

Utomkvedshavandeskapen och missbildningarna i hjärnan – de etiskt svåra fallen

Eftersom det sätt på vilket den ektopiska graviditeten (eller utomkvedshavandeskapet), och det sätt på vilket ett barn kan behandlas efter att anencefali har diagnosticerats, kan sluta i direkt abort har under lång tid den etiska behandlingen av ektopiska graviditeter och barn med grova missbildningar (*anencefali*) varit föremål för ingående etisk diskussion (William E. May, 1994, Albert Moraczewski, 1996); (I Sverige förefaller direkt abort oftast praktiseras i dessa fall, övers. anm.).

Den ektopiska graviditeten. En ektopisk graviditet uppstår vanligtvis när ett befruktat ägg fäster sig på äggledarens inre vägg (fast den kan uppstå på andra platser), i stället för att röra sig vidare ut ur äggledaren och fästa sig på livmoderns inre vägg, så som vanligtvis sker. Det leder till ett patologiskt tillstånd i äggledaren som, utanför den normala processen, infiltreras av zygotens moderkaka vilket kan leda till kvinnans död eller ett allvarligt livshotande tillstånd, om nämligen äggledaren brister. Enligt de kyrkliga riktlinjerna (ERD, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities*) är ”inget ingrepp som innebär direkt abort under behandlingen av kvinnan med den ektopiska graviditeten moraliskt tillåtet.” Men läkare och teologer är inte alltid överens om vilka, av de processer som kan användas för att behandla sjukdomen, som skulle beskrivas som direkt abort, och vilka som skulle beskrivas som indirekt abort. Alla tycks vara överens om att det är tillåtet att *ta bort* den del av äggledaren som är sjuk (salpingectomi), även om det befruktade ägget också skulle tas bort genom tillämpning av dubbeleffektsprincipen. Men det tycks inte finnas full enighet när det gäller genomförande av en lineär salpingostomi (som innebär att läkaren bara *öppnar* äggledaren och tar bort det befruktade ägget), vilket ger äggledaren möjlighet att helas och kanske kunna fungera vid senare graviditeter.

I modern medicin används ofta methotrexate för att behandla sjukdom som förorsakas av det befruktade äggets onormala placering. Det förefaller vara fel att frigöra ett befruktat ägg från dess normala plats under inplantationen, men inte fel att frigöra det från en onormal plats som utgör en ett allvarligt sjukdomstillstånd i kvinnans kropp. Den direkta och inneboende intentionen (*finis operas*) med den kirurgiska eller farmaceutiska handlingen

tycks vara inriktad på moderns hälsa och zygotens död är inte avsikten. Av det skälet är det vår uppfattning att salpingostomi och användandet av methotrexate (kemoterapeutiskt läkemedel, registrerat och godkänt av Svenska Läkemedelsverket, övers. anm.) inte leder till direkt abort och därför är förenligt med våra riktlinjer (ERD, 48).

Anencefali. Anencefali är en födelsedefekt som hindrar hjärnans utveckling i livmodern. Det finns ingen behandlingsform som kan korrigera sådana avvikelser och barnet dör vanligen strax efter födelsen. Skulle det innebära abort att förlösa barn med anencefali, eller någon annan allvarlig genetisk avvikelse, innan barnet har egen livskraft? En del moralteologer har hävdade att en tidig förlossning före livskraftsfasen skulle vara tillåten, eftersom det hjälper modern att undvika psykologiskt lidande. Dessutom har några hävdade att barn med allvarliga hjärnskador, och följande missbildningar, skulle betraktas som organdonatorer, även om de skulle dö strax efter förlossningen. Förlossning före livskraftsfasens inträdande ser ut att kunna betraktas som direkt abort, eftersom handlingens moraliska objekt är att avsluta graviditeten och att barnet dör som ett oundvikligt resultat. Även om motivet (*finis operantis*) för en tidig förlossning är en tröst för modern, tycks handlingens moraliska objekt dra med sig en indirekt abort. Några etiker har menat att förlossning kunde sättas igång efter tjugosex veckor, som de menar är uppnådd överlevnadsförmåga. Begreppet *överlevnadsförmåga* används i de här tankegångarna emellertid tvetydigt. Överlevnadsförmågan är inte ett generellt begrepp som alla barn uppnår vid samma tid. Dessutom sätts ingen intensivvård igång med till exempel kuvös i fallen med tidigt förlösta barn med allvarliga hjärnskador, medan det däremot skulle sättas in för ett normalt barn för vilket en tidig förlossning skulle anses vara en medicinsk nödvändighet. Att då tala om "överlevnadsförmåga" för det hjärnskadade barnet vid tjugosex veckors ålder, verkar vara en felaktig beteckning. Det moraliska objektet för en tidig förlossning av ett allvarligt hjärnskadat barn, eller ett barn som saknar gener, tycks vara att påskynda det barnets död eller vara orsaken till att det dör. Dessutom tycks inte en tidigarelagd förlossning av barn med allvarligt nedsatt livsfunktion lindra moderns psykologiska lidande. Det är därför vår uppfattning att barnen med allvarliga missbildningar i hjärnan och barn som är genetiskt ofullständiga skall tillåtas födas efter hela tiden i havandeskapet, ges dopet och få dö i föräldrarnas famn.

Ur *Health Care Ethics, a Catholic Theological Analysis*, av Ashley, DeBlois och O'Rourke, 5:e upplagan 2007, Georgetown University Press; översättning sidorna, 81-83, Göran Fäldt för Katolska utskottet för äktenskap och familj, mars 2019.