og feire bursdagen hans, på lik linje som alle andre bursdager», sier Julianne, og peker samtidig på vanskelighetene med koronasituasjonen. Da er det hennes familie som drar ut på graven hver søndag, fikser på blomstene og tenner lys. Hjemme i det hverdagslige fortsetter ritualiseringen; lage plass til William hjemme. Hun har ikke pakket vekk Williams babyting som stod klart til han skulle komme hjem. De står klare som arvegods til nestemann. Nå er det svart/hvitt-bilder av William rundt i hjemmet. «De kommer til å være der for alltid. Han er mitt barn og jeg er kjempestolt!»

Ikke alle ønsker å opprettholde fosterets status som familiemedlem, selv ved et ønsket svangerskap. Hanne er opptatt av å kunne ritualisere på sin måte, uten å bli «for mye» i sine øyne. Hun ønsker ikke å sende ut julekort med familien foran gravstøtten til Andreas. Noen år etter avbruddet fikk hun og mannen sønnen Aron. Hanne ønsker heller å ha en symbolsk tatovering til minne om Andreas og Aron, uten at det blir klisjefyllt. Aron har begynt å be om en storebror, som hun synes er vanskelig. Hun og mannen Gustav har sin sorg over å miste et ønsket barn, og har ikke fortalt Aron om Andreas. De har ofte vært på Andreas sin grav, og nå som Aron begynner å bli eldre og skjønne mer, må Hanne og Gustav ta mer aktive beslutninger om Aron skal få «ta del» i sorgen over Andreas. Hanne forteller at hun tidligere lagde julekuler med alle fires navn på, før Gustav gjorde henne oppmerksom på at Aron kanskje ikke skulle leve i skyggen av deres sorg. Hanne blir stille. «Hadde det ikke vært for Andreas så hadde vi ikke hatt Aron ... Det er vanskelig».

Disse fostrene ble ikke født levende eller gitt personnummer. Likevel lever de videre ved gravplassene, i minnene, mange har blitt gitt navn (om enn bare i tankene), deres fotavtrykk og bilder er tatt vare på, og noen ganger vist frem. De blir ritualisert som en del av familien ved å inkluderes i jule- og bursdagsfeiringer. Det vitner om at nærheten ikke opphører ved at svangerskapet tar slutt, selv om avbruddet medfører en fysisk distanse. Nærheten skapes i nye ritualiseringsformer, som gravplassbesøk.

Kvinnene som er uønskede gravide, har ikke ritualisert fosteret. De vet ikke kjønnet, ei heller har de gitt fosteret et navn. Deres inkorporeringsfase som kun «kvinne» starter etter fødselen. Karine, som var uønsket gravid, kjente på en sorg over å tenke at fosteret hun bar på «lå i en gul pose med bioavfall på, også rett i søpla». Sorgfølelsen må bearbeides, på samme måte som de som er ønskede gravide.

«Det vil alltid være en del av min historie»: Sorg, oppfølging og bearbeidelse

«Du kan ikke begynne å bearbeide det før det er over. Det er en helt ny fase. Å gå rundt med et levende foster i magen, og så ikke mer, fordi du har bestemt det. Det er komplisert» (Elisabeth).

Å møte en nemnd og gjennomgå et svangerskapsavbrudd i form av en fødsel, er noe som alltid vil være en del av kvinnenens historier, som de selv forteller. De fleste kjenner på sorg; noen fra ultralyden viser tegn på avvik, gjennom fosterdiagnostiske tester, nemnd, fødsel og tiden etterpå, mens andre bare etter fødselen er over. En ting alle mine informanter som har gjennomgått en abortfødsel er enige om, er at alle ønsker oppfølging av helsevesenet og har et behov for bearbeidelse.

Sorg

De fleste som er uønskede gravide og tar abort, angret ikke i ettertid, men kjenner på en følelse av lettelse (Grünfeld et al., 1973, s. 130; Rocca et al., 2020⁴⁸). Dette samsvarer med mine funn om kvinnene som var uønskede gravide og fikk gjennomført avbruddet etter å ha møtt i nemnd. Jeg forventet ikke å høre om sorg fra kvinnene som var uønskede gravide, men både Alexandra og Karine kjente på det i etterkant av avbruddet. Alexandra beskriver en instinktiv sorg:

⁴⁸ Kvinnene det er innsamlet data om har gjennomgått selvbestemt abort.

Man klarer ikke se det for seg, det er umulig å forberede seg på. Jeg gråt masse, puppene mine ble skikkelig store, jeg fikk melkeproduksjon ... Jeg koblet ikke alt dette til aborten, det var en kognitiv svikt i sjokktilstanden jeg var i. Jeg dro tilbake til jobb under en uke etter avbruddet, og jeg satt jo bare og gråt bak PC-skjermen. Det var ... 18 uker med hormoner i kroppen som skulle ut, uten at jeg tenkte så mye over det. Jeg gråt hele den sommeren, det var helt absurd. Gikk ut av Kiwi og stod midt på gata med to bæreposer og hyyyylgråt. Jeg kunne være helt sånn som jeg sitter her og nå, også føle at noen trakk en pose over hodet mitt bakfra og «værsågod, gråt» ...

I likhet med Alexandra kjente Karine på sorg, men også en skyldfølelse hun ikke var forberedt på; hun trodde at når fødselen var over ville det være lettere igjen. «Hvorfor hadde ikke noen sagt noe om følelsene som kunne komme? Jeg følte meg som en katteramma som lette etter kattungene sine. Jeg hadde jo kjempedårlig samvittighet, som varte noen uker». Alle mine informanter som var uønskede gravide poengterer at de i dag kun kjenner på lettelse, og at det var riktig å gjennomføre aborten.

For de fleste informantene mine som gjennomførte avbrudd ved ønskede svangerskap, er historien annerledes. Det er sjokk og sorg, men for noen en glede over å bli mamma selv uten et barn, som også ønsker gratulasjoner. Den sterke sorgen, spesielt rett etter avbruddet, gir mange en trang til å dele sin historie med andre, noe Marthe selv oppfattet som «en ukritisk deling». Maria skisserer sorgen rett etterpå som «så sterk at du aldri tror du skal komme over den». Sorgprosessen kan være lang og tung, som for noen er mer konstant, og som andre er som «blaff» i hverdagen. Selv om det er sorg i bildet, poengterer alle at det var riktig beslutning. Hege forteller om hva hun tenker om avbruddet i ettertid, mens hun har Runa på armen. «Vi har aldri tvilt på at det var riktig beslutning, selv om det var helt *jææævlig*, vi hadde jo prøvd å bli gravide så lenge og mista tre ganger». Elisabeth begrunner det kollektivistiske; at hun tok riktig beslutning for både voksne og barn involvert, selv om hun tenker på det hun har vært gjennom omtrent daglig.

Selv om kvinnene føler de har tatt riktig beslutning, handler det for mange å ha med seg sorgen i hverdagen. Jeg startet alle mine intervjuer med å be kvinnene fortelle om seg selv på den måten de ønsket. «Jeg heter Aurora, er [i 30-årene], og vi har tre barn. Han første døde». Aurora uttrykker gjennom intervjuet at det er viktig for henne å normalisere tapet

og sorgen, og la den bli en del av hverdagen, selv om det er vanskelig fordi det er så utrolig trist: «Det er en stor del av meg, selv om ingen har møtt han. Jeg har ikke møtt han engang i livet, og det er vanskelig å forstå nesten, hvor sterk den sorgen er». Rapp (1999) peker på hvordan sorgen ved avbrudd ligner på sorg kvinner med spontanaborter og dødfødsler også opplever. Hun trekker fram «calendar of grief», forstått som en mental kalender for merkedager i forbindelse med avbruddet (s. 242). Denne opplever flere av informantene mine også, på ulike vis. For noen er det en trigger å vite at det nærmer seg fødselsdato eller det som skulle vært termindato, eller å være i samme svangerskapsuke i en ny graviditet som ved avbruddet. Noen opplever det som så belastende at de «glemmer» datoen de fødte.

Oppfølging

Gjennom prosjektet er det flere ting som har sjokkert meg, og to ting skiller seg ut. Det første er at kvinnene føder på fødeavdelingen, hvor levende terminbabyer blir født vegg-i-vegg. For flere av informantene mine er det et traume i opplevelsen. Det andre er at de fleste kvinner får tilnærmet null oppfølging i ettertid, uavhengig av nemndsårsak.

Alexandra følte seg «helt alene» etter hele erfaringen med nemnda og oppholdet på sykehuset, og reflekterer over sorgen hun kjente. Hun begynte å produsere melk og hadde et behov for å snakke med noen, etter å ha funnet ut om graviditeten, gjennomført medisinske tester, møtt psykolog og nemnd, og født på under en uke:

Det er så intenst, da. De ga meg et ark der det stod at jeg måtte «ta kontakt ved vedvarende høy feber», og det var det siste jeg så til noen der. Det er ingen som ... Klapper deg på skulderen og sier «hør her ... Nå har du vært gjennom dette, dette kommer til å skje mest sannsynlig, det er normalt, dette er ikke normalt». Bare noe annet enn «ring oss hvis du får feber som ikke går bort», liksom.

Kvinner som har gjennomført avbrudd grunnet avvik, får tilbud om samtale med genetiker omtrent 10 uker etter avbruddet. Her får de informasjon om diagnosen hvis obduksjon har blitt gjennomført, og svar på genetiske tester om kvinnen og/eller partner er bærer av genfeil. Etterpå er det ingen oppfølging annet enn tilbud om fosterdiagnostikk ved et eventuelt nytt svangerskap. For mange var jeg den første mange av kvinnene snakket med om sin opplevelse, på godt og vondt. Av alle informantene var det kun Elisabeth som fikk

psykologhjelp av det offentlige etter 6 uker. Andre, som Julianne og Ingrid, hadde mulighet til å benytte seg av psykologtimer gjennom jobbens forsikring. Manglende oppfølging kan føre til andre måter å håndtere tapet og sorgen på. Det er tøft å høre at noen informanter anså seg selv som «veeeldig nære ved å bli alkoholiker i månedene etterpå». Både Hanne og Julianne forteller at de tydde til alkohol og sovepiller for å døyve smertene etter å ha gjennomgått en traumatisk fødselsprosess, når offentlige instanser anser at behovet for hjelp ikke er nødvendig.

Sommerseth (2010) trekker fram tidligere studier, som viser at det er en stor livskrise å miste et ønsket barn, og som er en sorg mange tar med seg videre i livet etter mange år (Ferreira Da Costa et al., Østergaard, i Sommerseth, 2010, s. 106). Videre peker Sommerseth (2010) på viktigheten av at helsepersonell møter kvinnene i sorgen, og at det har en god innvirkning på kvinnens bearbeidelse, men at det mangler muligheter til å fange opp kvinner som har gjennomgått sene avbrudd og fått psyko-sosiale utfordringer i etterkant. Brudal (2000) fremhever viktigheten av å få hjelp til å bearbeide traumatiske hendelser «umiddelbart [for] å sette ord på opplevelsen som en sammenhengende historie. Hvis det ikke skjer, oppstår det såkalte posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD)» (s. 64-65). Når jeg snakker med Aurora igjen nesten 5 måneder etter vårt første intervju spør jeg hvordan det går med henne: «Ja, sånn at ... For å være helt ærlig så det som har skjedd med meg er jo at jeg har møtt veggen ... Jeg har fått en PTSD-diagnose». Aurora poengterer flere ganger gjennom begge samtalene våre at hjelpen hun trengte til å prosessere og bearbeide tapet av sitt første barn var fraværende. Hun opplever at hun har levd med ekstremt mye stress over lang tid, og at nervesystemet har vært i høygir:

Jeg var i en veldig sånn trua situasjon da vi var på sykehuset for alle testene, nemnda og fødselen, også har ikke det blitt prosessert ... Så det har forplanta seg ut i livet mitt på en veldig negativ måte. Jeg lever med at jeg tror barna skal dø hele tiden, at jeg skal dø, at mannen skal dø ... Jeg bare lever sånn på en måte.

