

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP







## Forord

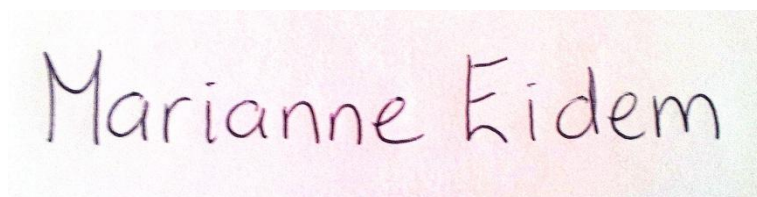
Da jeg gikk i gang med denne masteroppgaven om tidlig ultralyd, var det på bakgrunn av et allerede eksisterende engasjement for funksjonshemmedes rettigheter, opparbeidet både fra sosionomutdanningen og fra mange år som miljøterapeut i boliger for psykisk utviklingshemmede. Som ivrig blogger har det også vært spennende å undersøke hvordan en debatt lever sitt liv også i sosiale medier. Det har derfor vært svært interessant å kunne knytte begge disse feltene opp mot folkehelse.

Denne oppgaven kunne ikke vært gjennomført uten god hjelp. Først og fremst vil jeg takke min veileder Robert Wallace Vaagan på Høgskolen i Oslo og Akershus for å ha guidet meg gjennom diskurs- og medieanalyse, to i utgangspunktet ukjente områder for meg. Takk også til Grete Grindal Patil på Universitetet for miljø- og biovitenskap for alltid nyttige tilbakemeldinger. En videre takk går til dyktige og engasjerte forelesere på masterstudiet for folkehelsevitenskap på UMB for to inspirerende og innholdsrike år.

Takk til min samboer for både emosjonell og praktisk støtte. Takk for hjelp når SPSS og Excel har bydd på problemer. Takk også for at du tålmodig har hørt på meg snakke om tidlig ultralyd i utallige timer. Jeg ville ikke kunne gjennomført dette masterstudiet uten din hjelp.

Sist, men ikke minst: Takk til alle bloggerne som har tillatt meg å bruke deres blogginnlegg. Det er utvilsomt mange dyktige bloggere i Norges land og et stort engasjement rundt tidlig ultralyd.

*Prosjektarbeidet er utført i Oslo våren 2013.*

A photograph of a handwritten signature in purple ink on a light-colored background. The signature reads "Marianne Eidem".

Oslo, 04.05.2013



## Sammendrag

**BAKGRUNN:** I forbindelse med Helsedirektoratets evaluering av den eksisterende bioteknologiloven i 2011, ble det foreslått av flere store, norske politiske partier at fosterdiagnostikk i form av tidlig ultralyd bør tilbys alle gravide i regi av det offisielle helsevesenet. Tidlig ultralyd er en screeningmetode hovedsakelig egnet til å oppdage kromosomavvik på et tidlig tidspunkt i svangerskapet, samt noen mer sjeldne sykdomstilstander hos fosteret som tvilling transfusjonssyndrom og hjertefeil. Forslaget om innføring av tidlig ultralyd førte til en bred offentlig debatt, med særlig fokus på at bruk av tidlig ultralyd i andre vestlige land har ført til en økning av abort av fostre med Downs syndrom. Debatten har foregått i tradisjonelle medier, men også i på nye arenaer for meningsutveksling, slik som i blogger og andre sosiale medier.

**PROBLEMSTILLING:** Hensikten med dette studiet var å avdekke de ulike diskursene som opererte innen feltet tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i bloggmediet, samt hvilke aktører som deltok i bloggdebatten og hvilke argumenter disse aktørene benyttet. Videre var det et mål å vise om blogger har potensiale for helseaktivisme, samt vise hvordan debatten om tidlig ultralyd slik den foregikk i bloggene kan informere folkehelsefaget.

**TEORI:** Studiet benyttet et sosialkonstruksjonistisk perspektiv på folkehelse, og har trukket på teorier om diskurs og makt, funksjonshemming, sosiale helsedeterminanter og nullvisjoner for helse.

**METODE:** 119 norske blogginnlegg som omhandlet tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom fra perioden 2011-2012 ble brukt som kildemateriale. Analysen var inspirert av Faircloughs tredimensjonale modell for kritisk diskursanalyse og understøttet av deskriptiv statistikk.

**EMPIRI:** Det ble identifisert seks typologier i kildematerialet. 1) Debattene foregikk i blogger med ulike temafokus, hvorav politikk og samfunnsspørsmål var vanligst, og i bloggtekster som remedierte dagboksjangeren, journalistisk sjanger og akademisk sjanger. 2) Bloggene var enten positive, negative eller uavklarte til en innføring av tidlig ultralyd, hvorav en hovedvekt var negative. 3) Flere kvinner enn menn deltok i debatten. Bloggerne hadde politisk tilhørighet, tilhørighet som berørte, medisinsk yrkestilhørighet, organisasjonstilhørighet og/eller kristen tilhørighet, hvorav politisk tilhørighet dominerte. 4) Argumentene som ble benyttet i debatten kunne organiseres i sju argumentasjonsklynger etter tematikk, hvorav sortering og medisinsk gevinst var argumentasjonstematikken med størst utbredelse. 5) Bloggerne benyttet i ulik grad kilder. Vanligst var det å benytte påstander uten kilder. 6) Hovedvekten av blogginnleggene var uten bilder. Der bilder ble brukt, var hensikten hovedsakelig å vekke sympati og positive emosjoner hos leseren. Vanligst var bildemotiver relatert til graviditeten og motiver av barn.

**FUNN:** Debatten i bloggene foregikk innen etisk, medisinsk og feministisk diskurs, hvorav den etiske diskursen dominerte og lå i kamp med de to andre diskursene. Kampen mellom etisk og medisinsk diskurs ble tydeliggjort av ulikt syn på medisinsk gevinst, ulikt syn på teknologiske nyvinninger og ulik språkbruk om funksjonshemming. Kampen mellom etisk og feministisk diskurs ble tydeliggjort av synet på funksjonshemmede og kvinner som grupper i opposisjon til hverandre, ulikt syn på kvinners suverenitet og ulikt syn på selvbestemt og selektiv abort. Kamp mellom diskursene ble også tydeliggjort gjennom aktørenes forsøk på å definere og diskreditere meningsmotstanderne. Bilder ble i begrenset grad benyttet til å underbygge diskursive forståelser. Bloggene ble benyttet som

arena for kritisk debatt og helseaktivisme. Debatten om tidlig ultralyd, slik den foregikk i bloggene, viste at folkehelsefaget bør ha en spesiell bevissthet rundt bruk av screening etter uheldredelige funksjonshemninger som Downs syndrom.

**KONKLUSJON:** Bloggene viste bred deltakelse og kritisk debatt rundt en rekke medisinske, etiske og feministiske dilemmaer knyttet til en innføring av tidlig ultralyd. Dette er dilemmaer som også har stor relevans for folkehelsefaget. Bloggene har, med noen begrensninger, potensiale for politisk innflytelse og helseaktivisme.

**NØKKELBEGREPER:** Folkehelse, tidlig ultralyd, fosterdiagnostikk, kritisk diskursanalyse, sosiale medier, blogger, helseaktivisme.

## Abstract

**BACKGROUND:** In 2011, the Norwegian Health Directorate conducted an evaluation of the current biotechnology bill that resulted in a political proposal to offer pregnant women prenatal screening through early ultrasound. The incentive was to detect chromosomal disorders such as Down Syndrome, as well as rare conditions such as Twin to Twin Transfusion Syndrome and heart diseases. This sparked a broad public debate in Norway revolving around the fact that the use of early ultrasound in other Western countries has led to an increase in abortions of fetuses with Down Syndrome. The debate took place in traditional media as well as in blogs and other social media.

**OBJECTIVES:** The primary objective of this study was to uncover the wide array of discourses on the issue of early ultrasound and screening for Down Syndrome in blogs, in addition to studying the participants that were involved in the debate and the type of arguments that were used. A secondary objective was also to review the potential of blogs as a platform for health activism, as well as exploring how the debate surrounding early ultrasound could enrich the public health discipline.

**THEORIES:** The study employed a social constructionist approach to public health, as informed by theories of discourse and power, disability and social health determinants.

**METHODS:** 119 Norwegian blog posts concerning early ultrasound and screening for Down Syndrome from 2011-2012 were used as data. The analysis was inspired by Fairclough's three-dimensional model of critical discourse analysis and underpinned by descriptive statistics.

**RESULTS:** Six typologies were identified in the data. 1) The debate took place in an array of themed blogs, with politics and social matters being the most common, as well as in blog texts remediating the diary, the journalistic genre and the academic genre. 2) The blog posts were positive, negative or unresolved on the matter of early ultrasound. Most blog posts were negative. 3) More women than men took part in the debate. The bloggers were either political, people affected by the issue, medical professionals, interest groups or Christians, the most dominant of these being political affiliation. 4) The arguments used in the debate were split into seven groups, whereof selective abortion and medical benefits were the most frequent. 5) The bloggers used sources to varying degrees. Most statements were made without the use of sources. 6) Most of the blog posts did not include any visual imagery. When used, the intention was to invoke sympathy and positive emotions in the reader.

**FINDINGS:** The blog debate operated within ethical, medical and feminist discourse, whereof ethical discourse dominated in discursive battle with the other two discourses. The discursive battle between ethical and medical discourse became evident in the opinions concerning medical benefits, technological optimism and the descriptions of disability. The battle between ethical and feminist discourse was apparent as regards to varying views on female sovereignty and different views on abortion. The battle of discourses became apparent in the participants' attempts to define and discredit those not agreeing with their own views. Pictures were used to a limited degree to underpin discursive understandings. Blogs were used for critical debate and health activism. The debate concerning early ultrasound, as in the given blogs, show that workers of public health should have a special awareness concerning the use of screening for incurable disabilities such as Down Syndrome.



**CONCLUSION:** The blogs showed interest and critical debate on a number of ethical, medical and feminist dilemmas on the issue of early ultrasound. These are dilemmas with great relevance for public health. In conclusion, I would argue that blogs have a potential for political influence and health activism, albeit with certain limitations.

**KEY WORDS:** Public health, early ultrasound, prenatal screening, critical discourse analysis, social media, blogs, health activism.