Aurora forteller videre at hun siden sist har begynt med ny terapeutisk traumebehandling som har god effekt. Over 5 år etter det traumatiske avbruddet får Aurora hjelp. Hva er årsaken til at kvinnene ikke blir fulgt opp? I Veileder til abortforskriften står det: «Klagenemnda har ikke ansvar for videre oppfølging av kvinner som har fått avslag, men bør medvirke til at kvinner som ønsker og har behov for det får videre oppfølging fra

helsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2019). Dette legger kun opp til oppfølging av kvinner som har fått endelig avslag, men dette følges heller ikke opp. Camilla ble fortalt av klagenemnda at hun skulle få hjelp til å håndtere sin nye tilværelse som mor, men så aldri noe til den hjelpen. Hva med kvinnene som har fått innvilgelse, men som likevel ønsker oppfølging? For noen er sorggruppe et sted man kan møte mennesker i lik situasjon.⁴⁹ Maria gikk i sorggruppe i regi av sykehuset, og synes det var fint å gå der i et års tid. For andre, som Ingrid, oppleves det som rart å skulle møte i sorggrupper:

«Ta kontakt hvis du trenger hjelp» ... Jeg følte aldri det var klart hva slags hjelp det var snakk om. Det eneste jeg fant på nett var sånn jeg ikke følte meg helt verdig på en måte, handlet mye om uventet barnedød. Følte egentlig ikke det var så mange fora å gå til, jeg valgte jo vekk. Det var ikke så mye sorggrupper som traff akkurat. De [sorggruppene] oppstår litt mer sporadisk her enn i store byer. Så hadde jeg kanskje møtt en gjeng med sørgende foreldre som hadde mista 1-åringen sin.

Jacob (2006) peker på at samfunnet anser noen «sorger» som mer legitime enn andre. Når svangerskapsavbrudd blir sett på som et valg, blir man ikke tilbudt de samme hjelpetjenestene som hvis man mister et barn etter fødsel (s. 124). Nemnda er den eneste instansen som er lovpålagt å snakke med kvinnen, men der står maktforholdet i veien for en formålstjenlig utveksling.

Bearbeidelse

Bearbeidelse av nemndsprosessen og fødselen tar tid. For mange er det en heftig påkjenning, for mens man lever med opplevelsen selv og bearbeider den, går hverdagen videre for de rundt. En del av bearbeidelsen er hvordan familie, venner og kolleger møter kvinnen i tiden etterpå. Det er på et kontinuum kvinnen møtes; i ene enden åpnes rommet for samtale og kvinnene får spørsmål og støtte fra de rundt, mens det i den andre enden er helt stille. Mange av kvinnene som opplever avbruddet som et tap, oppfatter berøringsangst fra de rundt, som tar avstand og ikke erkjenner at det er skjedd, når de egentlig vil få spørsmål som «tenker du på henne i dag?», «hvordan går det med deg?» og lignende. Julianne poengterer med humor at «du har ikke en smittsom sykdom, det er bare sorg liksom». Denne stillheten kaller Layne (2000) «culture of science», og Layne (2003)

⁴⁹ LUB har blant annet et lukket diskusjonsforum for foreldre som har mistet et barn. Heathcote (2014) viser hvordan vietnamesiske kvinner benytter nettbaserte forum der de kan snakke direkte til fosteret. Jeg finner ikke noe lignende i en norsk kontekst.

peker på at det er manglende muligheter til å ritualisere dette spesifikke tapet; mennesker rundt synes det er ukomfortabelt å snakke om døde barn, og det er vanskelig å reagere, for det finnes ikke «accepted cultural scripts for how to behave in such circumstances» (s. 69). Det er et tabu å snakke om døde barn, og det er vanskelig å plassere slike tap i en «sosial ramme», fordi «det ikke finnes ritualer eller seremonier som erkjenner tapene, bearbeider følelsene og utløser sympati slik man får ved tap av en levende person» (Sommerseth & Sundby, 2008, s. 45).

Bearbeidelsesprosessen kan ta flere år. Christina forteller at hun fortsatt er i den flere år etterpå, og påpeker at folk rundt kanskje ikke vet helt hva et svangerskapsavbrudd etter uke 12 innebærer:

Jeg tror ikke min beste venninne engang vet at jeg har FØDT! Det er ikke noe inngrep også er du ferdig ... Og det er litt sånn rart når man er så nær noen og en av de største tingene i livet ditt, så har jeg ikke helt sagt det. Det var en fødsel og det var en jente og ... Jeg holdt henne. I retrospekt er det jo helt syyykt. Å ha gått gravid, ut av jobb, føde, melk i puppene, tilbake til jobb. Jeg har ikke skjønt før nå hvor mye jeg har bearbeida og som jeg sikkert skulle brukt lenger tid på.

En viktig prosess som kvinnene selv trekker fram i sin bearbeidelse er det å snakke om sin historie i det hverdagslige, enten med partner, familie og venner, eller via kronikker, kunstprosjekter og andre offentlige kanaler. I dette rommet som gis samtale i det private og det offentlige, settes opplevelsene og følelsene ord på og blir meningsdannende. Det er sentralt i narrativ psykologi. For Alexandra har det vært viktig å fortelle, fordi historien hennes med å bli gravid på hormonspiral og gå nesten 18 uker uten symptomer er «helt syk, helt spinnvill», som hun sier selv. Å gå fra å finne ut at man er gravid til å ha født innen en uke var et annet sjokkmoment. Å ta innover seg hva som faktisk skjedde har en terapeutisk effekt hver gang hun forteller historien videre.

Når man åpner rommet og deler av sine erfaringer, forteller kvinnene at de ofte blir møtt med kvinner med lignende historier, om svangerskapsavbrudd, spontanaborter og dødfødsler. Dette kaller jeg «et fellesskap det ikke snakkes om». Julianne og Maria peker på når de deler på sosiale medier om sine erfaringer får de tilbakemeldinger, også fra andre som har vært i nemnd og kan relatere til deres beretninger. Slik knyttes også bånd med

andre med lignende erfaringer.

Mange av informantene mine har fått et engasjement på bakgrunn av deres erfaring, som også har vært viktig for bearbeidelsen. Dette diskuteres senere. En viktig del av bearbeidelsen for mange av kvinnene som gjennomgikk avbrudd ved ønsket graviditet var å komme til et punkt hvor man hadde avfunnet seg med framtidsbristene om å ikke bli familien man hadde sett for seg, men om å bli gravid på nytt.

«Å bli den gjengen man har lyst til å bli»: Å bli gravid på nytt?

«I mitt liv så er det illusjonen av at han skulle bo sammen med oss som er på en måte ... Som er brutt da ... Altså, jeg mista den fremtiden som jeg trodde jeg skulle få» (Aurora).

«En ny graviditet er ikke en trøst, er bare en lykke. Og så må du fremdeles håndtere sorgen og savnet ... Og alt det her skal du fremdeles få lov til å håndtere, men lykken er også en fin distraksjon. Så du glemmer kanskje saken litt mer. Men den er der, det er ikke en trøst» (Julianne).

Gjennom sorg- og bearbeidelsesprosessen blir mange kvinner og deres partnere møtt med fraser som «det er bra det skjedde så tidlig» og «dere er unge så dere kan jo prøve igjen». Når man er gravid og får barn på nytt blir mange gitt lykkeønskninger som «så fint at dere går videre så fort», «bra det ikke tok lenger tid» og «det er en trøst». Men barn nummer to er ikke et «replacement child» (Layne, 2003). Det avdøde fosteret blir ikke erstattet, selv når mennesker kommenterer dithen. Fostrene oppleves som egne individer som har satt sine spor, og mange har sine egne navn. Som nevnt ovenfor ønsker mange å bli møtt med spørsmål og åpenhet rundt hele prosessen, og forståelse for situasjonen; ikke at man «erstatte» fosteret med et annet. Framtiden med fosteret i magen ble «frastjålet», der man har sett for seg en framtid og denne forestillingen brister.

Alle mine informanter som var ønskede gravide, prøvde å bli gravide på ny etter avbruddet, men ikke alle ble det. Mange uttrykker et desperat behov for å få situasjonen – å være gravid – til å oppstå igjen, for å reparere framtidsbristene og bli den familien de var tiltenkt å bli, på en litt annen måte. Mange forteller at de venter på neste egglosning og menstruasjon for å prøve igjen, og opplever at menstruasjonssyklusen kan være uregelmessig og bruke lang tid på å stabilisere seg etter avbruddet. Maria og Fredrik ville

ha tette barn, og gleden var stor da graviditetstesten viste to streker et halvt år etter avbruddet. Det ble likevel vanskelig, med mange tanker og følelser rundt prosessen. «Ville vi fått Synne hvis det ikke hadde vært for Magnus?» Julianne peker også balanseringen av rollen som «tobarnsmor»; «du skal sørge over barnet ditt, men du skal også fostre det barnet som vokser i deg nå».

Rothman (1986) skriver om hvordan fosterdiagnostikk endrer svangerskapet ved at det blir «tentative» - det blir satt på vent. Mine funn viser også at det påfølgende svangerskapet blir satt på vent på et vis; man tør ikke glede seg og knytte seg til fosteret, fordi man er redd for at noe kan gå feil. Ritualiseringen begynner ikke rett etter at graviditetstesten er positiv, slik det forrige svangerskapet kanskje gjorde. For alle preger svangerskapet som ble avbrutt det neste, som hos alle mine informanter resulterte i et friskt barn. For mange er det forbundet en ekstrem angst, hos noen en dødsangst, for at noe skal gå feil igjen. Ingrid poengterer med en underliggende galgenhumor: «er det noe jeg har lært så er det at barn kommer med bekymringer før, under og etter svangerskapet». Noen har fått en skrekk for å ta ultralyd; det oppleves som retraumatiserende og en psykisk og fysisk utmattelse. Flere forteller at de «ikke trodde på» ultralydsvarene og at de aldri klarte å slappe av, selv om de fikk tilbud om nærmest ubegrenset ultralyd. Siden de tidligere har født foster med avvik har de rett på fosterdiagnostikk i neste svangerskap⁵⁰ (Helsenorge, 2019a). Det var Auroras første svangerskap som endte med avbrudd; hun har derfor aldri gjennomgått «et normalt» svangerskap, som hun sier. Hun forteller om belastningen i de påfølgende svangerskapene, og behovet for å kontrollere det man kan:

Jeg vet ikke hvordan det er for *vanlige* folk som ikke har opplevd at barna deres dør ... Men for min del så var det liksom å være på vakt da, kontinuerlig. For hva som kunne skje, som kunne skade dem. Mat, drikke, hva som helst liksom. Det var jo de 10 dagene jeg ikke visste om han første kom til å leve eller *dø*, ikke sant. Så gikk jeg rett i den samme følelsen når jeg ble gravid igjen, det bare fortsatte ... Og det er på en måte en sånn suuperheftig påkjenning på en måte, og gå rundt og tro at barnet ditt skal *dø* heeele tiden.

⁵⁰ Mange av mine informanter dro til Sverige og Danmark for å få gjennomført NIPT i tillegg som ekstra sikkerhet.

Ritualiseringsprosessen blir også satt på vent ved det neste svangerskapet. Svangerskapet er lenge preget av en viss distanse, og man unngår å fortelle om graviditeten, handle inn klær og utstyr, navngi og kjenne på en nærhet. For noen slipper frykten når de første prøvesvarene kommer tilbake med beskjeden om et friskt foster, for andre starter ikke ritualiseringsprosessen før nærmere fødselen, eller etterpå, og hele graviditeten er preget av angst og redsel. Ingrid forteller om sin ritualiseringsprosess som startet sent:

Jeg turte ikke glede meg før helt på tampen og helt til jeg satt med barnet i hendene, egentlig. Så jeg utsatte den prosessen og venta og veldig lenge med å kjøpe barnevogn og husker jeg ... Tror det var halvannen måned før [fødselen]. Jeg venta med alt ... Setter jo litt småting i graviditeten i perspektiv, da. Det gjør det jo. Jeg fikk jo aldri den gledesrusen over å være gravid igjen.

Dette peker på en distanse til fosteret i magen, som ikke var der på samme tid i det forrige svangerskapet. Ifølge Layne (2003) forsøker noen kvinner «to protect themselves emotionally by not getting too attached during a pregnancy» som følger etter tap, og peker på risiko og usikkerhet (s. 91). Disse faktorene gjør også at mange bekymrer seg for å ikke knytte seg like fort til det friske barnet som kommer etter fødsel, grunnet distanseringen som har preget dette svangerskapet.

For noen er det bare det første svangerskapet etter avbruddet som preges, for andre preger det alle graviditeter og om det blir flere barn. For alle kvinnene har erfaringen med nemndsbetinget avbrudd formet livene deres på måter som aldri gjør livet til det samme igjen. Opplevelsen og erfaringene tar de med seg videre i livet, og for mange har det gjort noe med deres politiske engasjement.

I retrospekt: Tanker om nemnda og politisk engasjement

Engasjement for å fjerne nemndene går igjen hos flere av informantene mine, og også noe av grunnen til at de sa ja eller tok initiativ til å delta i forskningsprosjektet – for å få stemmen og deres historier hørt.

At nemndas funksjon er udefinerbar, et problem for flere av kvinnene. Mange etterlyser et mandat der nemnda blir erstattet med muligheter for et mer nøytralt samtalerom, der man også kan utjevne maktbalansen, med andre rammer og forutsetninger for samtalen. For

Hanne ligger opplevelsen med nemnd «alltid litt i bakhodet», selv om tapet av Andreas og hvordan det har påvirket hennes liv er mer fremtredende i hverdagen. Christina ble gravid raskt etter avbruddet, og fikk ikke bearbeidet den prosessen før etter fødselen av det friske barnet sitt. I ettertid ser hun at nemnda var mye mer belastende enn hun trodde den var – «å være sørgende og stå og forsvare noe man ikke kan noe for», som hun sier. Linda poengterer at når nemnda innvilger eller avslår en kvinnes søknad om avbrudd, er det fordi deres mandat tilsier at de vet hva som er det rette for kvinnen. Når hun tenker tilbake på sine tre ulike reduksjonsnemnder for over 10 år siden, ser hun at «de som sa nei visste jo ikke best, for jeg fikk det innvilget av noen andre». Hun peker derfor på det sentrale ved abortloven og nemndsystemet; ulik praksis kan føre til ulike utfall. Når Camilla tenker på nemnda tenker hun at de er slemme, «the bad guys», som hun sier, selv om hun presiserer at hun ikke tror de ikke er dårlige mennesker. Hun forteller også at hun har hatt mareritt om nemnda – der nemndsmedlemmene har djevelhorn.

Flere av mine informanter har i tillegg engasjert seg politisk, om så i ulik grad, i spørsmålet om nemnd og abort. Debatten om å fjerne §2.3c og innføringen av §2a i abortloven høsten 2018 trekkes fram som et definerende øyeblikk av flere. Hanne reiste inn til Oslo kun for å delta i demonstrasjonen foran Stortinget. For henne og andre som Nina, Ingrid og Hege, «eksisterer» ikke lenger partiene Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre – regjeringspartiene som gikk inn for å innføre §2a. Linda, som alltid har stemt konservativt, stemte Rødt for første gang ved lokalvalget i 2019, kun på grunn av deres abortståsted og som kritikk av Høyres valg.

For Nina har styrking av informasjonsprosessen og å fjerne nemndene blitt en fanesak. Samtidig poengterer hun at man må vite hva man snakker om når man skal ha meninger om det – og at det er en fødsel og ikke en stikkpille etter uke 12. I det ligger også et tydelig ønske om mer informasjon fra systemet rundt kvinnen. Hva feiler det fosteret? Skal det fødes? Kan vi gjøre noe for deg?:

Det er jo faktisk sånn ... Fyfaen over 15 år siden og det er fortsatt likedan. Det er fortsatt så lite adgang til informasjon rundt eget svangerskap. Jeg har bare vært så forbanna på grunn av de greiene her. Så jeg kjemper jo for mine døtre og de damene mine sønner kan få barn med i fremtiden ... Det handler ikke om meg selv lenger.

Rapp (1999) så tendenser til at kvinner som gjennomgikk avbrudd grunnet avvik anså seg selv som «good mothers» og «good aborters» fordi de hadde en mer legitim grunn til å ta abort ved avvik enn «bad mothers» og «bad aborters» (s. 236-8). Informantene mine som ønsker endringer i abortloven har et engasjement som favner bredere, og som omhandler rettigheter for alle kvinner. De vil endre abortloven fordi de ikke ønsker at kvinner skal gjennomgå uønskede svangerskap.

«Det ble jo bestemt at jeg skal ha dette livet, så jeg må bare gjøre det jeg må»

752 kvinner fått endelig avslag etter klagenemndsbehandling siden 1979. Det er ca. 3% av alle begjæringer om svangerskapsavbrudd som er fremstilt for ei nemnd (Folkehelseinstituttet, 2021b). Avslaget er endelig i en norsk juridisk kontekst. Karine, Ada, og Alexandra hadde tenkt seg til utlandet hvis nemndene hadde avslått deres søknader. Camilla er den eneste av mine informanter som fikk endelig avslag av begge nemndene, og avslaget følte avgjørende. Camilla betegner det som «jævlige urettferdig» å være en av så få som har fått avslag. Hun og moren tenkte flere ganger rett etter avslaget at de skulle ha svart falsk på nemndas spørsmål, om Camilla skulle tatt på seg stygge og uskikkede klær, om de begge skulle ha dukket opp til nemndsmøtet luktende av alkohol, og lignende. Retorisk spør Camilla: «Hva ville fått de til å endre mening? Jeg ville jo ikke dette ... De så jeg ikke ville, men jeg følte de ikke brydde seg. Det er umenneskelig at sånne valg skal bare bli tatt bort fra deg». Camilla beskriver det som tøft å måtte gå gjennom en uønsket graviditet i ung alder, og få barn da hun selv var et barn. Hun beskriver det endelige avslaget fra nemnda som å miste kontroll over sin egen kropp og framtid.

Datteren hennes, Andrea, er i barneskolealder og Camilla presiserer flere ganger i løpet av intervjuet vårt at hun elsker datteren sin og er takknemlig for livet, slik det er i dag. Hun legger likevel ikke skjul på at det er mye hun har ofret. Camillas drøm om å bli lærer ble lagt på hylla da nemndene sa nei, og utfordringene med å være alenemor, økonomisk ansvarlig og hente og levere i barnehagen har vanskeliggjort å oppfylle drømmen og studenthverdagen til å gå rundt. Hverdagen i seg selv er nok. «Jeg elsker HENNE, jeg er glad for alt nå. Alt annet ... Hvordan livet har utviklet seg, liksom ... Ville jeg gjerne at skulle gått annerledes på en måte», som Camilla forteller. Hun ønsket å holde fast i det lille som var etter planen, siden alt annet, ved å få Andrea, ikke fulgte den. Det har vært tøft å stå alene i en uønsket situasjon, som hun gjorde alt for å komme seg ut av. Å se livet

til andre venninner gå videre med russetid, sene kvelder, utenlandsturer og å flytte til studentbyer i andre landsdeler, vel vitende om at hun kanskje aldri får gjøre det samme, har vært tøft. Selv om det ikke handler om liv og død, er det viktig der og da, i den livssituasjonen man er i. I dag har Camilla tanker om at hun i fremtiden kanskje vil gå gjennom en graviditet og fødsel på egne premisser:

Jeg har på en måte et ønske om ... Å kanskje være gravid igjen. Også for at jeg skal kunne glede meg over en graviditet og den første tiden som nybakt mamma. Du får jo ikke den tilbake. Jeg hata jo alt og alt var grusomt ... Så jeg har lyst til å føle de følelsene også.

Avsluttende bemerkninger

Dette kapitlet har sett på hvordan tiden etter nemndsmøtet og fødsel har vært for kvinnen. Alle kvinnene får framtidsbrister og gjennomgår en bearbeidelsesprosess etter avbruddet. I bearbeidelsesprosessen savnes det oppfølging fra det offentlige. Mange av kvinnene som er ønskede gravide ritualiserer også fosterets rolle etter fødsel, og er mødre. Vi må altså utvide matrescence-begrepet til å inkludere kvinner som er ønskede gravide, som av ved spontanabort, dødfødsel eller avbrudd grunnet avvik avbryter svangerskapet før termin.

Konklusjon

Kvinnerens opplevelser med sene svangerskapsavbrudd er forsket svært lite på, uavhengig av om svangerskapet har vært ønsket, uønsket, eller det har vært et ønske om fosterreduksjon. I denne oppgaven har jeg først skapt en forståelse av nemndssystemet gjennom makt og kunnskap, der nemndene er forestilt kollektivistiske. I disse nemndene opprettholdes et hierarki av ikke-legitime og legitime årsaker til svangerskapsavbrudd. Deretter har jeg undersøkt ønskede, ritualiserte, svangerskap, og omveltningen kvinnene opplever når de får beskjed om alvorlige avvik. Dette er etterfulgt av kvinnenes ulike opplevelser av å møte i nemnda og gjennomgå avbruddet, som er en induisert fødsel. Her møtes nemndas kollektivistiske ideer, der avbruddet for kvinnene blir presentert som individualistisk *valg*. «Abort» og «nemnd» blir ulike og flere ting (Mol, 2002), både for kvinnene som møter ulike nemnder, og i kontrast med nemndsmedlemmenes egne oppfatninger. Til sist reflekterer kvinnene over tiden etter avbruddet er gjennomført, fostrenes roller i deres liv, og mangelen på hjelp til å bearbeide prosessen fra offentlige instanser.

Abort blir omtalt som *et valg*, men jeg har vist at det er en rekke beslutninger, uavhengig av årsaken til at kvinnene møter i nemnd. Jeg har her skissert tre ulike «kategorier» kvinner som søker om svangerskapsavbrudd etter uke 12. For kvinnene som er ønskede gravide må vi utvide vår forståelse av «matrescence» til å forstå at man kan være mor uten et barn som noen gang har levd.

I likhet med Rapp (1999) savner jeg et fokus på minoritetskvinner og klasseperspektiver. Vi trenger mer forskning på hvordan minoritetskvinner opplever å gjennomgå nemndsbehandling. At man ofte er to i en abortprosess må også belyses, for når man snakker om «matrescence», har man da også «patrescence»? Det er kun biologiske kvinner som kan oppleve svangerskap og abort, derfor er kroppsliggjøring viktig å forske videre på. I samme vending kan man spørre hvorfor kvinnene blir oppfordret til å være «til stede» under abortfødsel, når det hittil er lite forskning på om det gjør det lettere for dem å prosessere? Dette trengs det mer forskning på.