## Innhold

Forord .....	2
Sammendrag .....	4
Abstract .....	6
Kapittel 1. Innledning med hoved- og underproblemstillinger .....	14
1.1 Hovedproblemstilling .....	14
1.2 Underproblemstillinger .....	15
Kapittel 2. Bakgrunn .....	16
2.1 Hvem er de funksjonshemmede? Om begrepet funksjonshemming .....	16
2.2 Medisinsk teknologi: om fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd .....	18
2.2.1 Dagens fosterdiagnostikk .....	18
2.2.2 Utvikling i fosterdiagnostikken .....	20
2.2.3 Abort og abortlovgivning .....	21
2.2.4 Funksjonshemming og medisinsk teknologi i et folkehelseperspektiv .....	22
2.2.5 Empiri – hva finnes av kunnskap om tidlig ultralyd fra før? .....	25
2.3 Sosiale medier .....	26
2.3.1 Generelt om sosiale medier .....	26
2.3.2 Om bloggmediet .....	27
2.3.3 Sosiale medier og blogger i et folkehelseperspektiv .....	28
2.3.4 Empiri – hva finnes av kunnskap om sosiale medier fra før? .....	29
2.4 Oppsummering .....	30
Kapittel 3. Teori: Sosialkonstruksjonisme, diskurs og makt .....	32
3.1 Sosialkonstruksjonismen .....	32
3.2 Makt .....	33
3.2.1 Foucaults arkeologi og genealogi .....	33
3.2.2 Velferdsstatens maktutøvelse: Governmentality, disiplinærmakt og biopolitikk .....	34
3.2.3 Medisinen som utøver av biomakt .....	35
3.3 Oppsummering .....	35
Kapittel 4. Metode .....	37
4.1 Diskursanalyse som metode .....	37
4.2 Analyse av kildematerialet .....	38
4.2.1 Blogger som kildemateriale .....	38
4.2.2 Datainnsamling .....	38
4.2.3 Analyse av data .....	40

4.3 Overførbarhet, validitet og reliabilitet .....	43
4.3.1 Overførbarhet (ekstern validitet).....	43
4.3.2 Intern validitet .....	43
4.3.3 Reliabilitet.....	44
4.4 Etikk .....	45
4.4.1 Internettforskning og samtykke .....	45
4.4.2 Konfidensialitet.....	45
4.4.3 Tilbakeføring av resultatene.....	46
Kapittel 5. Empiri.....	47
5.1 Typologi 1: Bloggenes temafokus og sjangerbruk.....	48
5.1.1 Oppsummering .....	49
5.2 Typologi 2: Standpunkt.....	50
5.2.1 Fordeling av antall blogginnlegg etter standpunkt og bloggtype.....	50
5.2.2 Oppsummering .....	50
5.3 Typologi 3: Aktører .....	51
5.3.1 Kjønn.....	51
5.3.2 Aktørens tilhørighet.....	52
5.3.3 Tilhørighetens aktualitet .....	56
5.3.4 Oppsummering .....	57
5.4 Typologi 4: Argumentasjonsklynger og argumenter .....	58
5.4.1 Argumentasjonsklynge [a]: Sortering.....	59
5.4.2 Argumentasjonsklynge [b]: Medisinsk gevinst.....	63
5.4.3 Argumentasjonsklynge [c]: Menneskeverd .....	69
5.4.4 Argumentasjonsklynge [d]: Ressursspørsmål.....	73
5.4.5 Argumentasjonsklynge [e]: Abortspørsmål.....	78
5.4.6 Argumentasjonsklynge [f]: Konsekvensbetyrninger .....	82
5.4.7 Argumentasjonsklynge [g]: Samfunnskontekstens betydning .....	86
5.4.8 Politisk budskap.....	89
5.4.9 Oppsummering .....	90
5.5 Typologi 5: Kildebruk .....	92
5.5.1 Fordeling av kildebruk etter bloggtype, sjanger, kjønn og aktørtilhørighet .....	93
5.5.2 Oppsummering .....	93
5.6 Typologi 6: Bildebruk.....	94
5.6.1 Fordeling av bildebruk på bloggtype, sjanger, standpunkt, kjønn og aktørtilhørighet.....	94

5.6.2 Motiv .....	95
5.6.3 Bildets hensikt.....	99
5.6.4 Oppsummering .....	99
Kapittel 6. Funn og diskusjon .....	100
6.1 Hovedfunn 1: Tre diskursive praksiser .....	100
6.1.1 Delfunn 1a: Etisk diskurs.....	101
6.1.2 Delfunn 1b: Medisinsk diskurs .....	101
6.1.3 Delfunn 1c: Feministisk diskurs.....	101
6.2 Hovedfunn 2: Tre diskurser side om side – eller i kamp? .....	102
6.2.1 Delfunn 2a: Kun et fåtall av blogginnleggene hadde et fravær av diskursiv kamp.....	102
6.2.2 Delfunn 2b: I en hovedvekt av innleggene var diskursiv kamp framtreende .....	103
6.3 Hovedfunn 3: Definerings og diskreditering av meningsmotstandere er et middel i den diskursive kampen.....	104
6.3.1 Delfunn 3a: Definerings av meningsmotstandere er et middel i diskursiv kamp.....	104
6.3.2 Delfunn 3b: Diskreditering av meningsmotstandere er et middel i diskursiv kamp.....	106
6.4 Hovedfunn 4: Etisk diskurs er dominerende og i kamp med de to andre diskursene .....	109
6.5 Hovedfunn 5: Etisk diskurs står i kamp med den medisinske diskursen.....	110
6.5.1 Delfunn 5a: Ulikt syn på medisinsk gevinst .....	110
6.5.2 Delfunn 5b: Ulikt syn på bruken av teknologiske nyvinninger.....	111
6.5.3 Delfunn 5c: Ulik språkbruk. Mellom «krevende» og «givende».....	112
6.6 Diskusjon av den diskursive kampen mellom etisk og medisinsk diskurs.....	113
6.6.1 Språk som premissleverandør for bruk av fosterdiagnostikk .....	113
6.6.2 Teknologiske nyvinninger = etiske tilbakeskritt?.....	115
6.7 Hovedfunn 6: Etisk diskurs står i kamp med den feministiske diskursen .....	117
6.7.1 Delfunn 6a: Ulikt syn på om kvinner og funksjonshemmede er grupper i opposisjon.....	117
6.7.2 Delfunn 6b: Det frivillig ufrivillige? Ulikt syn på reell valgfrihet .....	118
6.7.3 Delfunn 6c: Ulikt syn på om man kan skille mellom selvbestemt og selektiv abort.....	119
6.8 Diskusjon av kvinnens suverenitet, ansvarlighet og sårbarhet som tema for feministisk og etisk diskurs .....	119
6.9 Hovedfunn 7: Bilder brukes i begrenset grad til å underbygge diskursive forståelser .....	123
6.9.1 Delfunn 7a: Bildenes motiv er en del av den diskursive framstillingen av tidlig ultralyd ...	123
6.9.2 Delfunn 7b: Bilder kunne i større grad blitt benyttet i diskursen.....	124
6.10 Hovedfunn 8: Bloggene brukes som arena for kritisk debatt og helseaktivisme.....	125
6.10.1 Delfunn 8a: Politisk budskap i tekstene.....	126

6.10.2 Delfunn 8b: Manglende krav til sjangerforståelse muliggjør en bredere debatt .....	126
6.10.3 Delfunn 8c: Manglende krav til dokumentasjon av påstander er en svakhet ved bloggmediet.....	127
6.10.4 Delfunn 8d: Bruk av egne erfaringer muliggjør en bredere debatt.....	128
6.11 Hvordan informerer analysen av bloggene folkehelsefaget om fosterdiagnostikk: Fra det individuelle til det kollektive – og tilbake igjen? .....	129
Kapittel 7. Oppsummering og konklusjon .....	132
7.1 Typologier, inkludert aktører og argumenter, som preget debatten om tidlig ultralyd i norske blogger.....	132
7.2 Diskursive forståelser av tidlig ultralyd slik de kom til syne i norske blogger .....	135
7.3 Hvordan informerer analysen av bloggene folkehelsefaget om fosterdiagnostikk? .....	138
7.4 Konklusjon og forslag til videre forskning .....	139
Kapittel 8. Kilder .....	141

## **Innholdsfortegnelse vedlegg**

Vedlegg 1. Informasjonsskriv om masteroppgave i folkehelsevitenskap.....	150
Vedlegg 2. Beskjed til kommentarfelt.....	151
Vedlegg 3. Transkripsjonsskjema.....	152
Vedlegg 4. Tilbakemelding fra NSD.....	155
Vedlegg 5. Tillegg til kapittel 5.....	157
Vedlegg 6. Skjermdump fra Neitilsortering.no sin leserstatistikk.....	179

## Innholdsfortegnelse figurer

Figur 1: Solar & Irwin (2007) sitt rammeverk for forståelse av sosiale helsedeterminanter og sosiale helseforskjeller.

Figur 2: Om neitilsortering.no

Figur 1: Fordeling av blogginnlegg på ulike argumentasjonsklynger (antall blogginnlegg/prosent av antall blogginnlegg)

Figur 2: Et utvalg av bilder relatert til graviditeten. Ingen private bilder er gjengitt her

Figur 3: Et utvalg bilder i kategorien «annet». Ingen av bildene er private

Figur 4: Bilde av jente med Downs syndrom benyttet i et av blogginnleggene. Bildet er ikke privat

Figur 5: Et utvalg bilder i kategorien «enkeltpersoner». Ingen av bildene er private

Figur 6: KrFUs kampanjebilde

Figur 7: Bilde av humoristisk art benyttet i et blogginnlegg

## Innholdsfortegnelse tabeller

Tabell 1: Fordeling av antall blogginnlegg på bloggtype og sjanger

Tabell 2: Fordeling av antall blogginnlegg etter standpunkt og bloggtype

Tabell 3: Fordeling av bloggtype etter kjønn

Tabell 4: Fordeling av standpunkt etter kjønn

Tabell 5: Oversikt over antall blogginnlegg skrevet av aktørgruppene

Tabell 6: Oversikt over politiske aktørers standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd

Tabell 7: Oversikt over standpunkt blant de ulike aktørene med tilhørighet som berørt

Tabell 8: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [a]

Tabell 9: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [b]

Tabell 10: Fordeling av trygghetsargumentet på blogginnlegg/prosent av blogginnlegg

Tabell 11: Fordeling av standpunkt mellom de som hevder at tidlig ultralyd gir og ikke gir trygghet

Tabell 12: Fordeling av forberedelsesargumentet på blogginnleggene/prosent av blogginnleggene

Tabell 13: Fordeling av standpunkt blant de som mener at tidlig ultralyd gir eller ikke gir tid til forberedelse

Tabell 14: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [c]

Tabell 15: Fordeling av argumentet «Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres» på antall blogginnlegg

Tabell 16: Fordeling av argumentet «Et liv med funksjonsnedsettelse er eller er ikke verdt å leve» på antall blogginnlegg

Tabell 17: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [d]

Tabell 18: Fordeling av utjavningsargumentene på antall blogginnlegg

Tabell 19: Fordeling av antall blogginnlegg på argumentet om den gravides ønsker og behov

Tabell 20: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [e]

Tabell 21: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om akseptable og uakseptable abortgrunner

Tabell 22: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [f]

Tabell 23: Fordeling av antall blogginnlegg på argumentet om negative konsekvenser av tidlig ultralyd på individnivå

Tabell 24: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om negative konsekvenser av tidlig ultralyd på samfunnsnivå

Tabell 25: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [g]

Tabell 26: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om reell og ikke reell valgfrihet ved benyttelse av tidlig ultralyd

Tabell 27: Antall blogginnlegg med politisk budskap innen ulike argumentasjonsklynger. Tall i parentes er prosent innlegg av totalt antall innlegg innen hver klynge

Tabell 28: Fordeling av argumentasjonsmåte på blogginnleggene

Tabell 29: Antall blogginnlegg med sporbar kilde fordelt på ulike kategorier av kilder. Prosent innlegg av 56 innlegg med sporbar kilde i parentes

Tabell 30: Fordeling av motiv på bildene. Prosent bilder med motiver av 54 bilder i parentes

## Kapittel 1. Innledning med hoved- og underproblemstillinger

I forbindelse med evalueringen av den eksisterende bioteknologiloven (Helsedirektoratet 2011), ble det foreslått av flere norske politiske partier at fosterdiagnostikk i form av tidlig ultralyd bør tilbys alle gravide i regi av det offisielle helsevesenet. Tidlig ultralyd er en screeningmetode hovedsakelig egnet til å oppdage kromosomavvik på et tidlig tidspunkt i svangerskapet, samt noen mer sjeldne sykdomstilstander hos fosteret som tvilling transfusjonssyndrom og hjertefeil (Lauvrak et al. 2011). Forslaget om innføring av tidlig ultralyd førte til en bred offentlig debatt, med særlig fokus på at bruk av tidlig ultralyd i andre vestlige land har ført til en økning av abort av fostre med Downs syndrom. Debatten har foregått i tradisjonelle medier som tv og aviser, men også i på nye arenaer for meningsutveksling, slik som i blogger og andre sosiale medier.