Etterord

For mange er samtalen med meg første gang de forteller om sin opplevelse med å møte i nemnda. Mange har aldri fått profesjonell hjelp til å bearbeide sin opplevelse, der det har vært behov for det. Jeg har ofte følt meg som en slags utrent psykolog, som har fått utilsiktet trening til å lytte og validere følelser gjennom samtaler med kvinner. Jeg har alltid spurt mot slutten om hvordan det har vært for dem å dele sin opplevelse med meg. Alle har svart at det er fint og godt å faktisk kunne fortelle hele historien fra start til slutt – det er ingen tvil om at det er terapeutisk for mange. Dagen etter intervjuet mitt med Torill tikker det inn en melding:

«Takk for fin samtale i går. Greit å få sagt det til noen, faktisk!»

Det var først 50 år etter aborten at Torill fortalte «hele historien» om da hun avbrøt et uønsket svangerskap i uke 7. Torill har kun fortalt sin mann og noen venninner at hun har tatt abort. Hennes voksne barn vet ikke at hun tok abort før de ble født. Torill har aldri angret på at hun gjennomførte aborten. Det er min forståelse gjennom de mange samtalene jeg har hatt, at flere kvinner savner å høre historier om andre som har møtt i nemnd – på godt og vondt, og hvordan det var for dem. Mine informanter forteller at ønsker mer oppmerksomhet rundt *opplevelser* enn kvinners *moralitet* i abortdiskusjoner. Det er ikke nemnden som spiller hovedrollen i kvinnes aborthistorier. Det er historier om sjokk, sorg, trøblete relasjoner, taushet, kjærlighetssorg, angst og prevensjon som ikke fungerer. En kommentar er gjennomgående fra mine kvinnelige informanter: «Takk for at du forsker på dette!» De føler på mange måter at jeg gir dem en gave. Med denne gaven skapes det langvarige relasjoner mellom meg og mine informanter, og et ansvar om å gi noe tilbake i form av en ferdigprodusert masteroppgave, som også yter giveren (Mauss, 1954).

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg blitt spurt «hva er den beste løsningen for abortnemnda?» av kvinner, menn, leger, politikere, journalister, venner og familie. Alle har lurt på om jeg har noen «funn». Det er bemerkelsesverdig at diskusjonene om nemndene har foregått siden tidlig 2000-tall, meninger har blitt ropt ut og politikere har endret abortloven. Likevel er dette det første forskningsprosjektet som har tatt for seg hvordan flere ulike *typer* abortsøkende kvinner opplever abortnemnda. Jeg har fått høre 19 av mangfoldige historier fra kvinner som har møtt i nemnd for å forklare hvorfor hun ønsker å avbryte svangerskapet. Jeg har lappet disse historiene sammen til en

sammenhengende masteroppgave, som følger sine egne akademiske konvensjoner og standarder.

Dette er 19 kvinners stemmer om deres opplevelse med å møte i abortnemnd. Lytt til dem.

Litteraturliste

Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635>

Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Andaya, E. & Mishtal, J. (2017). The Erosion of Rights to Abortion Care in the United States: A Call for a Renewed Anthropological Engagement with the Politics of Abortion. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(1), 40–59.

<https://doi.org/10.1111/maq.12298>

Austveg, B. (2017). *Abort - en etisk argumentasjon*. Humanist Forlag.

Bauer, E. (2019). *Svangerskapets usikkerheter: Opplevelser av fosterdiagnostikk og selektiv abort* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.

Bioteknologiloven. (2003). *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.* (LOV-

2003-12-05-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100/>

Bjørvik, E. (2005). *Far og fosterdiagnostikk: Et kulturanalytisk perspektiv på fedres erfaringer og forståelser av fosterdiagnostikk* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

Borovoy, A. (2011). Beyond Choice: A New Framework for Abortion? *Dissent*, 58(4), 73–79. <https://doi.org/10.1353/dss.2011.0081>

Brock, J. K., Walsh, J. D. & Allen, V. M. (2021). The Effect of Fetal Trisomy 21 on Adverse Perinatal Obstetrical Outcomes in Nova Scotia, 2000-2019. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 43(5), 583–588.

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.09.019>

Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*.

Fagbokforlaget.

- Campbell, T. & Sitze, A. (2013). Introduction. *Biopolitics: An Encounter*. I T. Campbell & A. Sitze (Red.), *Biopolitics: A Reader* (s. 1–40). Duke University Press Books.
- Cater, J. K. (2011). Skype: A Cost-Effective Method for Qualitative Research. *Rehabilitation Counselors & Educators Journal*, 4, 10-17.
- Crapanzano, V. (1981). Rite of Return: Circumcision in Morocco. I W. Muensterberger & L. B. Boyer (Red.), *The Psychoanalytic Study of Society*. (Vol. 9, s. 15–36). Lawrence Erlbaum.
- Douglas, M. (2013). *Natural Symbols*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315015828>
- Duden, B. (1993). *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Harvard University Press.
- Edwards, J., Harvey, P. & Wade, P. (2010). *Technologized Images, Technologized Bodies*. Berghahn Books.
- Flatseth, M. (2009). *Førende forestillinger i fosterpolitikken: En metafor- og Diskursanalyse av hvordan kvinne, foster og abort blir konstituert i stortingsdebatter om abort og fosterdiagnostikk* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Folkehelseinstituttet. (2021a). A1: Svangerskapsavbrot: Antall begjæringar og utførte avbrot – Totalt, Antall. Antall og andelar [Statistikk].
http://statistikkbank.fhi.no/abort/index.jsp?headers=aargang&stubs=utfort_k&stubs=type_begjaring_k&type_begjaring_kslice=99&measure=common&utfort_ksubset=99%2C1+-+9&virtualslice=antall_value&aargangsubset=9999%2C1980%2C1985%2C1990%2C1995%2C2000%2C2005%2C2010+-+2020&layers=svlen_k&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fa1&svlen_kslice=99&utfort_kslice=99&aargangslice=999

[9&mode=cube&virtualsubset=antall_value&v=2&svlen_ksubset=99&type_begjaring_ksubset=99%2C1+-+2&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fa1_C1&top=yes](http://statistikkbank.fhi.no/abort/index.jsp?headers=aargang&svlen_ksubset=99&type_begjaring_ksubset=99%2C1+-+2&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fa1_C1&top=yes)

Folkehelseinstituttet. (2021b). A6: *Begjæringar om nemndbehandla*

svangerskapsavbrot – Totalt, Antall. Antall og andelar [Statistikk].

http://statistikkbank.fhi.no/abort/index.jsp?headers=aargang&stubs=type_nemnd_k&stubs=n_vedtak_k&measure=common&virtualslice=antall_value&utfort_ksubset=99&aargangsubet=9999%2C1980%2C1985%2C1990%2C1995%2C2000%2C2005%2C2010+-+2020&layers=utfort_k&layers=virtual&n_vedtak_kslice=99&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fa6&utfort_kslice=99&n_vedtak_ksubset=99%2C1+-+9&aargangslice=2020&mode=cube&v=2&virtualsubset=antall_value&type_nemnd_kslice=1&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fa6_C1&type_nemnd_ksubset=1+-+2&top=yes

Folkehelseinstituttet. (2021c). A7: *Nemndbehandla svangerskapsavbrot fordelt på*

vedtaksgrunnlag – Antall. Indikasjon i abortlova § 2, tredje ledd [Statistikk]

http://statistikkbank.fhi.no/abort/index.jsp?headers=aargang¶graf_grp_id_kslice=99&stubs=paragraf_grp_id_k¶graf_grp_id_ksubset=99%2C1+-+8&measure=common&virtualslice=antall_value&aargangsubet=9999%2C1979+-+2020&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStu

dy%2Fa7&aargangslice=2020&mode=cube&virtualsubset=antall_value&v=2&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fa7C1&top=yes

Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Foucault, M. (1995). *Discipline and Punish: The Birth of The Prison* (2. utg.). Vintage Books.

Foucault, M. (2007). *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977-78*. M. Senellart, F. Ewald & A. Fontana (Red.). Palgrave Macmillan.

Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-1979*. M. Senellart, F. Ewald & A. Fontana (Red.). Palgrave Macmillan.

Foucault, M. (2013a). Right of Death and Power over Life. I T. Campbell & A. Sitze (Red.), *Biopolitics: A Reader* (s. 41-60). Duke University Press Books.

Foucault, M. (2013b). "Society Must Be Defended," Lecture at the College de France, March 17, 1976. I T. Campbell & A. Sitze (Red.), *Biopolitics: A Reader* (s. 61-71). Duke University Press Books.

Frøystad, K. (2003). Forestillingen om det «ordentlige» feltarbeid og dets umulighet i Norge. I M. Rugkåsa & K. Trædal Thorsen (Red.), *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge* (s. 32-64). Gyldendal Akademisk.

Gammeltoft, T. (2003). The Ritualisation of Abortion in Contemporary Vietnam. *The Australian Journal of Anthropology*, 14(2), 129–143.

<https://doi.org/10.1111/j.1835-9310.2003.tb00226.x>

Gammeltoft, T. (2014). *Haunting Images: A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam*. University of California Press.

Gammeltoft, T. & Wahlberg, A. (2014). Selective Reproductive Technologies. *Annual*

Review of Anthropology, 43(1), 201–216.

<https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102313-030424>

Gammeltoft, T. & Wahlberg, A. (2018). Introduction: Kinds of Children. I T. Gammeltoft & A. Wahlberg (Red.), *Selective Reproduction in the 21st Century* (s. 1-24).

Palgrave Macmillan.

Gennep, A. van. (1960). *The Rites of Passage*. Routledge & Kegan Paul.

Geertz, C. (1974). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. I C.

Geertz *The Interpretation of Cultures: Selected Essays* (s. 3-30). Basic Books.

Geertz, C. (1983). *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*. Basic Books.

Ginsburg, F. D. & Rapp, R. (1995). Introduction: Conceiving the New World Order. I F.

D. Ginsburg & R. Rapp (Red.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (s. 1-18). University of California Press.

Gravplassloven. (1996). *Lov om gravplasser, kremasjon og gravferd* (LOV-1996-06-07-

32). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1996-06-07-32>

Grünfeld, B., Nyfeministenes & Kvinnefrontens abortgruppe (1973). *Selvbestemt abort:*

En kvinneverett. Pax Forlag.

Gullestad, M. (1984). *Kitchen-table Society: A Case Study of the Family Life and*

Friendships of Young Working-class Mothers in Urban Norway.

Universitetsforlaget.

Hagerup-Jenssen, T. (2019). *Sentral klagenemnd for abortsaker - Årsmelding for 2018*

(Rapport). Helsedirektoratet.

Hagerup-Jenssen, T. (2020). *Sentral klagenemnd for abortsaker - Årsmelding for 2019*

(Rapport). Helsedirektoratet.

Hagerup-Jenssen, T. (2021). *Sentral klagenemnd for abortsaker - Årsmelding for 2020*

(Rapport). Helsedirektoratet.