Bruken av sosiale medier har økt betydelig de siste årene, og mye forskning har dreid seg om hvilke funksjoner bruk av sosiale medier kan fylle. Det er blant annet foreslått at blogger kan benyttes aktivt i helseaktivisme ved å gi informasjon og feedback rettet mot politiske beslutningstakere, og at bruk av sosiale medier har et element av empowerment i seg fordi berørte av politiske beslutninger gis mulighet til å uttale seg om saker som angår dem selv (Servaes og Malikhao 2010, Miller, Pole og Bateman 2011).

I denne oppgaven benyttes kritisk diskursanalyse som teori og metode til å undersøke hvordan debatten om en innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom arter seg i bloggmediet. Det er av særlig interesse å undersøke hvordan diskusjonen i bloggene kan informere folkehelsefaget.

### 1.1 Hovedproblemstilling

Ledende problemstilling for masteroppgaven er:

*Hvilke aktører, argumenter og diskurser preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i norske blogger i 2011-2012?*



## 1.2 Underproblemstillinger

Momenter som inngår i analysen (underproblemstillinger) er:

- *Tas det tydelige standpunkt enten for eller mot en innføring av tidlig ultralyd i bloggdebatten?*  
Er det flest tilhengere eller motstandere av en innføring av tidlig ultralyd som deltar i debatten? Finnes det deltakere i debatten som ikke tar standpunkt?
- *Hvilke aktører deltar i debatten om tidlig ultralyd i bloggene?*  
Har aktørene tilhørighet i spesielle grupper eller preges debatten av spredte bidrag fra uavhengige enkeltpersoner? Er det flere kvinner enn menn som engasjerer seg, eller er engasjementet likt fordelt mellom kjønnene? Spiller aktørens tilhørighet en viktig rolle for det standpunkt de tar og de argumenter de benytter?
- *Hvilke argumenter benyttes i debatten om tidlig ultralyd i bloggene?*  
Hvilken argumentasjon kjennetegner debatten på både tilhenger- og motstandersiden? Er perspektiv knyttet til aktørtilhørighet, dvs. kan man finne argumenter som benyttes hyppig av spesifikke aktører? Hvilke argumenter har ikke fått plass i debatten?
- *Hvilke diskurser opererer i debatten om tidlig ultralyd i bloggene?*  
Kan det identifiseres én eller flere diskurser i debatten? Hva kjennetegner disse diskursene? Kan det identifiseres noen diskursive sannheter i debatten om tidlig ultralyd og innad i de ulike diskursene?
- *Er noen diskurser dominerende i debatten om tidlig ultralyd?*  
Eksisterer det diskursiv kamp, og hvordan kommer eventuell diskursiv kamp til syne?
- *Hvordan brukes bloggene som debattarena om tidlig ultralyd?*  
Har bloggene særtrekk som muliggjør deltakelse og debatt? Har bloggene potensiale for helseaktivisme?
- *Kan debatten som foregår i bloggmediet informere folkehelsefaget?*  
Kommer det til syne temaer og synspunkter i bloggene som er av spesiell relevans i folkehelsefaget?

## Kapittel 2. Bakgrunn

I dette kapitlet redegjøres for definisjoner og bakgrunnsinformasjon som sammen med teoriene i kapittel 3 og empiri i kapittel 4 danner grunnlaget for funn og diskusjon i kapittel 6. Dette kapitlet inkluderer definisjoner og informasjon om funksjonshemming, fosterdiagnostikk og sosiale medier. Det redegjøres for allerede eksisterende forskning på områdene, samt temaenes tilknytning til folkehelsefaget.

### 2.1 Hvem er de funksjonshemmede? Om begrepet funksjonshemming

Å være handikappet, funksjonshemmet, utviklingshemmet? Dette er begreper som benyttes om hverandre i dagligtalen. Vår for forståelse av hvem som er funksjonshemmet varierer avhengig av tilnærming og kjennskap. I Stortingsmelding nr. 23 (1977-78) «Om funksjonshemmede i samfunnet» defineres funksjonshemming nesten utelukkende som manglende funksjon hos individet. Dette sammenfaller med det engelske ordet *impairment* som betegner et biomedisinsk avvik fra statistisk norm, og innebærer forekomst av en svekkelse, tap av et lem, organ, vev, andre kroppsstrukturer eller en svekkelse av kroppens funksjonsmuligheter inkludert mental fungeringsevne. Motsatt av *impairment*, er begrepet *disability* som vektlegger manglende fysisk og sosial tilrettelegging i omgivelsene, noe som hindrer mennesker med funksjonsnedsettelse i aktiv deltakelse (Grue 2003). I Regjeringens Handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 forsøker man seg på en mellomvariant, der relasjonen mellom egenskaper hos individet og egenskaper hos omgivelsene vektlegges ved å vise til «et mishøve mellom individet sine føresetnader og krav fra miljøet og samfunnet si side til funksjon på område som er vesentlige for å etablere og halde ved lag eit sjølstendig og sosialt tilvere» (St.meld.nr. 8 1998-99).

I disse tre måtene å definere funksjonshemming på, framhever Eifred Markussen (2003) fire kriterier for å bestemme hvem som er funksjonshemmet: 1) kjennetegn ved enkeltmennesket, 2) varighetskravet, 3) vesentlighetskravet og 4) krav knyttet til relasjonen mellom enkeltmenneske og samfunn. Ved 1) kjennetegn ved enkeltmennesket menes den skade, sykdom eller svekkelse hos individet som gjør en hindring til en hindring, for eksempel at en trapp er en hindring hvis man ikke kan gå eller å lære å lese er en hindring hvis man har nedsatt kognitiv evne. Ved 2) varighetskravet forutsettes det at kjennetegnet ved enkeltmennesket er en varig tilstand. Ved 3) vesentlighetskravet menes det at vansken må være av vesentlig art og samhandling må hindres på vesentlige områder i livet. I kriterium 4) om krav knyttet til relasjonen mellom enkeltmenneske og samfunn ligger det at samfunnet kan øke eller minske vesentligheten av enkeltmenneskets kjennetegn. Et menneske som sitter i rullestol får sin funksjonshemming forsterket når et bygg kun har trapper og smale dører. Et menneske med Downs syndrom får sin funksjonshemming forminsket når han kan delta i et tilrettelagt arbeidsliv.

Det føres ingen samlet statistikk over hvor mange som er funksjonshemmet i Norge. Antall personer med funksjonshemming er vanskelig å fastslå nettopp fordi begrepet «funksjonshemming» er så diffust. Tallene varierer avhengige av hvilke kriterier som legges til grunn, men SSB anslår at mellom 17-20 % av befolkningen over 16 år har en funksjonshemming (St. meld nr. 34 1996-97).

Psykisk utviklingshemming fyller de fire kriteriene Markussen skisserer. ICD-10 (2013) definerer psykisk utviklingshemming slik:

*«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.»*

ICD-10 (2013) gjør videre et skille mellom lett psykisk utviklingshemming (IQ mellom 50-69), moderat psykisk utviklingshemming (IQ mellom 35-49), alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ mellom 20-34) og dyp psykisk utviklingshemming (IQ<20). WHO anslår at 1-3 % av befolkningen har en psykisk utviklingshemming, noe som tilsvarer mellom 48 000-124 000 mennesker i Norge. I 2008 rapporterte norske kommuner inn 21 052 personer med psykisk utviklingshemming til Helsedirektoratet. Det foreligger ikke statistikk på hvor mange barn med psykisk utviklingshemming som fødes årlig (NAKU 2010).

Kromosomavvik (trisomi) er den største enkeltårsaken til psykisk utviklingshemming. Dette skyldes en genetisk mutasjon som gir ett ekstra kromosom til det normale kromosomparet. Trisomi kan oppstå ved alle kromosomer, og et stort antall resulterer i spontanaborter. De tre vanligste der barnet overlever fødsel, er trisomi 13 (Patau syndrom), trisomi 18 (Edwards syndrom) og trisomi 21 (Downs syndrom), hvorav Downs syndrom har høyest forekomst. Tilstanden skyldes at kromosom nr. 21 forekommer i tredobbel utgave. Normalt forekommer tilstanden ved 1 av 1000 fødsler, men risikoen øker med mors alder, og for kvinner over 45 er hyppigheten på 16 av 1000 fødsler. Tilstanden medfører kognitiv svikt, samt en rekke fysiske karakteristikk, slik som smale og skråstilte øyeåpninger, hudfold over den indre øyevinkelen, kort og bred hodeform, korte og brede hender med liten og krokete lillefinger, ofte åpen munn, liten nese med flat neserot, kortvoksthet, slapp muskulatur og hyperfleksible ledd. Komorbiditet er ikke uvanlig, spesielt medfødt hjertefeil og misdannelser i mage-tarmkanalen, samt økt risiko for leukemi og infeksjoner. For tidlig aldring med demens er vanlig. Den kognitive svekkelsen varierer. Mange lærer å lese og skrive, mens mer abstrakte ferdigheter som forståelse av tall og tid, er vanskeligere å tilegne seg. Både sosiale og praktiske ferdigheter vil variere, mye avhengig av om vedkommende har et trygt og stimulerende miljø (Store medisinske leksikon 2013).

Det er de fire kriteriene skissert av Markussen som ligger til grunn når begrepene *funksjonshemmet* og *funksjonsnedsettelse* benyttes i denne oppgaven. Begrepene omfatter som vi har sett både fysiske funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming. Det er altså snakk om vidtfavnende begreper, som omfatter diagnoser så vidt forskjellige som blindhet og autisme. Når jeg likevel velger en så vid

begrepsdefinisjon, skyldes dette den diffuse bruken i dagligtalen. I tekstene som er analysert er det ikke uvanlig med en noe vilkårlig begrepsbruk, der man gjerne sammenblander hva som er fysiske og psykiske funksjonshemninger. Begrepene syndrom og sykdom blandes også. Å ha Downs syndrom likestilles gjerne med å være syk, selv om mange med dette syndromet er ved utmerket helse.

## 2.2 Medisinsk teknologi: om fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd

### 2.2.1 Dagens fosterdiagnostikk

Uttrykket fosterdiagnostikk eller prenatal diagnostikk brukes om undersøkelsen av fosteret som har den hensikt å påvise eller utelukke sykdom eller misdannelse hos fosteret før fødselen. Fosterdiagnostikk omfatter genetiske undersøkelser, blodprøver og ultralydundersøkelser. Det skilles mellom invasive og ikke-invasive metoder. De ikke-invasive metodene (ultralydundersøkelser og blodprøver av den gravide) medfører ingen kjent abortrisiko og blir brukt til risikovurdering. Invasive metoder (morkakeprøver og fostervannsprøver) medfører en 0,5-1 % risiko for abort, og blir brukt til diagnostikk. De siste tre år har det skjedd en eksplosiv, teknologisk utvikling på dette området. Flere tilstander påvises, metodene har blitt bedre og mer tilgjengelige og diagnostiseringen kan skje på et stadig tidligere tidspunkt i svangerskapet (Bioteknologinemda 2011a).

Ultralydundersøkelser er i dag den mest utbredte formen for fosterdiagnostikk. Undersøkelsen virker slik at ultralydbølger sendes ut gjennom et lydhode, samtidig som lydhodet mottar ekkoeene fra fostervevet. Signalene omdannes til et skjermbilde av fosteret. I dag får alle gravide tilbud om ultralydundersøkelse i uke 17-19 av svangerskapet som en del av den ordinære svangerskapsomsorgen. Formålet er å fastsette termin, påvise eventuelt flerlingesvangerskap, undersøke morkakens plassering og mengden fostervann, samt gjøre en grov vurdering av fosterets anatomi og utvikling. Omtrent 98 % tar imot tilbudet (Sosial- og helsedepartementet 2004).