- Hanssen, I. (2005). Etikk og kulturelt mangfold. I Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (s. 171-192). Gyldendal.
- Heathcote, A. (2014). A Grief That Cannot be Shared: Continuing Relationships With Aborted Foetuses in Contemporary Vietnam. *Thanatos*, 3(1), 29-45.
- Heinsen, L. L. (2018). Moral Adherers: Pregnant Women Undergoing Routine Prenatal Screening in Denmark. I T. Gammeltoft & A. Wahlberg (Red.), *Selective Reproduction in the 21st Century* (s. 69-95). Palgrave Macmillan.
- Helsedirektoratet. (2019, 20. desember). *Abort (svangerskapsavbrudd) - Veileder til forskrift*. Helsedirektoratet. Hentet 10. juli 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift>
- Helsedirektoratet. (2020, 1. januar). *Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke*. Hentet 8. september 2021 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/abort/Informasjonsskriv%20til%20deg%20s%20om%20skal%20s%C3%B8ke%20om%20abort%20etter%20utgangen%20av%2012.%20svangerskapsuke.pdf/_attachment/inline/0eb88d5a-f6b1-43d6-a140-3f8cbaf8d438:4badcc1aa1deba628c2cd09dcd187e135a1550c4/informasjonsskriv%20til%20deg%20som%20skal%20s%C3%B8ke%20om%20abort%20etter%20utgangen%20av%2012.%20svangerskapsuke.pdf
- Helsenorge. (2019a, 30. januar). *Fosterdiagnostikk*. Helsenorge. Hentet 20. september 2021 fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/fosterdiagnostikk/>
- Helsenorge. (2019b, 9. september). *Ultralyd av gravide*. Helsenorge. Hentet 20. september 2021 fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/ultralyd-av-gravide/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 5. mars). *Meyer skal lede utvalg om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv*. Regjeringen.no. Hentet 24. september 2021 fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/meyer-skal-lede-utvalg-om-kvinnens-helse-og-helse-i-et-kjonnsperspektiv/id2837049/>

Helsetilsynet. (2005). *Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004*

(Rapport fra Helsetilsynet 1/2005). Statens helsetilsyn.

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport1_2005.pdf

Hooley, T., Marriott, J. & Wellens, J. (2012). *What is online research?* A & C Black Publishers Ltd.

Howell, S. (2001). Self-Conscious Kinship: Some Contested Values in Norwegian Transnational Adoption. I S. Franklin & S. McKinnon (Red.), *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies* (s. 203-223). Duke University Press.

Huschke, S. (2015). Giving Back: Activist Research with Undocumented Migrants in Berlin. *Medical Anthropology*, 34(1), 54–69.

<https://doi.org/10.1080/01459740.2014.949375>

Jacob, K. (2006). Unspoken Loss: The Experience of “Therapeutic” and Late-term Abortion. I K. Jacob (Red.), *Abortion Under Attack: Women on the Challenges Facing Choice* (s. 119-127). Seal press.

Janghorban, R., Roudsari, R. L. & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 24152.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>

Kimport, K., Weitz, T. A. & Freedman, L. (2016). The Stratified Legitimacy of Abortions. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(4), 503–516.

<https://doi.org/10.1177/0022146516669970>

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development*. Mosby Co.
- Kristensen, G. K., Ravn, M. N. & Sørensen, S. Ø. (2016). Reproduksjon i dagens Norge. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (Red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (s. 13-32). Fagbokforlaget.
- Layne, L. L. (2000). Baby Things as Fetishes? Memorial Goods, Simulacra, and the «Realness» Problem of Pregnancy Loss. I H. Ragoné & F. W. Twine (Red.), *Ideologies and Technologies of Motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism* (s. 111-138). Routledge.
- Layne, L. L. (2003). *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. Routledge.
- Low, M. & Merry, S. E. (2010). Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas. *Current Anthropology*, 51(S2), S203–S226. <https://doi.org/10.1086/653837>
- Luker, K. (1984). *Abortion and the Politics of Motherhood*. University of California Press.
- Løkeland-Stai, M. (2021, 13. mars). *Fakta om abort (med 2020-tal)*. Folkehelseinstituttet. Hentet 1. september 2021 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Madden, R. (2010). *Being Ethnographic: A Guide to the Theory and Practice of Ethnography*. SAGE Publications Ltd.
- Martin, E. (1992). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction* (Ny utg.). Beacon Press.
- Mauss, M. (1954). *The Gift: Forms and Functions of Exchange in Archaic Societies*. Cohen & West.
- Mauss, M. (1973). Techniques of the Body. *Economy and Society*, 2(1), 70-88.
- Melhuus, M. (2007). Procreative Imaginations: When Experts Disagree on the Meaning of Kinship. I M. E. Lien & M. Melhuus (Red.), *Holding Worlds Together:*

- Ethnographies of Knowing and Belonging* (s. 37-56). Berghahn Books.
- Melhuus, M. (2012). *Problems of Conception: Issues of Law, Biotechnology, Individuals and Kinship*. Berghahn Books.
- Melhuus, M. (2020). Sperm, Eggs, and Wombs: The Fabrication of Vital Matters Through Legislative Acts. I P. Harvey, C. Krohn-Hansen & K. G. Nustad (Red.), *Anthropos and the Material* (s. 122-142). Duke University Press.
- <https://doi.org/10.1515/9781478003311-007>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Morgan, L. M. & Roberts, E. F. (2012). Reproductive Governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254.
- <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Murray, M. (2008). Narrative Psychology. I J. Smith (Red.), *Qualitative psychology. A Practical Guide to Research Methods* (2. utg., s. 111-132). SAGE Publications Ltd.
- NHI. (2021, 20. september). *Dødfødsel*. NHI.no. Hentet 1. november 2021 fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsykommer/komplikasjoner-i-svangerskapet/dodfodselsykommer>
- NOU 1999: 13. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-13/id141704/>
- Ortner, S. B. (1972). Is Female to Male as Nature Is to Culture? *Feminist Studies*, 1(2), 5–31. <https://doi.org/10.2307/3177638>
- Ortner, S. B. (1973). On Key Symbols. *American Anthropologist*, 75(5), 1338–1346.
- <https://doi.org/10.1525/aa.1973.75.5.02a00100>
- Passaro, J. (1997). «You Can't Take the Subway to the Field!»: «Village» Epistemologies in the Global Village. I A. Gupta & J. Ferguson (Red.), *Anthropological Locations:*

- Boundaries and Grounds of a Field Science* (s. 147-162). University of California Press.
- Raphael, D. (1975). Matrescence, Becoming a Mother, A «New/Old» *Rite de Passage*. I D. Raphael (Red.), *Being Female: Reproduction, Power, and Change* (s. 65-72). Mouton Publishers.
- Rapp, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Routledge.
- Rapp, R. (2011). Reproductive Entanglements: Body, State, and Culture in the Dys/Regulation of Child-Bearing. *Social Research*, 78(3), 693-718.
- Ravn, M. N. (2004). *En kropp: To liv. Svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen – en antropologisk analyse* [Doktorgradsavhandling]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Ravn, M. N. (2016). «Vi er gravide»? Hvordan likestillingsorienterte vordende fedre «gjør» svangerskap. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (Red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (s. 105-120). Fagbokforlaget.
- Reinar, L. M., Smedslund, G., Fretheim, A., Hofmann, B. & Thürmer, H. (2008). *Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet* (Rapport fra Kunnskapscenteret nr 11–2008 Systematisk kunnskapsoppsummering). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_08_11-rutinemessig-ultralydundersokelse-i-svangerskapet.pdf
- Risøy, S. M. (2009). *Sårbar, suveren og ansvarlig: Kvinneres fortellinger om Fosterdiagnostikk og selektiv abort* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Risøy, S. M. & Sirnes, T. (2015). The Decision: Relations to Oneself, Authority and Vulnerability in the Field of Selective Abortion. *BioSocieties*, 10(3), 317–340.

<https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.39>

Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H. & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 112704.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>

Rothman, B. K. (1986). *The Tentative Pregnancy*. Penguin Books.

Sex & Samfunn. (2020). *Prevensjonsguiden*. Sex & Samfunn. Hentet 27. september 2021

fra <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2020/11/Prevensjonsguiden-september-2020-digital-versjon.pdf>

Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Schneider, D. M. (1968). *American Kinship: A Cultural Account (Anthropology of Modern Societies)*. Prentice-Hall.

Schneider, D. M. (1980). *American Kinship: A Cultural Account* (2. utg.). University of Chicago Press.

Singer, M. & Baer, H. A. (2012). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action* (2. utg.). AltaMira Press.

Smedal, O. H. (2001). Innledning: Modeller, fenomener og realiteter. I S. Howell & M. Melhuus (Red.), *Blod – tykkere enn vann? Betydninger av slektskap i Norge* (s. 9-44). Fagbokforlaget.

Solli, T. (2021). *Feltrapport* [Eksamensinnlevering i ANTH4200-Fieldwork]. Universitetet i Oslo. Upublisert.

Sommerseth, E. (2010). *Uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.

Sommerseth, E. & Sundby, J. (2007). Kvinneres erfaringer i møte med abortnemnda ved

- Sene svangerskapsavbrudd. *Sykepleien Forskning*, 3, 156-164.
- Sommerseth, E. & Sundby, J. (2008). Ultralydscreening som kroppslig erfaring ved misdannelser på fosteret. *Vård i Norden*, 2(88), 42-46.
- St. Olavs Hospital. (2020, 20. september). *Fosterreduksjon*. St. Olavs hospital. Hentet 26. september 2021 fra <https://stolav.no/behandlinger/fosterreduksjon>
- Stopler, G. (2015). Biopolitics and Reproductive Justice: Fertility Policies Between Women's Rights and State and Community Interests. *University of Pennsylvania Journal of Law and Social Change*, 18(2), 169-207.
- Strathern, M. (1992a). *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*. Cambridge University Press.
- Strathern, M. (1992b). *Reproducing the Future*. Amsterdam University Press.
- Strathern, M. (1995). Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship. I F. D. Ginsburg & R. Rapp (Red.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (s. 346-363). University of California Press.
- Sufrin, C. (2019). When the Punishment is Pregnancy: Carceral Restriction of Abortion in The United States. *Cultural Anthropology*, 34(1), 34–40.
<https://doi.org/10.14506/ca34.1.06>
- Uavhengig ekspertgruppe. (2013). *Uavhengig ekspertgruppe for vurdering av svangerskapsavbrudd* (Rapport). Helsedirektoratet.
<https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-buskerud/dokument-fmbu/helse-og-omsorg/helsetjenester/rapport-ekspergruppe-senaborter.pdf>
- White, K., deMartelly, V., Grossman, D. & Turan, J. M. (2016). Experiences Accessing Abortion Care in Alabama among Women Traveling for Services. *Women's Health Issues*, 26(3), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.01.003>
- Zordo, S. de (2018). From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in

Italy and Cataluña. *Global Public Health*, 13(6), 711–723.

<https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1293707>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Oversikt over abortsøkende informanter

Her følger en oversikt over mine informanter som har søkt om svangerskapsavbrudd i nemnda. Her skrives omtrentlig gestageringsalder ved nemndsmøtet, om svangerskapet var ønsket eller ikke, og om de møtte i klagenemnd. Listen er organisert alfabetisk.

Ada

- I uke 18
- Uønsket graviditet

Alexandra

- I uke 18
- Ca. Uønsket graviditet

Anniken

- I uke 16
- Ønsket graviditet

Aurora

- Over 22 uker
- Ønsket graviditet
- Møtte i klagenemnd

Camilla

- I uke 18
- Uønsket graviditet
- Møtte i klagenemnd
- Søknad om avbrudd ikke innvilget

Christina

- I uke 18
- Ønsket graviditet

Elisabeth

- I uke 18
- Ønsket graviditet

Hanne

- Over 22 uker
- Ønsket graviditet

Hege

- I uke 19
- Ønsket graviditet

Hilde

- I uke 15
- Ønsket graviditet

Ingrid

- I uke 16
- Ønsket graviditet

Julianne

- I uke 20
- Ønsket graviditet

Karine

- I uke 17
- Uønsket graviditet

Karoline

- I uke 13 ved innvilgelse, men besluttet å ikke avbryte svangerskapet
- Uønsket graviditet

Linda

- Møtte i nemnd før uke 12, var i uke 13 ved tidspunkt for fosterreduksjon
- Ønsket graviditet to ganger, ønsket å redusere fra tre til to begge gangene

Maria

- Over 22 uker
- Ønsket graviditet
- Møtte i klagenemnd

Marthe

- I uke 14
- Ønsket graviditet

Nina

- I uke 19
- Ønsket graviditet

Torill

- I uke 7
- Uønsket graviditet

Vedlegg 2 – Mal for vedtak i abortnemnd

U. off. etter offentleglova
§ 13 første ledd, jf. fvl. §
13 første ledd nr. 1

Vedtak [xx.xx.xxxx] om [avslag/innvilgelse] [Fjern det som ikke passer] av begjæring om svangerskapsavbrudd

Saken gjelder

Abortnemnda ved [navn på nemnda] har behandlet begjæring om svangerskapsavbrudd fra [navn på søker] født [xx.xx.xxxx], datert [xx.xx.xxxx].