Dersom det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk, vil ultralyd tilbys allerede fra ellefte svangerskapsuke, med det formål å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret. Dette gjelder blant annet foreldre som tidligere har fått barn med kromosomavvik eller annen alvorlig sykdom, samt for gravide over 38 år som grunnet alder har økt risiko for å få barn med kromosomsykdom. Når ultralydundersøkelse benyttes i forbindelse med fosterdiagnostikk, skal det i tillegg gis informasjon og genetisk veiledning. Det skal også innhentes skriftlig samtykke (Sosial- og helsedepartementet 2004).

Fordi fosteret har liten størrelse vil man ved hjelp av tidlig ultralyd se få, men store utviklingsavvik, hovedsakelig trisomi 13, 18 og 21. Tidlig ultralyd er særlig egnet til å fastslå om fosteret har Downs syndrom. Ved 11-14 svangerskapsuke har fostre med Downs syndrom økt hudtykkelse i

nakkeregionen som kan oppdages ved hjelp av ultralyd. I tillegg vil nesebeinet mangle hos 73 % av fostre med Downs syndrom. Ved å måle fosterets nakkefold og visualisere fosterets nesebein, kan mistanke om kromosomavvik oppdages. I tillegg tas en blodprøve av den gravide, en såkalt duotest. Ved mistanke om kromosomavvik avklares mistanken med fostervannsprøve eller morkakeprøve (Bioteknologinemda 2011a). Tall fra Danmark, der tilbud om risikovurdering for Downs syndrom ble innført i 2004, viser at bruk av invasive prøver sank samtidig som antall prenatalt diagnostiserte økte – det vil si at det oppdages flere fostre med Downs syndrom samtidig som risikoen for mor og barn minimeres. Testene er sensitive, opptil 90 % av alle fostre med Downs syndrom oppdages. Testene er også spesifikke, med lav feilprosent. I Danmark benytter hele 92 % av de gravide seg av tilbudet (Ekelund et al. 2010). Det anslås at antall falske positive for Downs syndrom ved tidlig ultralyd vil være på 5 % (Lauvrak et al. 2012). Kromosomavvik kan ikke behandles, verken i fosterlivet eller etter fødsel (St. meld. nr. 14 2001-02).

Tidlig ultralyd som tilbys av det norske helsevesenet, brukes også for å oppdage tvillinger med felles morkake. Et fagpanel fra Nasjonalt kunnskapssenter anslår at ultralyd senere i svangerskapet kun oppdager 67 % av tilfellene med en falsk positiv på ca. 10 %, mens man ved tidlig ultralyd oppdager så mange som 90- 100 % med en falsk positiv på 1-2 %. Av 60 000 svangerskap i Norge er ca. 1000 tvillingsvangerskap, og mellom 15-30 % av disse har felles morkake. Behandling er aktuell for anslagsvis 30 svangerskap årlig. Det er her ofte snakk om å dele morkaken ved hjelp av laser. Når det gjelder å oppdage strukturelle avvik, primært medfødt hjertefeil, er effekten av tidlig ultralyd mer usikker og forskningsresultatene spriker. Fagpanelet anslår på grunnlag av åtte studier at 30 % av tilfellene oppdages ved tidlig ultralyd med en falsk positiv på ca. 1 %. Ved ultralyd i uke 17-19 kan 50 % av tilfellene oppdages med en noe lavere falsk positiv. Hjertefeil kan ikke behandles før fødselen, men å oppdage hjertefeil kan være avgjørende for tilrettelagt oppfølging i svangerskapet og under fødsel, samt rask behandling etter fødsel (Lauvrak et al. 2012).

En del velger å avbryte svangerskapet dersom fosterdiagnostikken viser alvorlige utviklingsavvik hos fosteret. I Norge velger mellom 90-95 % av alle som får påvist Downs syndrom ved fosterdiagnostikk abort. Dette tilsvarer 15-20 fostre årlig. Når antall barn som fødes med Downs syndrom likevel har holdt seg konstant også etter at fosterdiagnostikk ble tatt i bruk (55-65 barn per år), kan dette skyldes at flere av de fostrene som i dag blir provosert abortert tidligere ble spontanabortert, samt at alderen på kvinner som føder er høyere enn tidligere, noe som medfører at forekomsten av Downs syndrom blir høyere (St. meld. nr. 14 2001-02).

Fosterdiagnostikk kan kun utføres når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk. Det er den gravides lege som må sende søknad om utførelse. Det er seks sykehus i Norge som i dag er godkjent for utførelse av fosterdiagnostikk av Sosial- og helsedepartementet, hvorav to har medisinsk genetiske avdelinger som undersøker morkakeprøver og blodprøver fra fosteret. De fleste prøvene tas på aldersindikasjon. Omtrent 10 % (ca. 6000) av de gravide gjennomgår en fosterdiagnostisk utredning. Private medisinske sentre tilbyr også ultralyd så tidlig som fra uke 6, men denne undersøkelsen må ikke forveksles med fosterdiagnostikk. Det er bare tillatt å måle fosteret, avklare

om det er flere fostre, finne hjertelyden og se morkakens plassering ved denne undersøkelsen. Dette er en tjeneste som mottaker må betale selv (St. meld. nr. 14 2001-02). Rundt 50 % av alle gravide har vært gjennom en slik ultralydundersøkelse før rutineundersøkelsen i uke 17-19 (Lauvrak et al. 2012).

### 2.2.2 Utvikling i fosterdiagnostikken

Gjennom kartlegging av det menneskelige arveanlegg og forskning på genenes funksjon der sammenhengen mellom gener og sykdom undersøkes, oppdages stadig flere gener som er assosiert med sykdom. Det forventes at de samme genetiske sykdommer som det nå kan testes for hos voksne, etter hvert kan påvises tidlig i fosterlivet. Utviklingen av multitester, der det analyseres for flere enkeltgensykdommer samtidig, gjør det også mulig å analysere for disposisjon for disse sykdommene både raskere og billigere. I dag kan man allerede bruke blodprøver fra mor som bakgrunn for fosterdiagnostikk, og det forventes at man i framtiden kan isolere føtale celler i mors sirkulasjon som kan brukes til gentester. Medisinske fagmiljøer stilles dermed overfor store utfordringer, spesielt i forhold til å sikre fullgod informasjon til den gravide. Gjennom markedsføring, blant annet via internett, kan den gravide tilbys å sende blodprøver til utenlandske laboratorier som gjør genetiske tester. Helsevesenet må ta imot disse gravide og sikre dem god oppfølging og tilstrekkelig genetisk veiledning. Synet på presisjonen av disse testene må også nyanseres. Påvist risiko er ingen garanti for utvikling av sykdom, og sykdom kan oppstå selv om testene ikke påviser risiko. Å fokusere på og avklare formålet med fosterdiagnostikk, er og vil fortsette å være av betydning. De fleste tilstander som påvises, kan ikke behandles i fosterlivet. Det eneste aktuelle tiltaket er i mange tilfeller abort (St. meld. nr. 14 2001-02).

Screening er en standardisert undersøkelsesmetode for å påvise en nærmere bestemt, men ennå ikke oppdaget, sykdom eller risikofaktor for sykdom, hos en gruppe mennesker. Screening har ikke som mål å gi et endelig diagnostisk resultat, men skal påvise de personene som er aktuelle for nærmere undersøkelser (Magnus og Bakketeig 2003). I forbindelse med Helsedirektoratets evaluering av den eksisterende bioteknologiloven, har det kommet spørsmål om screening i form av tidlig ultralyd bør tilbys alle gravide i regi av det offisielle helsevesenet (Helsedirektoratet 2011). Spørsmålet stod om tidlig ultralyd raskt skulle innføres gjennom en forskrift, men etter en lengre politisk og offentlig debatt, ble det i juni 2012 bestemt at både spørsmålet om ultralyd og andre bioetiske problemstillinger vil bli tatt opp i en egen stortingsmelding. Dette betyr i realiteten en utsettelse av beslutningen, da stortingsmeldinger ikke representerer et vedtak. Et vedtak vil sannsynligvis ikke komme før etter valget i 2013 (NTB 2012a). Blant medisinsk fagfolk og politikere er meningene delte. Per 01. 03. 2013 har Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti i sine partiprogram gått inn for å rettighetsfeste denne tjenesten, mens Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet er motstandere av en slik rettighetsfesting (Neitilsortering 2013a). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten anbefaler en innføring, mens Bioteknologinemda har gått mot (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten 2011, Bioteknologinemda 2011b).

### 2.2.3 Abort og abortlovgivning

Abortloven § 2, 2. ledd hjemler selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Denne retten gjelder uavhengig av om fosteret har fått påvist en anomali på en tidlig ultralyd.

Abortloven § 2, 3. ledd bokstav c gir rett til abort også etter 12. svangerskapsuke «der det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet». Denne paragrafen kalles lovens eugeniske indikasjon, og hjemler abort på bakgrunn av egenskaper ved fosteret. Det er en abortnemnd som vurderer om disse vilkårene er oppfylt og som beslutter om svangerskapsavbrudd innvilges. Rundskriv I-40/2001 (s. 28) gir føringer for nemndas skjønnsutøvelse i vurderingen av hva som skal regnes som alvorlig sykdom hos fosteret: «Med alvorlig sykdom siktes det først og fremst til alvorlige sykdomstilfeller hvor behandlingsmulighetene er små». Det spesifiseres ikke nærmere hvilke tilstander som faller innunder denne benevnelsen. Voll-utvalget uttalte ved innføring av abortloven at «den nedre grense var ment å gå ved tilstander hvor det ufødte individ ville få betydelige vansker med å klare seg på egen hånd» (1990, s. 71). Tilstander som utelukkende påvirker forplantningsevnen, medfører mindre fysiske avvik og medfører mild grad av psykisk utviklingshemming, faller etter deres syn utenfor. Likevel anses Downs syndrom for å være en så alvorlig tilstand at den automatisk kvalifiserer for abort etter abortlovens eugeniske indikasjon (Aasen 2003). I 2005 mottok nemnda 723 begjæringer om senabort, hvorav 576 ble innvilget og gjennomført. Av de 723 begjæringene hadde 245 (33,9 %) påvist misdannelser hos fosteret eller alvorlig sykdom hos kvinnen. Av de 723 begjæringene hadde 167 (23,1 %) utført fosterdiagnostikk. I 45 av begjæringene var Downs syndrom påvist (Mo et al. 2006). I 2012 fikk senabort stor oppmerksomhet i media, da det ble kjent at Oslo Universitetssykehus hadde utført 10 aborter på fostre også etter 22. svangerskapsuke, noe som er i gråsonen mellom senabort og tidlig fødsel (Helsedirektoratet 2012a).

Abort på bakgrunn av egenskaper ved fosteret har også vært kontroversielt fordi mange assosierer dette med fortidens eugeniske befolkningspolitikk. Rasehygiene hadde stor oppslutning i Europa og Nord-Amerika tidlig på 1900-tallet og fram til 2. verdenskrig, basert på frykten for at den hvite rasen skulle degenereres. Gjennom genetikken og økt kontroll over hvem som kunne få barn, skulle denne utfordringen møtes og «godt» arvestoff beskyttes og fremmes. Lover om tvangssterilisering ble vedtatt over hele Europa og USA. Innen 1939 var over 400 000 europeere sterilisert, deriblant psykisk utviklingshemmede, schizofrene, manisk depressive, epileptikere, pasienter med Huntingtons chorea, mennesker med store misdannelser og alkoholikere. I Tyskland utførte helsemyndigheter, leger og vitenskapsmenn «barmhjertighetsdrap» i tillegg til sterilisering. Tilstander som «idioti» og «mongolisme» rettfærdiggjorde drap på barn helt opptil 4-årsalderen, og i 1939 ble også voksne psykiatriske pasienter drept. I Norge ble en sterilisering av åndssvake og tatere vedtatt i Steriliseringsloven av 1934. I 1943 ble det vedtatt en abortlov som hjemlet tvangsabort på eugenisk grunnlag, men denne ble opphevet etter krigen. Masseutryddelsene som fant sted under 2. verdenskrig kan ses som et ekstremt utslag av den felles ideologi om å skape et «bedre» fellesskap – en tanke om at mennesker med funksjonshemminger representerte en belastning som samfunnet hadde rett til å beskytte seg mot (Aasen 2003).