Vedtak

Nemnda har behandlet begjæringen og har kommet til følgende vedtak:

Begjæringen om svangerskapsavbrudd [innvilges/avslås]. [Fjern det som ikke passer].

Rettslig grunnlag

Abortloven § 2 bokstav a), b), c), d), e) eller abortloven § 2a. [Fjern det som ikke passer].

Faktisk grunnlag

[Her må nemnda kort skrive hva som er det faktiske grunnlaget i saken.]

Nemnda må vise til sentrale dokumenter hvis dette foreligger, for eksempel rapport om kvinnens livsforhold, funn ved ultralyd og om svangerskapets varighet. Innholdet og betydningen av dokumentene bør nemnda kommentere i begrunnelsen (under nemndas vurdering).

Det skal også kort fremgå hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon, og hennes begrunnelse for begjæringen.

Det faktiske grunnlaget må fremstilles slik at det er mulig for kvinnen og eventuelt den sentrale klagenemnda å ta stilling til om lovens vilkår er oppfylt.]

Eksempel på faktisk grunnlag:

Begjæringen om svangerskapsavbrudd er begrunnet med at [...]. Det fremgår av ultralydfunn [xx.xx.xxxx] at [...]. Det fremgår av sosialrapport [xx.xx.xxxx] at [...]. Under samtalen med kvinnen fremkommer det at [...].

Nemndas vurdering

[Her må nemnda kort begrunne hvorfor den innvilger eller avslår søknaden. Kvinnen og eventuelt den sentrale klagenemnda skal ut fra begrunnelsen forstå hva nemnda har lagt vekt på og hvorfor. Kravet til begrunnelse skjerpes ved avslag.]

Eksempel på innvilgelse:

Det er et vilkår for svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2 bokstav c at det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom på grunn av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet. På bakgrunn av undersøkelse [xx.xx.xxxx], som viser [...], har nemnda kommet til at det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom på grunn av arvelige anlegg.

Eksempel på avslag:

Det er et vilkår for svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2 bokstav b at svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon.

Nemnda har kommet til at begjæringen om svangerskapsavbrudd må avslås. Nemnda har lagt vekt på at svangerskapet har kommet langt, og at de forholdene kvinnen har vist til, ikke kan anses tilstrekkelige til å få innvilget svangerskapsavbrudd. Nemnda viser til sosialrapporten der det fremgår at [...].

Konklusjon

Begjæringen om svangerskapsavbrudd [avslås/innvilges]. *[Fjern det som ikke passer].*

[Nemndmedlemmenes navn og underskrifter]

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Informasjonsskriv utsendt til abortsøkende kvinner

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kvinnens opplevelse av abortnemnda i Norge”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å vite mer om hvordan kvinner opplever abortnemnda i Norge i dag. Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få innsikt i kvinnens historier om deres opplevelse av abortnemnda etter utgangen av 12. svangerskapsuke. I tillegg til dette spesifikke og dyptgående spørsmålet vil jeg også vite mer om den politiske organisering bak ulike interessegrupper og hvorfor de engasjerer seg. Menneskene som jobber i abortnemnda, med å utføre aborter og ta vare på kvinnen etter en abort er utført kan også ha ulike standpunkt på dette. Kvinnens opplevelse av selve aborten er ikke fokuset i denne oppgaven. Hvilken funksjon har abortnemnda og hva er dens styrker og svakheter? Er det viktigste hva som er til kvinnens beste? Kan kvinner ha ulike opplevelser av abortnemnda basert på grunnen til at det søkes om senabort? Det debatteres om nemndens funksjon i ny og ne, men det finnes lite forskning som viser hvordan kvinnene selv, som står midt i det som kan være en utrolig vanskelig situasjon, opplever den omdiskuterte nemnda og prosessen rundt dette.

Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du har søkt om en senabort som behandles av primærnemnda, enten nylig eller lenger tilbake i tid. Du har også kanskje vært i klagenemnda for abortsaker.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det deltakende observasjon og intervju. Deltakende observasjon vil forhåpentligvis skje i ditt hjem, ute mens du går tur, mens du handler og så videre. Det kan enten foregå før/etter intervjuet eller en annen gang. Dette er for å ta del i aktiviteter med trygge rammer for deg. Intervjuet vil ta ca. 1,5 time. Hvis mulig og ønskelig vil flere intervjuer bli utført. Intervjuet inneholder spørsmål om din opplevelse av abortnemnda, samt ditt hverdagslige liv. Det vil ikke direkte stilles spørsmål om selve aborten. Det vil heller ikke direkte stilles spørsmål om politisk oppfatning, filosofisk overbevisning og/eller religion, men dersom du ønsker å informere om dette bes det om samtykke til at opplysningene inngår i datamaterialet for videre analyse. Svarene dine vil bli tatt opp elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke din behandling ved sykehuset og abortnemnd.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg, Tilla Solli, og min veileder vil være de eneste med tilgang til den personlige dataen som er innhentet.
- Jeg vil erstatte navnet ditt og din kontaktinfo med en kode. Listen over navn, kontaktinfo og respektive koder vil bli oppbevart separat fra resten av den innhentede dataen. Innhentet data vil bli oppbevart på en forskningsserver (TSD – Tjenester for Sensitive Data), levert av Universitetet i Oslo. De innspilte intervjuene vil bli lastet opp til forskningsserveren kort tid etter intervjuet og deretter slettet fra enheten.
- Kun din alder (f. eks. 20-årene, 30-årene) og i hvilken svangerskapsuke du kontaktet primærnemnda (og eventuelt innvilget eller avslått søknad, samt potensiell kontakt med klagenemnda for abortsaker) vil bli publisert. Hvis det er relevant, vil også grunnen til at du søkte om abort i nemnda bli skrevet om. Du vil bli gitt et pseudonym.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, som etter planen er i slutten av 2021/tidlig vår 2022.

Datamaterialet i anonym form vil ikke slettes ved prosjektslutt, men bli arkivert for senere doktorgradsforskning og lagres på ubestemt tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Jon Henrik Ziegler Remme, via email: (j.h.z.remme@sai.uio.no).

- Vårt personvernombud ved Universitetet i Oslo: Roger Markgraf-Bye, via email: (personvernombud@uio.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jon Henrik Ziegler Remme (Forsker/veileder)

Tilla Solli (Mastergradsstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kvinneres opplevelse av abortnemnda i Norge», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i deltakende observasjon
- at Tilla Solli kan kontakte meg igjen for hennes forskning på mastergradsnivå, for oppfølgingsintervjuer og eventuelle spørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Informasjonsskriv utsendt til helsepersonell

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kvinnens opplevelse av abortnemnda i Norge”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å vite mer om hvordan kvinner opplever abortnemnda i Norge i dag. Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få innsikt i kvinnens historier om deres opplevelse av abortnemnda etter utgangen av 12. svangerskapsuke. I tillegg til dette spesifikke og dyptgående spørsmålet vil jeg også vite mer om den politiske organisering bak ulike interessegrupper og hvorfor de engasjerer seg. Menneskene som jobber i abortnemnda, med å utføre aborter og ta vare på kvinnen etter en abort er utført kan også ha ulike standpunkt på dette. Kvinnens opplevelse av selve aborten er ikke fokuset i denne oppgaven. Hvilken funksjon har abortnemnda og hva er dens styrker og svakheter? Er det viktigste hva som er til kvinnens beste? Kan kvinner ha ulike opplevelser av abortnemnda basert på grunnen til at det søkes om senabort? Det debatteres om nemndens funksjon i ny og ne, men det finnes lite forskning som viser hvordan kvinnene selv, som står midt i det som kan være en utrolig vanskelig situasjon, opplever den omdiskuterte nemnda og prosessen rundt dette.

Hvordan tenker vi på familier i Norge i dag? Hva er morskap og farskap, og hva tenker vi om de ulike måtene man kan skape familier på i dag, med all den teknologien vi har foran oss? Når starter og slutter begynnelsen på livet?

Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du jobber i primærnemnda, utfører aborter eller har en annen medisinsk jobb som gjør at du tett kommer på kvinner som har vært i primærnemnda eller klagenemnda for abortsaker, eller vurderer å oppsøke abortnemnda.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det intervju. Intervjuet vil ta ca. 1,5 time. Hvis mulig vil flere intervjuer bli utført. Intervjuet inneholder spørsmål om din jobb ved nemnda/sykehuset og dine opplevelser fra denne jobben, innenfor rammene som tillates av taushetsplikt- og andre personvern hensyn. Svarene dine vil bli tatt opp elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg, Tilla Solli, og min veileder vil være de eneste med tilgang til den personlige dataen som er innhentet.
- Jeg vil erstatte navnet ditt og din kontaktinfo med en kode. Listen over navn, kontaktinfo og respektive koder vil bli oppbevart separat fra resten av den innhentede dataen. Innhentet data vil bli oppbevart på en forskningsserver (TSD – Tjenester for Sensitive Data), levert av Universitetet i Oslo. De innspilte intervjuene vil bli lastet opp til forskningsserveren kort tid etter intervjuet og deretter slettet fra enheten.
- Kun din alder (f. eks. 20-årene, 60-årene), kjønn, stilling og relevans (f. eks. lege i primærnemnda, sykepleier på gynekologisk sengepost) og hvor lenge du har jobbet i denne/andre relevante jobber vil bli publisert. Stedet du jobber vil ikke bli publisert, men gitt geografisk plassering, f. eks. «Østlandet». Du vil bli gitt et pseudonym.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, som etter planen er i slutten av 2021/tidlig vår 2022.

Datamaterialet i anonym form vil ikke slettes ved prosjektslutt, men bli arkivert for senere doktorgradsforskning og lagres på ubestemt tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Jon Henrik Ziegler Remme, via email: (j.h.z.remme@sai.uio.no).
- Vårt personvernombud ved Universitetet i Oslo: Roger Markgraf-Bye, via email: (personvernombud@uio.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jon Henrik Ziegler Remme (Forsker/veileder)

Tilla Solli (Mastergradsstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kvinneres opplevelse av abortnemnda i Norge», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i deltakende observasjon
- at Tilla Solli kan kontakte meg igjen for hennes forskning på mastergradsnivå, for oppfølgingsintervjuer og eventuelle spørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Informasjonsskriv utsendt til politisk aktive

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kvinnens opplevelse av abortnemnda i Norge”?

Det er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å vite mer om hvordan kvinner opplever abortnemnda i Norge i dag. Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få innsikt i kvinnens historier om deres opplevelse av abortnemnda etter utgangen av 12. svangerskapsuke. I tillegg til dette spesifikke og dyptgående spørsmålet vil jeg også vite mer om den politiske organisering bak ulike interessegrupper og hvorfor de engasjerer seg. Menneskene som jobber i abortnemnda, med å utføre aborter og ta vare på kvinnen etter en abort er utført kan også ha ulike standpunkt på dette. Kvinnens opplevelse av selve aborten er ikke fokuset i denne oppgaven. Hvilken funksjon har abortnemnda og hva er dens styrker og svakheter? Er det viktigste hva som er til kvinnens beste? Kan kvinner ha ulike opplevelser av abortnemnda basert på grunnen til at det søkes om senabort? Det debatteres om nemndens funksjon i ny og ne, men det finnes lite forskning som viser hvordan kvinnene selv, som står midt i det som kan være en utrolig vanskelig situasjon, opplever den omdiskuterte nemnda og prosessen rundt dette.

Hvordan tenker vi på familier i Norge i dag? Hva er morskap og farskap, og hva tenker vi om de ulike måtene man kan skape familier på i dag, med all den teknologien vi har foran oss? Når starter og slutter begynnelsen på livet?

Dette er en del av en masteroppgave i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du er politisk aktiv/interessert i abortdebatten i Norge.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det deltakende observasjon og intervju. Den deltakende observasjonen vil foregå ved for eksempel politiske møter, protester og lignende. Intervjuet vil ta ca. 1,5 time. Hvis mulig vil flere intervjuer bli utført. Intervjuet inneholder spørsmål angående din politiske aktivitet og erfaringene du har derfra. Svarene dine vil bli tatt opp elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg, Tilla Solli, og min veileder vil være de eneste med tilgang til den personlige dataen som er innhentet.
- Jeg vil erstatte navnet ditt og din kontaktinfo med en kode. Listen over navn, kontaktinfo og respektive koder vil bli oppbevart separat fra resten av den innhentede dataen. Innhentet data vil bli oppbevart på en forskningsserver (TSD – Tjenester for Sensitive Data), levert av Universitetet i Oslo. De innspilte intervjuene vil bli lastet opp til forskningsserveren kort tid etter intervjuet og deretter slettet fra enheten.
- Kun din alder (f. eks 20-årene, 60-årene), kjønn og ditt politiske ståsted vil bli publisert. Du vil bli gitt et pseudonym.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, som etter planen er i slutten av 2021/tidlig vår 2022.

Datamaterialet i anonym form vil ikke slettes ved prosjektslutt, men bli arkivert for senere doktorgradsforskning og lagres på ubestemt tid.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Jon Henrik Ziegler Remme, via email: (j.h.z.remme@sai.uio.no).
- Vårt personvernombud ved Universitetet i Oslo: Roger Markgraf-Bye, via email: (personvernombud@uio.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jon Henrik Ziegler Remme (Forsker/veileder)

Tilla Solli (Mastergradsstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kvinneres opplevelse av abortnemnda i Norge», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i deltakende observasjon
- at Tilla Solli kan kontakte meg igjen for hennes forskning på mastergradsnivå, for oppfølgingsintervjuer og eventuelle spørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Abortsøkende kvinner

Bakgrunn:

- Fortell om deg selv
- Familie og konstruksjon, religion, jobb, oppvekst, relasjoner, fritid, svigerfamilie, søsken

Din opplevelse av prosessen:

- Fortell om din opplevelse fra graviditet til nemnd
- Møte med genetisk veileder/annet helsepersonell som sosionom
- Forventninger og forberedelser?
- Følelser i det hele
- Hvem sitt valg? Frivillig? Eget? Flere med? Overveielser?
- Visste du «hva du gikk til»? Visste du om nemnda?
- Ivaretagelse av helsevesenet i prosessen?
- Spørsmål og prosessen i selve nemndsmøtet? Dine erindringer
- Hva fortalte du til nemnda?
- Sinnsstemning før/etter nemnda og limbotid?
- Tidsperspektivet?
- Distanse/nærhet egen kropp og fosteret
- Hvem var med på prosessen?

(Klagenemnd – hvis relevant):

- Fortell om opplevelsen, få beskjeden, følelser
- Møte 5 versus 2?
- Hva ble sagt og fortalt?

Tiden etterpå:

- Hvordan husker du det? Tenker du mye på det i dag? Hva tenker du om opplevelsen i dag?
- Hvem fortalte du til/hvem vet i dag?
- Mennesker, familie og venner i tiden etterpå og i dag?
- Følelser knyttet til egen kropp
- Måttet ofre noe?
- Bearbeidelse – hvordan?
- Åpenhet, sorg, terapi, hverdag?
- Din bakgrunn – din opplevelse – relevans?

- Endret syn på abort/nemnd?
- Bakgrunn for kronikk/offentlighet (der relevant)
- Ultralyd i dag? (tidlig ultralyd, NIPT osv)
- Tanker om nemndas framtid?
- Senere svangerskap?

Psyke:

- Hvordan har du det i dag?
- Rådgiving og oppfølging i tiden etterpå
- Stresshåndtering? Sinneutløp?
- Sorggrupper? (Der relevant)
- «Mental calendar of grief»? (Der relevant)
- Tanker og følelser da jeg tok kontakt/info ble lagt ut

Helsepersonell

Bakgrunn:

- Utdanning, yrkeskarriere og veien dit
- En hverdag på jobb for deg
- Nemndsopplæring?

Spørsmål til primærnemnda:

- Prosessen og din rolle
 - o Hva føler du din rolle er? Beskriv
 - o Det andre medlemmet som er med deg i nemnda?
- Organisatoriske rundt det: faste møtedager, møtested osv.
- Hva er viktigheten av (primær)nemnda i din mening? Funksjon?
- Hvordan oppfatter du kvinnene (eventuelt også mennene) som møter nemnda? Tilstand?
- Hvordan tror du kvinner og menn opplever å møte i nemnda?
- Hva tror du ville skjedd hvis nemndene ble fjernet i dag?
- Hvordan utøves skjønn i nemndsbehandlingen? Vektlegging?
 - o Hvordan vektet fosterets «krav» og kvinnens mening?
 - o Levedyktighet? Fosterets utvikling?
- Nemnda som fosterets advokat – hvordan tenker nemnda om mor/barn som adskilte, når det i noen tilfeller handler om levedyktighet/kvinnens livssituasjon og et liv fosteret kan få?
 - o Kvinnen/fosteret behandlet ulikt?
 - o (Hva med far?)
- Hvem skal ta beslutningen? Viktige argumenter?
- Hvordan merkes innstrammingen av abortloven?
- Fortell om muntlig og skriftlig informasjon og samtykke
- Hvordan er det å overlevere beslutningen?
- Hva er kvinnens beste? Vil du si at kvinner i dag har tilgang til fri abort?
- Blir kvinner noen gang spurt om opplevelsen i etterkant?
- Hva er morskap og farskap? Hvordan skaper man en familie på egne premisser i Norge i dag?
- Tanker om nemndas framtid, teknologi og politikk?
- Tanker om ulike nemnder, ulikt utfall og ulike opplevelser?
- Nemnda som rettsinstans – tanker?

- Ingen jurist før klagenemnd – tanker?
- Tanker om klagenemndas struktur – der er det 5 vs 2 i primærnemnd – hva hvis de fatter annen beslutning?

Spørsmål til klagenemnda:

- Forklar prosessen og din rolle
 - Din rolle i nemnda vs de andres – implikasjoner
 - Samtale med primærnemnd i forkant?
 - Klagenemndas prosess? Diskusjon i forkant?
- Skjønnsutøvelse? Hva ligger til grunn? Hvem skal ta beslutningen? Regelverket binder
 - Hvordan fatter klagenemnda en beslutning? Samkjørte? Uenigheter?
 - Hva er «tungtveiende» grunner?
- Hvordan oppfatter dere kvinnene som kommer til dere og tilstand?
- Hvordan tror du klagenemnda oppleves for kvinner (og menn)?
- Klagenemnda som håp – tanker?
- Nemnda som rettsinstans – tanker?
 - Ingen jurist før klagenemnd – tanker?
- Hvordan reagerer dere når en kvinne får avslag og har en fysisk reaksjon?
- Hvordan merkes innstramming i abortloven?
- Nemnda som fosterets advokat – hvordan tenker nemnda om mor/barn som adskilte, når det i noen tilfeller handler om levedyktighet/kvinnens livssituasjon og et liv fosteret kan få?
 - Kvinnen/fosteret behandlet ulikt?
 - (Hva med far?)
- Viktighet/behov for klagenemnd? Funksjon og intensjon? Nemndsystemets framtid?
- Tanker om nemndas framtid, teknologi og politikk?
- Tanker om ulike nemnder, ulikt utfall og ulike opplevelser?

Spørsmål til sekretær:

- Forklar prosessen og din rolle
- Nemndas funksjon?
- Hvordan tror du nemnda oppleves for kvinner og menn?

- Hva tror du ville skjedd hvis nemndene ble fjernet?
- Hvordan merkes innstramming i abortloven?
- Nemnda og COVID?
- De personene som er med kvinnen i nemnda? Oppfattelse?
- Muntlig og skriftlig informasjon og samtykke
- Hva føler du din rolle er? Viktig og anerkjent jobb?
- Oppfølging av kvinner i etterkant?
- Abortnemndkonferansen
- Kontakt med klagenemnda?
- Tanker om nemndas framtid, teknologi og politikk?

Politisk aktive

Bakgrunn:

- Fortell om organisasjonens formål, arbeidshverdag og organisasjonens sammensetning
- Hvem jobber her?
- Hvordan kom du inn i organisasjonen?


Om reproduksjon:

- Hvordan skapes familier i Norge i dag?
- Hva er morskap (og farskap)?

Om abort og nemnd:

- Syn på abort og nemnd?
 - o Hvordan tror du det oppleves for kvinner?
 - o Hva baseres synet på?
- Religion og påvirkning?
- Abortnemndas funksjon?
- Hvordan merkes motstandere? Hvordan ser de på dere?
- Hvem beskytter nemnda? Hvem er den positiv for? Kvinnen og fosteret behandlet ulikt?
- Ulike nemnder, ulikt utfall – geografisk – tanker?
- Tanker om nemndas framtid, teknologi og politikk?

Vedlegg 5 – Skjema: begjæring om svangerskapsavbrudd

 Helsedirektoratet		Til avdeling / nemnd	
Begjæring om svangerskapsavbrudd			
<small>Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endring i lov av 16. juni 1978 nr. 66.</small>			
Navn		Født	
Adresse			
		Telefon	
<p>Jeg begjærer å få utført svangerskapsavbrudd. Jeg er orientert om inngrepets art og medisinske virkninger, og har blitt spurt om jeg ønsker informasjon og veiledning om hvilken bistand samfunnet kan gi meg dersom mitt svangerskap fører til alvorlige vansker (jf. abortloven §§ 2 og 5).</p>			
Sted, dato		Underskrift	
<p>Følgende utfylles bare dersom forhold som omtalt i abortloven § 4 foreligger: UNDERTEGNEDE SOM ER VERGE FOR ovennevnte søker, er kjent med den foreliggende begjæringen om svangerskapsavbrudd og har mottatt informasjon om inngrepets art og medisinske virkning (jf. abortloven § 5).</p>			
Sted, dato		Underskrift	
Adresse			
		Telefon	
Kopi til kvinnen/eventuelt vergen hvis ønsket			

Vedlegg 6 – «Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke»



Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke

I Norge har kvinner selv rett til å bestemme om de vil avbryte et svangerskap i løpet av de tolv første ukene av graviditeten (11 uker og 6 dager). Hvis du ønsker å ta abort etter dette, må du sende en søknad til en abortnemnd om å få utført abort. Svangerskapets varighet regnes fra første dag av siste menstruasjon, men fastsettes mer nøyaktig med ultralydmåling. Du har krav på å få den informasjonen du mener at du behøver, før du bestemmer deg for om du vil avbryte svangerskapet.