I dag har eugenikken liten plass i vitenskap og politikk. Vi har i dag mer kunnskap om genetikk og nazismen har satt eugenisk teori i et evig vanry. Aasen (2003) skriver at når noen likevel sammenligner fosterdiagnostikk og eugenikk, skyldes dette at fosterdiagnostikken representerer en mulighet for å begrense fødsel av funksjonshemmede mennesker, og at samfunnet har tatt denne muligheten i bruk. Selv om det ikke er en uttalt målsetting, er det rimelig å anta at økt tilgang på fosterdiagnostikk medfører flere aborter i henhold til abortlovens § 2, 3. ledd bokstav c. Utviklingen i fosterdiagnostikk medfører at den gravide i større grad må ta stilling til om de ønsker å beholde et barn med påvist funksjonshemming. En forskjell fra fortidens bruk av tvang, er selvsagt at fosterdiagnostikk og abort er frivillige tilbud som den enkelte kan avstå fra. På den annen side kan man hevde at gjennom fosterdiagnostikk og abort på bakgrunn av egenskaper hos fosteret, tilrettelegger samfunnet for at funksjonshemmede velges bort før de blir født. Etter dette synet kan man altså gjøre et skille mellom selvbestemt abort hjemlet i abortloven § 2, 2. ledd og selektiv abort hjemlet i abortloven § 2, 3. ledd bokstav c (Aasen 2003).

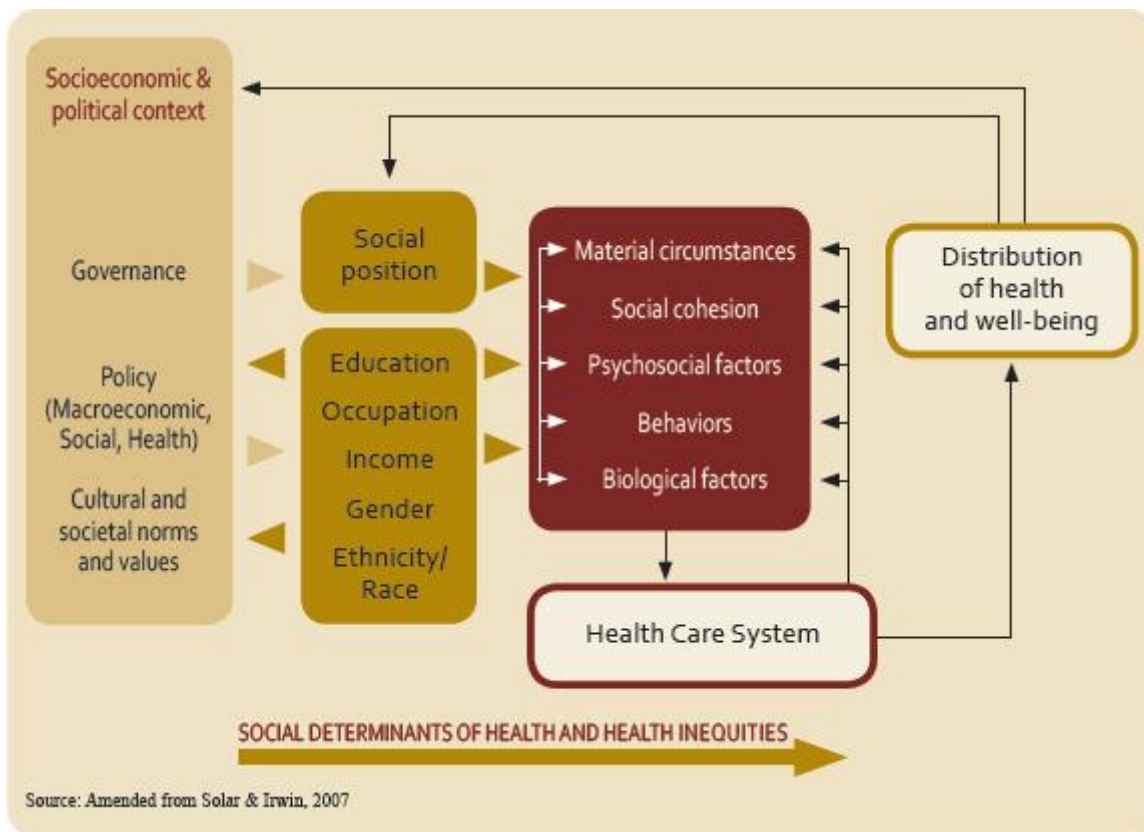
Det kan heller ikke underslås at den selvbestemte aborten hjemlet i § 2, 2. ledd har vært kontroversiell i noen grupper. Til tross for at selvbestemt abort har høy oppslutning i Norge, har abort vært omstridt, spesielt blant de som tilslutter seg et bibelsk menneskesyn. Axel Smith (1980) skriver at den bibelske begrunnelsen for menneskeverdet ikke har sitt utgangspunkt i menneskets egenskaper eller iboende kvaliteter, men i den særstilling Gud i sin kjærlighet har tilkjent mennesket i sitt skaperverk. Gud har stilt menneskelivet under sin beskyttelse, og dette omfatter også det ufødte liv som tilkjennes det samme menneskeverd som det fødte menneskeliv. En kvinne som lever etter Guds vilje bør derfor i de fleste tilfeller ikke søke om abort. Det er politikere og lovgiveres oppgave å lage lover som verner menneskelivet og det er deres spesielle ansvar å verne om de svake i samfunnet. «Et samfunn som fratar det ufødte liv dets rettsvern, forsømmer derfor en av sine mest sentrale moralske forpliktelser.» (Smith 1980, s. 64) Ved selvbestemt abort fraskriver samfunnet seg ansvaret for å ivareta fosterets interesse og bryter med dets rettsvern. Følgen av dette blir at abort ikke lenger kun utføres i nødsituasjoner der det er fare for mors liv, men utføres av alle slags grunner, også der det mangler etisk legitimitet. Dermed avskrives fosterets menneskeverd (Austad 1980). Her gjøres det ikke et skille mellom den selvbestemte og den selektive aborten. Såfremt det ikke er fare for mors helse, er begge deler etisk uakseptabelt. Når fosterdiagnostikk likevel har fått oppmerksomhet av kristne etikere, kan det skyldes, som Stray-Pedersen (1980) skriver, at det ikke kan settes noe skarpt skille mellom selve undersøkelsen og det eventuelle abortinngrep, men må betraktes som stadier i samme prosess.

#### **2.2.4 Funksjonshemming og medisinsk teknologi i et folkehelseperspektiv**

Debatten om tidlig ultralyd skal tilbys alle gravide som offentlig tilbud, er at av de mest omstridte spørsmålene i fosterdiagnostikken. Det er også et relevant folkehelse spørsmål, slik Solar og Irwin (2007) sitt rammeverk for forståelsen av sosiale helsedeterminanter og sosiale helseforskjeller



illustrerer. De viser hvordan sosioøkonomisk og politisk kontekst har direkte konsekvenser for individets helse, også for mennesker med funksjonshemninger.



Figur 8: Solar & Irwin (2007) sitt rammeverk for forståelse av sosiale helsedeterminanter og sosiale helseforskjeller.

Solar og Irwin (2007) belyser i sin modell hvordan sosiale helseforskjeller oppstår og utvikler seg. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 sier om folkehelse at «likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for å redusere helseforskjeller» (St. meld. nr. 16 2010-11). I dag er fosterdiagnostisk tidlig ultralyd en tjeneste som kun en liten andel av de gravide har mulighet til å benytte seg av. Spørsmålet om dette bidrar til å øke sosiale helseforskjeller, gjør temaet relevant for folkehelsefeltet. Kan man ut fra et rettferdighetshensyn og ut fra en målsetting om utjevning av sosiale helseforskjeller, argumentere for en innføring av tidlig ultralyd som universell tjeneste?

Tradisjonelt har folkehelsearbeidets fokusområde vært individet og det ansvar hver enkelt har for sin egen helse. Solar og Irwin (2007) sin modell innebærer en dreining mot de sosiale, politiske og økonomiske helsedeterminantene. For funksjonshemmede og deres familier innebærer dette et sett av rettigheter og tilgjengelige tilbud fra det offentlige for å lette egen situasjon, slik som hjelpemidler, avlastning, støttekontakt, økonomisk støtte og tilpasset skole, arbeid og bolig. Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) spør om systematisk screening som en del av den offentlige helsepolitikken innebærer en dreining tilbake mot egenansvar? Når foreldre vet at ens barn vil bli

født med Downs syndrom, men likevel velger å beholde det, kan det medføre at det kollektive ansvaret minimeres. Det blir foreldrene som må bære det individuelle ansvaret for beslutningen.

Solar og Irwin (2007) sin modell viser at vurderinger av om ulike former for medisinsk teknologi skal og bør benyttes er en del av vår offentlige helsepolitikk. I dag kan hele det menneskelige genom kartlegges. Dette gir ny innsikt i årsaker til sykdom, det genetiske grunnlaget for menneskelige egenskaper og sammenhengen mellom arv og miljø. Den medisinske teknologien er i stadig utvikling, og sannsynligheten øker for at vi en dag vil kunne kartlegge de genetiske mutasjonene som gir risiko for vanlige folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft. Slik kunnskap legger også føringer for hvordan sykdommer skal forebygges og behandles (Foss 2012).

Hva gjør medisinen når forebygging og behandling ikke er mulig? Bruk av screening viser at det er knyttet utfordringer til hvordan funksjonshemmedes fysiske, psykiske og sosiale helse best kan ivaretas. Solar og Irwin (2007) sin modell viser at kulturelle og sosiale verdier vil ha betydning både for om vi ønsker å systematisk screene etter funksjonshemminger og hvordan vi handler når funksjonshemming oppdages. Økonomisk og sosial politikk, blant annet vår oppfatning av produktiv, lønnsom virksomhet, vil avgjøre om mennesker med avvik anses som en belastning eller en berikelse, både sosialt og økonomisk. Per Fugelli introduserer begrepet 0-visjonen for å beskrive det sosiokulturelle og økonomiske landskapet som screening skal utøves i (2003, s. 24):

*«0-visjonen vil gjøre livet rent, fjerne flekker, feil og farer. Den springer ut av en forestilling om at hvis vi bare investerer nok oljemilliarder og nok hjerneceller, kan vi bestyre naturen, designe livet, programmere samfunnet – så hvorfor skal vi godta risiko, ulykker, smerte, lidelse, aldring, død?»*

Videre beskriver Fugelli 0-visjonens siamesiske tvilling: 100 % perfeksjonsvisjonen. Når vi ønsker oss null feil og null svakhet, ønsker vi oss samtidig full perfeksjon og full prestasjon. Både 0-visjonen og 100 % perfeksjonsvisjonen går mot det ekstreme. Begge er umulige å oppnå, men det hindrer oss ikke i å strebe mot dem. Fugelli hevder at 0-visjonen skaper helsedyrking og sykdomsfrykt. Den gjør oss intolerante for uforutsigbarhet og sykdom. 0-visjonen krever kontroll og en garanti for at vi skal holde oss friske. Den fremmer en monokultur, der det ikke er plass for mangfold. Det er vinneren som dyrkes, og vinneren er den som kan konkurrere og prestere. Dermed skapes rangering av mennesker på bekostning av samhold og likeverd. 0-visjonen har altså et potensiale for urett og diskriminering av mennesker som ikke klarer å leve opp til det definerte idealet for livsstil, kropp, helse, evner og samfunnsnytte (Fugelli 2003). Det er i dette klimaet en beslutning om bruk av fosterdiagnostikk skal gjøres. Når det screenes etter funksjonshemminger som ikke kan behandles eller helbredes, er det nødvendig å spørre seg om en screeningen tjener folkehelsen eller om det er 0-visjonen og 100 % perfeksjonsvisjonen som tjenes. Spørsmålet om fosterdiagnostikk synliggjør dermed et dilemma i folkehelsefaget.

Casper (1998, s. 220) viser hvordan fostermedisin både er opphav til goder og dilemmaer, og slik peker han også på hvorfor debatten om benyttelsen av medisinsk teknologi også har sterk relevans for folkehelsen.

*«Reproductive medicine both heals and harms women; it both produces and destroys fetuses; it is both palliative and iatrogenic; it both opens and closes reproductive possibilities; it is both a consumer choice and a form of social control; and it both shapes cultural meanings and it is a product of culture.»*

### 2.2.5 Empiri – hva finnes av kunnskap om tidlig ultralyd fra før?

Screening etter Downs syndrom har vært gjenstand for en rekke undersøkelser internasjonalt. Forskningen kan grovkategoriseres i klinisk forskning og i medisinsk-etiske studier. Den kliniske forskningen konsentrerer seg om å bedre teknologiens effektivitet ved blant annet å øke spesifisitet og sensitivitet, samt om hvordan helsepersonell best mulig kan læres opp i å benytte teknologien (Nicolaidis, Heath og Liao 2000).

I den medisinsk-etiske forskningen utført i Nord-Europa og Nord-Amerika på 2000-tallet, har det blitt undersøkt hva som avgjør om abort ved påvist Downs syndrom anses som etisk eller uetisk. I en britisk studie fant Reynolds (2003) at abort ble vurdert som mer etisk riktig når syndromet ble beskrevet som en alvorlig lidelse. I en nederlandsk studie fant Garcia og kollegaer (2008) at den gravides normative moralske prinsipper spiller like mye inn etter at et valg om abort er tatt for å rettferdiggjøre og støtte beslutningen. Den medisinsk-etiske forskningen har også fokusert på kvinnens rolle som enten aktiv bruker eller passiv mottaker av tidlig ultralyd. Reynolds (2003) viste i sin studie at akseptansen for screening ikke nødvendigvis er høy selv om mange gravide benytter seg av tilbudet, fordi mange ikke vurderer implikasjonene av screening før de benytter tjenesten. Den sosiale, økonomiske og kulturelle konteksten screening foregår i, har også fått oppmerksomhet i forskningen. Beck-Gernsheim (2002) viste at den gravide er utsatt for et intenst press om å benytte tilgjengelig teknologi, noe funn av Williams og kollegaer (2005) støtter. De viste hvordan den gravide føler forventninger om å bære fram et normalt barn, og fant videre at mange gravide tar i bruk tidlig ultralyd nettopp for å kunne ta abort dersom fosteret har en funksjonshemming. Medisinsk-etiske studier har også undersøkt mulige uheldige konsekvenser av bruk av screening. Jong og kollegaer (2010) fant at en mulig følge kan være en forskyvning av akseptable abortårsaker, mens Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) spekulerer i om screening fører til en dreining fra samfunnsansvar til individuelt ansvar for funksjonshemming.

Den medisinsk-etiske forskningen fokuserer også på helsepersonellens rolle som utøvere av fosterscreening. Sharma og kollegaer (2007) diskuterer hvordan etiske prinsipper anvendes som begrunnelse for rutinemessig tidlig ultralyd. Ut fra helsepersonalets plikt til respekt for pasientens autonomi, godgjørehet, rettferdighet og informert samtykke, argumenteres det for at å tilby tidlig ultralyd er en etisk forpliktelse. Etter et slikt syn vil det å tilbakeholde informasjon om fosteret være et brudd på pasientens rettigheter og et brudd med helsepersonells etiske forpliktelser. Jong og kollegaer (2010) framhever at å gi god informasjon og tilstrekkelig genetisk veiledning til gravide som

benytter tidlig ultralyd, vil være en av de store utfordringene for at tjenesten skal være etisk akseptabel.

Relevant for folkehelsefeltet er at det mangler studier som støtter eller avkrefter at fosterscreening har en utjavnende effekt hva angår sosiale helseforskjeller. Det er heller ikke undersøkt om det er økonomiske og sosiale forskjeller på de kvinnene som velger og ikke velger å benytte seg av fosterdiagnostikk.

Studier viser at meninger om screening varierer mellom land, og at holdninger i ett land ikke nødvendigvis kan generaliseres til andre land (Reynolds 2003). En analyse av diskursen<sup>1</sup> av medias presentasjon av fosterscreening i kjølevannet av innføringen på Island i 2005, viste at den offentlige debatten i vårt nordiske naboland var svært begrenset. Det ble kun funnet 53 publiserte «items» som adresserte temaet (Gottfredsdóttir og Björnsdóttir 2010). I Norge er situasjonen svært annerledes. I Aftenposten alene gir et søk på «tidlig ultralyd» flere unike treff enn det samlede islandske kildematerialet. Helse- og velferdstjenesten i de to landene har mange likheter, likevel har den norske debatten om temaet har fått langt større oppmerksomhet. Forfatterne påpeker at selv om kritiske røster fikk noe plass i islandsk media, fant ingen kritisk debatt sted og disse synspunktene hadde ingen politisk innvirkning. Analysen fra Island inkluderte ikke bloggmediet<sup>2</sup>, og denne nye arenaen for meningsytring åpner opp for interessante forskningsspørsmål.

## 2.3 Sosiale medier

### 2.3.1 Generelt om sosiale medier

Sosiale medier er kanaler eller plattformer som ved hjelp av Internett eller webbasert teknologi åpner for interaksjon mellom to eller flere brukere. Dette er medier der brukerne selv skaper innholdet. Brukerne har mulighet til å opprette en profil, komme i kontakt med andre, dele innhold og kommunisere. Sosiale medier kan deles inn i kategoriene sosiale nettverk (Facebook, LinkedIn, Myspace), blogger og mikrobloggtjenesten Twitter, video- og fotodeling (YouTube, Flickr, Instagram), digitale oppslagstavler (Wikis, Pinterest) og chatterom (Larsen og Solvoll 2012).

Fra den spede begynnelse i 1997, da det første sosiale mediet SixDegrees.com ble lansert, og fram til i dag, har bruken av sosiale medier eksplodert, både blant privatpersoner, i markedsføring og i politisk virksomhet. På verdensbasis benytter mer enn 654 millioner unike brukere sosiale medier. I 2010 var 47 % av oss innom et sosialt media daglig, og i aldersgruppen 16-24 var andelen så høy som 83 %. Facebook er Norges største nettmedium målt i antall daglige brukere, med over 2 millioner

---

<sup>1</sup> For beskrivelse av diskursbegrepet, se avsnitt 3.1.

<sup>2</sup> For beskrivelse av begrepet blogg, se avsnitt 2.3.2.

brukere. Ny teknologi som smarttelefoner og lesebrett gir oss muligheten til kontinuerlig tilgang til sosiale medier (Larsen og Solvoll 2012).

### 2.3.2 Om bloggmediet

Blogg (kort for web-logg) er en internettside som består av innlegg, skrevet av individer eller en gruppe individer, kalt bloggere. Disse innleggene består av tittel og tekst og vises i omvendt kronologisk rekkefølge. Leserne av bloggen har vanligvis mulighet til å kommentere innleggene i et kommentarfelt. Bloggens dynamiske karakter, med mulighet for kommentering og derav diskusjon, samt lenking til andre blogger og muligheten til å abonnere på nye blogginnlegg, gjør at blogger kategoriseres som et sosialt medium og skiller seg fra en statisk hjemmeside. Bloggtjenester som Blogspot, WordPress og Blogg er lettfattelige, brukervennlige og vanligvis gratis, noe som gjør blogging lett tilgjengelig. I disse bloggplattformene er plassering og utforming av teksten forhåndsprogrammert, mens innholdet bestemmes av bloggeren. Bloggeren kan skrive under åpen identitet eller velge å være anonym. Blogger kan oppdateres når bloggeren selv ønsker det (Miller et al. 2011, Grüters 2011).

Blogger dekker en bred rekke temaer, fra det helt personlige til det politiske, og kan være både private og kommersielle. Noen blogger tar form av bloggkollektiver, der flere bloggere samles i samme blogg for å skrive om felles temaer. Bloggerne er ofte drevet av et sterkt ønske om å kommunisere noe til omverdenen, og bloggen er således et kommunikasjonsverktøy. Selv om bloggeren skriver i et offentlig rom (nett-offentligheten), er bloggen et personlig medium hvor bloggerens individualitet kommer til syne. Bloggen er således også et refleksjonsverktøy som lar bloggeren uttrykke sine meninger og tanker. Blogger skrives av både institusjoner, organisasjoner og privatpersoner. Det er vanlig å skille mellom ulike bloggtyper, deriblant temaspesifikke blogger som omhandler bestemte temaer, og blogger med mer personlig eller dagbokaktig preg (Miller et al. 2011, Grüters 2011).

Helseblogger er en kategori temaspesifikke blogger som fokuserer på helserelaterte temaer, inkludert fysisk, mental og kronisk sykdom, uførhet, helsepolitikk og lovgivning, helsenyheter og forskning, ernæring, erfaringer fra frivillige omsorgspersoner («other provider experiences»), samt erfaringer fra leger og medisinstudenter. Bloggene kan være generelle/brede eller omhandle spesifikke tilstander. Miller og kollegaer (2011) har gjort en omfattende kartlegging av helsebloggenes karakteristikk, bloggernes tematikk, bloggernes karakteristikk og bloggernes perspektiver. De fant at bloggernes karakteristikk til en viss grad sammenfaller med bloggernes kjønn, utdanning og perspektiv. Som et eksempel viste studiet at kvinner har større sannsynlighet for å blogge fra et pasient/forbruker/pårørende-perspektiv om sykdom og uførhet enn menn, som i større grad blogger om helsenyheter og forskning, helsepolitikk og teknologi.

«Mammablogger» er en annen type temaspesifikk blogg. Bloggene har det til felles at de er forfattet av mødre som skriver om tematikk knyttet til det å være mor. Det kan dreie seg som oftest om eget hverdagsliv og egne barn, ofte med bilder av barna. Tips til mat og aktiviteter for barn, råd for barneoppdragelse, barnemote, interiør og andre betraktninger rundt barnets liv og familiens hverdag er vanlige temaer. Noen mammablogger har også et større fokus på mors- og foreldrerollen i et samfunnsperspektiv, med temaer som for eksempel likestilling og kontantstøtte. En underkategori blogger, som befinner seg i gråsonen mellom mammablogger og helseblogger, er mødre som blogger om livet med et funksjonshemmet barn.

Ny teknologi illustrerer at sjangerbegrepet er dynamisk. Nye sjangre utvikler seg når nye medier utvikler seg, men de nye sjangrene bygger på og videreutvikler allerede kjente sjangerformer. Et eksempel er e-post som har utviklet seg fra det tradisjonelle brevet. Grütters (2011) kaller dette en «remediering» der gamle uttrykksformer reaktualiseres i nye medier. Blogger remediere andre sjangere. Den personlige bloggen har likhetstrekk med dagboken der bloggeren kan gjøre betraktninger om hverdagslige hendelser. Selve oppsettet i en blogg ligner også dagboksjangeren, der tekstene er ordnet i omvendt kronologisk rekkefølge med dato. Et skille mellom de to sjangrene er at bloggen ikke er et privat medium, men skrevet for at andre også skal kunne lese. I temabloggene finner vi både tekster som ligner mer på journalistiske sjangre (blant annet reportasje, kommentar, kronikk og inserat) og tekster som ligner på sjangre vi gjenkjenner fra academia og forskningen. «Blogg» kan slik omtales som en hovedsjanger som inneholder mange ulike sjangrer fra tekstverdenen (Grütters 2011). Tønnesson (2008, s. 78) beskriver bloggen som «dagbok og skrytealbum, men det er også avis, leksikon og løpeseddel». Vi stiller ikke de samme krav til bloggtekstene som vi vanligvis stiller til de opprinnelige sjangrene som bloggteksten har remediert. Et eksempel på dette er kravet vi stiller til at både journalister og akademikere har troverdige og dokumenterte kilder til sine påstander. I bloggtekstene er det derimot opp til bloggeren selv om vedkommende vil underbygge sine påstander med kildebruk.