For å søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke (11 uker og 6 dager), kan du henvende deg direkte til sykehuset, ta kontakt med fastlegen din, en gynekolog eller en annen lege. Det er viktig at du får time i løpet av kort tid. Hvis du er usikker på når du hadde siste menstruasjon eller hvis du har uregelmessig menstruasjon, er det viktig at du opplyser om dette når du ringer legen/sykehuset.

Legen du tar kontakt med skal utforme en skriftlig begrunnelse for hvorfor du ønsker å avbryte svangerskapet, dersom du ikke har skrevet ned begrunnelsen selv. Legen sender begrunnelsen sammen med begjæringen din om abort, og relevante og nødvendige medisinske opplysninger, til abortnemnda ved sykehuset. Du kan selv velge hvilket sykehus med nemnd du vil at søknaden skal sendes til.

Per 1. januar 2016 er det abortnemnd ved [over 30 av landets sykehus](#). Abortnemndene i Norge behandler hvert år til sammen 650-800 søknader om svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke.

Aborter etter utgangen av 12. svangerskapsuke utføres bare på sykehus. Aborten gjennomføres ved at du får medikamenter som fremkaller rier.

Hva er en abortnemnd?

Primærnemnd for abort

Søknader om svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke blir behandlet av en abortnemnd (primærnemnd). En abortnemnd består av to leger. En av dem skal være ansatt ved den avdelingen som utfører aborter ved sykehuset.

Du vil i løpet av få dager bli innkalt til en forundersøkelse på sykehuset og deretter invitert til et møte med abortnemnda. I nemndsmøtet vil du kunne fortelle mer om hvorfor du ønsker å avbryte svangerskapet, og dermed bidra til å belyse saken bedre. Abortnemnda skal legge vesentlig vekt på hvordan du selv bedømmer situasjonen, og vedtaket skal treffes i samråd med deg.

Du har rett til å møte i nemnda som behandler søknaden din, men du har ikke møteplikt. Du velger derfor selv om du vil delta. Dersom fosteret ikke er levedyktig, velger mange kvinner ikke å møte. Møtet i abortnemnda holdes vanligvis på sykehuset. Hvis du ønsker det, kan du ta med deg en person til nemndsmøtet. Du velger selv hvem dette skal være.

Du vil bli oppringt fra sykehuset av en av dem som hjelper til med å organisere nemndsmøtene. Du vil få informasjon om møtet og praktiske opplysninger om f.eks. dekking av reiseutgifter. Det er bare å spørre hvis det er noe du lurer på.

Innvilgelse eller avslag

Jo lenger du har kommet i svangerskapet, desto strengere er kravene for å få innvilget abort. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke (17 uker og 6 dager) kan svangerskapet ikke avbrytes hvis det ikke er særlig tungtveiende grunner for det. Friske fostre antas å være levedyktige etter utgangen av 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager), og abort er derfor ikke tillatt. Er det noe alvorlig galt med fosteret så det ikke er levedyktig, vil du likevel kunne få innvilget abort gjennom hele svangerskapet.

Hva skjer hvis søknaden din blir innvilget?

Hvis du får innvilget abort, vil du i etterkant av nemndsmøtet få en samtale om forberedelsene til abort, hvordan aborten gjennomføres og om praktiske spørsmål i den forbindelse.

Hva skjer hvis søknaden din blir avslått?

Hvis du får avslag, vil saken automatisk bli sendt til klagenemnda for abortsaker. Det er kun én klagenemnd og den behandler saker fra hele landet. Klagenemnda behandler saken i løpet av få dager. Dersom du ikke ønsker at klagenemnda skal behandle saken din, må du gi beskjed til kontaktpersonen for abortnemnda der du fikk søknaden din behandlet, eller til kontaktpersonen for klagenemnda.

Ved mange sykehus vil du få tilbud om samtale med sosionom, både i forkant og i etterkant av møtet med nemnda. Hvis du ikke får et slikt tilbud, kan du selv be om det.



Klagenemnda for abortsaker

Klagenemnda for abortsaker er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for 4 år om gangen. Nemnda har fem medlemmer; minst to av medlemmene er leger og en er jurist. Som regel vil det også være noen med sosialfaglig kompetanse og/eller en psykolog blant medlemmene. Møtene i klagenemnda holdes på Oslo universitetssykehus, avdeling Ullevål. Klagenemnda behandler 30-50 saker i året.

Skal saken behandles i klagenemnda, vil du bli kontaktet av en av dem som organiserer nemndsmøtet, få oppgitt tidspunktet for møtet og inviteres til å delta. Hvis du ønsker det, kan du ha med deg en person til nemndsmøtet. Reiseutgifter og eventuelt opphold, både for deg og den som eventuelt skal være med deg på møtet, blir dekket av sykehuset som behandlet abortsøknaden din.

Hva skjer på møtet i primærnemnda og i klagenemnda?

I begynnelsen av nemndsmøtet vil den som leder møtet, fortelle hvordan møtet skal gjennomføres. Normalt vil møteleder:

- presentere nemndsmedlemmene med navn og yrkestittel,
- informere om formålet med møtet, møtets forløp, saksgangen og regelverket,
- fortelle hva nemnda vet om deg
- og be deg fortelle hvorfor du ønsker abort.

Dersom du har med deg en annen person til møtet, vil møtelederen spørre om du eller personen kan si litt om hvordan dere kjenner hverandre. Det kan være godt å ha med seg noen. Den du har med, behøver ikke være tilstede under hele samtalen med nemnda.

Etter at du har fortalt om hvorfor du ønsker abort, og nemnda har stilt sine spørsmål, avrundes samtalen. Nemnda skal så diskutere saken alene. Du vil bli fulgt til et egnet ventested.

Når nemnda har ferdigbehandlet saken, vil du bli bedt om å komme tilbake på møterommet hvor du vil bli informert om vedtaket. Du skal motta vedtaket skriftlig (eventuelt få det ettersendt i posten).

Følelsesmessige reaksjoner hos kvinner etter et abortinngrep

Kvinner reagerer ulikt på det å ta abort. De fleste føler lettelse etter inngrepet, men samtidig er det ikke uvanlig å føle seg trist. En blanding av ulike følelser er også en vanlig reaksjon. For de fleste vil det være en hjelp å snakke med sine nærmeste. Du kan også kontakte fastlegen din, sykehuset, helsestasjonen for ungdom eller andre tilbud som [Amathea](#) og [Sex og samfunn](#) hvis du ønsker noen å snakke med, både før og etter aborten. Alle har taushetsplikt.

Prevensjon etter abort

Du kan bli gravid igjen kort tid etter abortinngrepet. Det er derfor viktig at du har tenkt igjennom hva slags prevensjon du vil bruke etter aborten, så du unngår å bli uønsket gravid. I forbindelse med forundersøkelsen på sykehuset vil du få veiledning og råd om prevensjon. Du finner informasjon om prevensjon på helsenorge.no.

Hvem har rett til å få utført abort i Norge?

Alle kvinner som oppholder seg i Norge har rett til å få utført abort, enten selvbestemt eller etter behandling i nemnd. Abort er gratis for kvinner som er bosatt i Norge. Kvinner som ikke er bosatt i Norge, men som er medlem av folketrygden eller er omfattet av gjensidighetsavtale med et annet land, kan få dekket utgiftene av folketrygden. Andre må betale for aborten selv. Sykehuset kan imidlertid ikke kreve forhåndsbetaling.

Bruk av tolk

I en del tilfeller vil det være behov for tolk under nemndsmøtet. Sykehuset har ansvar for å skaffe en kvalifisert tolk til møtet i nemnda. Familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk og heller ikke personer som ikke er kvalifisert som tolk. Tolken har taushetsplikt om innholdet i samtalen og all informasjonen han/hun har fått gjennom oppdraget.

Møter i abortnemnda kan være utfordrende å tolke. Helsedirektoratet samarbeider med Tolkesentralen om utarbeidelse av en egen informasjonsbrosjyre for tolker som skal tolke i en abortnemnd for at de skal være mest mulig forberedt på tolkeoppgaven.

For mer informasjon om abort se: helsenorge.no og abortinfo.no.

Vedlegg 7 – NSD vurdering

31.10.2021, 16:47

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kvinnerns opplevelse av abortnemnda i Norge

Referansenummer

832849

Registrert

15.08.2020 av Tilla Solli - tillas@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Sosialantropologisk institutt

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jon Henrik Ziegler Remme, j.h.z.remme@sai.uio.no, tlf: 22859108

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tilla Solli, tillasolli@live.no, tlf: 99598988

Prosjektperiode

01.09.2020 - 31.12.2021

Status

03.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

03.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 03.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er fremlagt for REK. REK anså prosjektet som utenfor helseforskningsloven sitt virkeområde.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om politisk oppfatning, religion, filosofisk overbevisning og helseopplysninger, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG UTVALG 1 OG 2

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG UTVALG 3

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

NSD minner om at helsepersonell har taushetsplikt, og dermed ikke kan omtale pasienter på en måte som gjør dem identifiserbare. I forkant av intervjuene anbefaler vi at deltakerne minnes om sin taushetsplikt og oppfordres til å omtale sine erfaringer på en måte som ikke gjør pasienter identifiserbare, hverken direkte (ved bruk av navn) eller indirekte (gjennom kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

31.10.2021, 16:47

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 8 – REK vurdering



Region: REK sør-øst B	Saksbehandler: Elin Evju Sagbakken	Telefon: 22845502	Vår dato: 07.10.2020	Vår referanse: 165294
			Deres referanse:	

Tilla Solli

165294 Kvinners opplevelse av abortnemnda i Norge

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo

Søker: Tilla Solli

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med prosjektet er å se hvordan kvinner opplever abortnemnda og prosessen rundt dette. Kvinner som søker senabort vil bli involvert, det skal ikke involveres biologisk materiale. Kvinnene vil jeg komme i kontakt med gjennom Helse Sør-Øst og en av abortnemndene der. Deltakende observasjon og intervjuer inngår som metode, da dette er de to vanligste metodene i sosialantropologi. Dette prosjektet kan være til nytte for å se verdien av abortnemndene i fremtiden.

Se mer utfyllende i prosjektbeskrivelsen som ligger som vedlegg.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komitee for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sørøst B) i møte avholdt 16.09.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 10.

Vurdering

Slik komiteen forstår søknad og protokoll er formålet med prosjektet å få innsikt i kvinners historier om deres abortopplevelse etter utgangen av uke 12, og hvordan de opplevde abortnemnda og prosessen rundt dette.

Planen er å rekruttere 1199 personer men de ønsker å rekruttere så mange som mulig for å få et bredt utvalg av kvinner som søker senabort. I tillegg skal ansatte i abortnemnene, andre ansatte på sykehuset og politisk interessegrupper. Det skal gjøres deltakende observasjon og intervju. Deltakelse vil omfatte intervjuer som vil ta ca. 1 ½ time og inneholde spørsmål om kvinners abortopplevelse og opplevelsen av abortnemnda, samt deres hverdagslige liv. Svarene vil bli tatt opp elektronisk. På samme måte blir andre deltakende aktører intervjuet om deres opplevelser knyttet til abortnemnder.

Komiteen vurderer at prosjektet, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom da det kun vil gi kunnskap om kvinners og andre relevante aktørers egne erfaringer med abortnemnder. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat

REK sør-øst B

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Komiteen anbefaler prosjektleder å kontakte personvernombudet på Universitet i Oslo for behandling av personopplysninger i prosjektet.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
Professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver og komitesekretær
REK sør-øst B

Kopi sendes forskningsansvarlig institusjon og eventuelle medarbeidere som er gitt tilgang til prosjektet i REK-portalen.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.