### 2.3.3 Sosiale medier og blogger i et folkehelseperspektiv

Det er ikke noe nytt at mediene fokuserer på helse, sykdom og kropp, og at helseaktører benytter media for å informere og belære oss om hva som er gunstig for helsa vår. Nytt er det derimot at sosiale medier med sin toveiskommunikasjon i økende grad benyttes av aktører innen folkehelsen. I 2009 vedtok Regjeringen en statlig kommunikasjonspolitikk som blant annet innebærer bruk av sosiale medier. Hele statsforvaltningen, inkludert Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, er pliktig til å følge opp den statlige kommunikasjonspolitikken med satsing på interaktiv, toveis dialog med innbyggerne og tilrettelegging for aktiv bruk av sosiale medier (Fornyings- og administrasjonsdepartementet 2009). Sosiale medier benyttes i kampanjer for holdning- og atferdsendring, slik Helsedirektoratet gjorde da de lanserte en egen app i forbindelse med kampanjen Hvite uker (Helsedirektoratet 2012b). Legeforeningen har egen blogg og stort fokus på #SoMedisin (Tidsskriftet blogg u.å.). Den norske kreftforeningen er et eksempel på en organisasjon som bruker både blogg, Facebook og Twitter. Sosiale medier har blitt så aktuelt at Helsedirektoratet har utgitt en egen veileder for bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og

sosialektoren (Helsedirektoratet 2012c). Sosiale medier og bloggformatet har potensiale til å bli et svært nyttig verktøy for helsefremming og sykdomsforebygging, der både det enkelte individ, offentlige myndigheter og ulike pressgrupper aktivt kan søke og formidle informasjon. Det foreligger foreløpig ingen systematiske undersøkelser som viser om folkehelseaktørene lykkes i en meningsfull toveiskommunikasjon med brukerne av sosiale medier.

Sosiale medier kan brukes aktivt i helseaktivisme<sup>3</sup> ved å gi informasjon og feedback rettet mot beslutningstakere. Det kan blant annet dreie seg om både støtte til og motstand mot foreslåtte tiltak (Servaes og Malikhao 2010). Om helsetjenester sier Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 at «trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Det samme gjelder beslutninger om å innføre nye metoder, utarbeidelse av retningslinjer og kvalitetsindikatorer og organisering av tjenester. Pasienterfaringer må få en større plass i kunnskapsgrunnlaget» (St. meld.nr.16 2010-2011). I sosiale medier og blogger har pasienter og pårørende en mulighet til å uttale seg om saker som angår dem selv. Blogger er således en arena for meningsytring også for de som mangler tilgang til eller ressurser for deltakelse i annen offentlig debatt. Det er nødvendig at også de med «sped stemme» inkluderes når forskning utføres på temaer relevant for folkehelsen. I følge Servaes og Milakhao (2010) har helseaktivisme i sosiale medier et sterkt element av empowerment i seg.

Miller og kollegaer (2011) foreslår en rekke funksjoner blogging kan fylle for bloggeren. Bloggere kan dokumentere privatlivet og gi uttrykk for følelser, kommunisere med likesinnede, uttrykke meninger og gjøre egne tolkninger av sosiale, politiske og økonomiske hendelser. Bloggene kan fungere som kilde til informasjon, samt som arena for sosial støtte ved å dele og utveksle erfaringer med mennesker i lignende situasjoner. Blogger kan også brukes som arena for sosial og politisk appellvirksomhet, blant annet ved å rette fokus mot spesifikke helsetilstander, reformforslag eller effekter av foreslåtte tiltak. Muligheten for å være anonym åpner også opp for en friere meningsutveksling om temaer som er sensitive og beheftet med sosial stigmatisering.

### **2.3.4 Empiri – hva finnes av kunnskap om sosiale medier fra før?**

Larson og Hrastinski (2011) konkluderer i sin analyse at forskning på blogg og blogging i samfunns- og humanvitenskapen har økt dramatisk siden 2002, fra to publiserte artikler i 2002 til 101 artikler i 2008. De fant at dominerende fag innen bloggforskningen er sosiologi og psykologi, business og politikk. Larson og Hrastinski (2011) benyttet også Wimmer og Dominicks (2003) firefase-modell for å identifisere fokuset i forskningen: 1) «issues for blogs and blogging» som fokuserer på bloggmediet i seg selv, hva det er, hvordan det fungerer og hvordan det ligner og skiller seg fra andre medier, 2) «uses and users of blogs» som fokuserer på hvem som bruker blogger og hvordan bloggene brukes, 3) «effects of blogs and blogging» som fokuserer effekten av bloggene og 4) som fokuserer på hvordan blogger kan forbedres både teknisk og i sin bruk. Det var publisert flest artikler fra

---

<sup>3</sup> Egen oversettelse av begrepet «health activism».

forskningens andre fase, «uses and users of blogs». Over halvparten av artiklene fokuserte på forskjellige aspekter ved bruk av bloggen og de ulike brukerne av blogger. Majoritetene av artiklene bygget på empiriske studier der kvantitativ forskningsmetode var tatt i bruk. Den mest benyttede kvantitative forskningsmetoden var innholdsanalyser. Blant de kvalitative studiene dominerte tekstanalyse, intervjuer og diskursanalyse. Forfatterne etterlyste et bredere temafokus, og pekte på hvordan studier innen sosialmedisin kan gi oss bedre forståelse av helse og helsetjenester.

Studier av sosiale medier og blogging øker også i Norge. Også i Norge ser hovedfokuset til å ligge på hvordan bloggen benyttes av de som skriver og leser dem, blant annet hvordan bloggen brukes til selvrepresentasjon, identitetsskaper og nettverksbygging. Brandtzæg og Lüders (2008) undersøkte sosiale mediers potensiale for demokrati-deltakelse, og konkluderer i sin rapport eBorger 2.0 med at nye netjtjenester kan utvide mulighetene for allmenn deltakelse og debatt. Videre skriver de at nettsamfunn har et demokratisk potensial, men at allmenn samfunnsdeltagelse best fremmes gjennom en aktiv offentlig IKT-politikk med fokus på å øke den generelle digitale kompetansen i befolkningen. Det gjenstår likevel å utføre norske studier som støtter Brandtzæg og Lüder (2008) sin konklusjon. Det ser også ut til å mangle større undersøkelser som utforsker hvordan sosiale medier og blogger aktivt kan brukes i formidling av helseinformasjon.

## 2.4 Oppsummering

Dette kapitlet har sett på ulike forståelser av begrepet funksjonshemming. Funksjonshemming kan anses som en *impairment* bestemt av en medisinsk kroppsforståelse av manglende normalfunksjon, eller som en *disability* bestemt av samfunnets manglende tilrettelegging for funksjonshemmede. *Impairment*-forståelsen legger til rette for medisinske tiltak, mens *disability*-forståelsen oppfordrer til politiske og sosiale tiltak for å bedre funksjonshemmedes levekår. Det anslås at 16-20 % av den norske befolkningen har en funksjonshemming. Psykisk utviklingshemming er en form for funksjonshemming som det anslås at 1-3 % av befolkningen har. Kromosomavvik, inkludert Downs syndrom, er den vanligste formen for psykisk utviklingshemming.

Dette kapitlet har også sett på tilstanden til fosterdiagnostikk i dagens Norge. I dag tilbys ultralyd til alle gravide i uke 17-20 i svangerskapet, og kun gravide i risikogruppen får tilbud om fosterdiagnostikk så tidlig som i uke 11. Det diskuteres politisk om fosterdiagnostikk i form av såkalt tidlig ultralyd bør tilbys alle gravide på dette tidlige stadiet i svangerskapet. Tidlig ultralyd er særlig egnet til å fastslå om fosteret har Downs syndrom, men kan også ha helsegevinst i form av å oppdage andre, men sjeldne sykdomstilstander hos fosteret. Bruk av fosterdiagnostikk sett i lys av Solar og Irwin (2007) sitt rammeverk for forståelse av sosiale helsedeterminanter og sosiale helseforskjeller, viser feltets relevans for folkehelsefaget. Forskning på tidlig ultralyd utført i andre vestlige land, viser at det er knyttet mange etiske dilemmaer til bruk av tidlig ultralyd. Særsilt oppmerksomhet får etiske aspekter ved økning i abort av fostre med påvist Downs syndrom.



Til slutt i dette kapitlet har vi sett hvordan sosiale medier og blogger har hatt en eksplosiv vekst. Blogger dekker en bred rekke temaer, blant annet politikk og samfunnsspørsmål, helse og foreldre/barn. Bloggene remedierer flere ulike sjangre, og kan benyttes både som kommunikasjonsverktøy og refleksjonsverktøy. Sosiale medier med sin toveiskommunikasjon innebærer en ny mulighet for helseaktører å bedrive sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Sosiale medier har også et potensiale for helseaktivisme ved at «folk flest» kan gi informasjon og feedback til beslutningstakere. Forskning på blogger har foreløpig fokusert på hvem som bruker blogger og hvordan blogger brukes. Det er foreløpig gjort lite forskning på hvordan blogger kan gi en bredere forståelse av helse og helsetjenester.

## Kapittel 3. Teori: Sosialkonstruksjonisme, diskurs og makt

I dette kapitlet redegjøres for teoriene som sammen med definisjoner og bakgrunnsinformasjon i kapittel 2 og empiri i kapittel 5 danner grunnlaget for funn og diskusjon i kapittel 6. Dette kapitlet inkluderer en redegjørelse for sosialkonstruksjonisme og diskursbegrepet, samt en redegjørelse for maktbegrepet og hvordan maktbegrepet benyttes i Foucaults teorier om arkeologi, genealogi, governmentality og biopolitikk.

### 3.1 Sosialkonstruksjonismen

Sosialkonstruksjonisme er en filosofisk retning innen samfunnsvitenskapen som sier at mennesket konstruerer sin virkelighet gjennom språklige interaksjoner med andre mennesker. I sosialkonstruksjonismen vektlegges hvordan vi subjektivt oppfatter sosiale strukturer eller institusjoner. Kunnskap anses ikke som objektiv, den skapes av oss selv. Virkeligheten er pluralistisk - den kan uttrykkes på mange vis, og plastisk - den kan tilpasses de handlingene vi utfører. Sosialkonstruksjonismen mener at all kunnskap vi anser som selvsagt, egentlig er produkter av kompliserte diskursive praksiser. En diskurs er et sett av mulige påstander om et gitt område, og organiserer og gir struktur til måten vi omtaler et emne et objekt eller en prosess. Sosialkonstruksjonismen er således opptatt av hvordan noe framstilles og representeres (Fangen 2004, Kress 1985).

Vivian Burr (1995) påpeker at sosialkonstruksjonistiske tilganger er mangfoldige, men framhever fire nøkkelpremisser som binder feltet sammen:

1. *En kritisk innstilling overfor selvfølgelig viten, altså den kunnskap vi «tar for gitt».* I sosialkonstruksjonismen utfordres forestillingen om at kunnskap er basert på objektive og nøytrale observasjoner av verden.
2. *Historisk og kulturell kontekst er avgjørende for vår forståelse.* Hvor vi bor i verden avgjør hvordan vi anser et bestemt fenomen. Dermed kan man heller ikke si at en forståelsesmåte er bedre enn en annen.
3. *Viten og sannhet henger sammen med sosiale prosesser.* Viten skapes i sosial interaksjon, der det bygges både felles sannheter og kjempes om hva som er riktig og uriktig.
4. *Viten og sosial handling henger sammen.* I et bestemt verdensbilde er noen former for handlinger naturlige, mens andre er utenkelige. Forskjellige sosiale verdensbilder fører dermed til forskjellige sosiale handlinger. Slik får den sosiale konstruerte viten og sannhet konkrete sosiale konsekvenser.

## 3.2 Makt

Maktbegrepet er sentralt i sosialkonstruksjonismen. En vanlig definisjon av makt er at makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe han eller hun ellers ikke ville gjort. Denne definisjonen har tre elementer: 1) en asymmetrisk relasjon mellom A og B, 2) en intensjon der A har ønske om å få B til å utføre en gitt atferd, og 3) en årsakssammenheng, der det er As ønsker som får B til å utføre handlingen (Engelstad 1999).

Foucault (i Jørgensen og Phillips 1999) framhever at makt er produktiv. Det er gjennom makt at vår omverden produseres, og gjennom makt at objekter skilles fra hverandre og får karakteristikk og relasjoner til hverandre. Makt virker også begrensende. Makt setter grenser for hva som aksepteres som meningsfullt og lager regler for hva som kan sies innen en diskurs. Dette er grunnen til at de påstander vi finner innenfor et domene er enslydende og gjentakende, til tross for at vi i prinsippet har uendelige muligheter til å komme med utsagn. At konseptuelle muligheter innen en diskurs avgjøres av ubevisste regler som legger føringer og begrensninger for utsagn, er grunnpremisset i Foucaults arkeologiske metode.

### 3.2.1 Foucaults arkeologi og genealogi

I sin *arkeologi* er Foucault interessert i å avdekke hvilke utsagn som aksepteres som meningsfulle og sanne. Når diskurser både hemmer og fremmer produksjon av ny kunnskap, ved at de tillater en bestemt måte å tenke om virkeligheten på og ekskluderer andre tankemåter, avgjør også diskursene hvem som kan uttale seg, når de kan uttale seg og med hvilken autoritet (Cheek 2004). Ulike samfunnsgrupper vil således kjempe om definisjonsmakt, det vil si kjempe om å være premissleverandør til diskursen og dermed få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten. Å påvise en dominant diskurs vil stimulere til opposisjonelle diskurser (Hovdenak 2006).

Foucault (i Jørgensen og Phillips 1999) videreutviklet den arkeologiske metoden til å omfatte *genealogi*. Når en diskurs er avdekket av arkeologien, er det genealogiens oppgave å avdekke hvordan denne praksisen ble til en norm. Foucault binder makt og kunnskap sammen, de er gjensidig forutsettende. Det er gjennom kunnskap vi kan kontrollere, og det er gjennom kontroll at vi får kunnskap. Ved å tydeliggjøre den maktutøvelse som konstituerer en diskurs, dekonstrueres også «sannheten». Det er i følge Foucault ingen objektiv sannhet, da man aldri kan uttale seg fra en posisjon utenfor diskursen – sannheten produseres av maktsystemer i diskursen. Å ha makt til å definere diskursen, er å ha makt til å definere virkeligheten.

### 3.2.2 Velferdsstatens maktutøvelse: Governmentality, disiplinærmakt og biopolitikk

Velferdsstaten har som oppgave å fungere som en beskytter for det enkelte individs velferd og glede. I velferdsstaten blir befolkningens individuelle og kollektive velvære et statlig anliggende. Foucault bruker begrepet pastoralmakt til å beskrive velferdsstatens maktutøvelse. Begrepet henspiller på den makten en pastor har overfor de troende. Når begrepet benyttes om staten, er det fordi «frelse» i form av helse er noe staten må sikre befolkningen. For å kunne hjelpe sine innbyggere til å oppnå optimal helse, må velferdsstaten også kontrollere. Foucault bruker begrepet *governmentality* for å beskrive de strategier og teknikker myndighetene bruker for å påvirke oss i retning av bedre helse. En slik teknikk er den frivillige disiplin individene pålegger seg selv, basert på kunnskapen om hva som er riktig måte å handle på for å oppnå best mulig helse. Det kan dreie seg om kostholds- og treningsvaner, men også om å benytte seg av de medisinske tjenester som velferdsstaten tilbyr, deriblant fosterdiagnostikk (Foucault 2007, Gottfredsdóttir og Björnsdóttir 2010).

Barnes og Mercer (2003) beskriver hvordan Foucaults begrep *biomakt* er en særegen form for governmentality. Med begrepet biomakt forklares hvordan det moderne samfunnet gjennom en rekke avanserte maktteknikker kontrollerer sine innbyggere, særlig gjennom å legge føringer for menneskekroppen og den fysiske helsen. Begrepet biomakt har sammenheng med biopolitikken, som handler om statens makt til å bestemme over innbyggernes kropp, helse, liv og død. Biomakt utøves for å oppnå et biopolitisk mål om å kontrollere både den individuelle kroppen og «folkekroppen». Gjennom diskurs etableres noen kropp og sinn som unormale og underlegne, blant annet gjennom termer som utseende, funksjonsevne og yteevne. Det skapes en oppfattelse av hva som er friskt/sykt, normalt/unormalt, trygt/farlig og riktig/avvikende. Et resultat av biopolitikken er at kroppen nå anses som et redskap som kan brukes, endres, forbedres og perfektioneres. Målet er å redusere, og i ytterste fall eliminere, de kropp og sinn som anses som defekte. Den eugeniske politikken beskrevet i avsnitt 2.2.3 kan sees som et ekstremt eksempel på dette.

Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak som gymnastikk på skolen, billigere grønnsaker i butikkene og screening etter sykdommer er også utøvelse av biomakt, fordi hensikten her er å fremme normalitet og maksimere befolkningens helse. Diskurser er således en spennende innfallsvinkel til studiet av folkehelse. Servaes og Malikhao (2010) argumenterer for at folkehelse må forstås som en sosial konstruksjon, og Raphael (2011) viser at forståelsen av sosiale helsedeterminanter avgjøres av den diskurs konseptet benyttes i. Dersom sosiale helsedeterminanter forstås i lys av velferdsstaten, vil vi forholde oss til dem og handle annerledes enn hvis sosiale helsedeterminanter forstås i lys av markedskreftene. Videre påpeker Cheek (2004) hvordan vår forståelse av passende og aksepterte helsetjenester delvis produseres av vår forståelse av helse og sykdom, og at vår forståelse av helse og sykdom igjen påvirker forståelsen av helsetjenester. Enhver tekst som omhandler helse og helsetjenester, vil bare meddele og produsere et partisk og ensidig perspektiv på virkeligheten. Cheek (2004) argumenterer for at studier av diskurs kan utfordre vår tenking om helse og helsetjenester. Når individer og grupper avviker fra normen satt gjennom governmentality og biopolitikk, utfordres den dominerende diskursive praksis.

### 3.2.3 Medisinen som utøver av biomakt

Både folkehelsefeltet og velferdsstaten står i et gjensidig avhengighetsforhold med disiplinen medisin. Fugelli (2003) framhever medisinen som den sterkeste utøver av biomakt. Ved å definere helse som en stor verdi, overgir vi mye makt til medisinerne og helsevesenet. Helsevesenet er i tillegg forvalter av kapital i form av kunnskap og teknologi. Sykdom og funksjonshemming innebærer avmakt for den rammede, og for å unngå denne avmakten tillater vi helsevesenet å utøve makt. Medisinen kan slik forstås som et legitimt herredømme, jamfør Webers oppdeling av maktbegrepet, fordi den hviler på at vi i befolkningen godtar den og underordner oss den. Mye av samspillet mellom lege og pasient, helsetjeneste og befolkning er basert på tillit til den medisinske vitenskapen og dens utøvere.

Fugelli (2003) hevder videre at medisinen underkommuniserer sin egen makt. Selv om helsevesenets makt er stor, er den skjult. Ofte er makten også skjult for de som utøver den.

*«Medisinens tradisjon er altruistisk. Legens selvbilde er hjelperen. Det er fremmed for oss å tenke makt i denne godhetens innramming.» (Fugelli 2003, s. 195)*

Kunnskapen i medisinen kan virke innlysende og selvfølgelige for profesjonene som utfører helsetjenester. Dette kaller Foucault for et sannhetsregime, men fenomenet ligner også Bourdieus doxa – det usynlige og internaliserte syn som hersker innenfor en profesjon. Uansett hva man kaller fenomenet, er resultatet at den opplevde sannhet bestemmer hvordan man definerer og handler i en situasjon. Medisinen er således en viktig premissleverandør for hva som anses som friskt/sykt, normalt/unormalt etc. Når helsepersonell selv ikke er bevisst sin makt, kan resultatet bli at makten som i utgangspunktet har en hjelpende intensjon (å fremme helse), i stedet benyttes til å normalisere onde gjerninger (å eliminere de som ikke oppnår optimal helse). Dette er av særlig betydning sett i lys av at kunnskap fra en disiplin, slik som en medisinsk forståelse av kroppen, brukes til å ekskludere kunnskap fra andre disipliner (Fugelli 2003, Barnes og Mercer 2003).

## 3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett hvordan sosialkonstruksjonisme kan benyttes for å si noe om hvordan vi gjennom språklig interaksjon konstruerer sannheter vi anser som selvsagte, og derigjennom skaper en subjektiv, pluralistisk og plastisk virkelighet. Vi har sett at en diskurs er et sett mulige påstander om et gitt område som organiserer og gir struktur til måten vi omtaler et emne, et objekt eller en prosess. I Foucaults arkeologiske metode ønsker man å avdekke hvilke utsagn som aksepteres som meningsfulle og sanne. I Foucaults genealogi ønsker man å avdekke hvordan disse sannhetene har blitt etablert.

I dette kapitlet har vi også sett at makt en nødvendig forutsetning for å skape diskursive sannheter. Makt virker også begrensende fordi den legger føringer for hva som kan uttrykkes innen en diskurs. Governmentality er en spesiell type makt som myndighetene bruker for å påvirke befolkningen i retning av bedre helse. En særegen form for governmentality, er biomakt. Gjennom biomakt legges føringer for menneskekroppen og den fysiske helsen, ved at noen kropp og sinn etableres som underlegne gjennom diskurs.

Til sist viste kapitlet at helse og folkehelse kan forstås som en sosial konstruksjon. Helse tillegges stor verdi i dagens samfunn, og medisinsk kunnskap og forståelse av kroppen legger grunnlaget for hva vi anser som friskt og sykt. Governmentality og biomakt benyttes således av medisinen, folkehelsefaget og deres utøvere. Studier av diskurs har potensiale til å utfordre vår tenking om helse og helsetjenester.

## Kapittel 4. Metode

### 4.1 Diskursanalyse som metode

En diskurs kan forstås som et sett mulige utsagn om et tema. En diskurs organiserer og gir struktur til måten vi omtaler temaer, objekter og prosesser (Kress 1985). Denne diskursforståelsen ligger til grunn for analysen som utføres i denne oppgaven. Diskursanalyse, der målet er å analysere det språklige og materielle innholdet i en tekst, faller innenfor det sosialkonstruktivistiske forskningsparadigmet. I diskursanalyse undersøkes tekst som konstruksjoner i en sosial, kulturell, politisk og historisk kontekst. Tekst kan blant annet være bilder, intervjuer, prosa, faglitteratur, poesi, prosedyrer, feltnotater og blogginnlegg. Språk anses ikke som objektivt, verdifritt og med universell mening, men snarere avhengig av situasjonen den produseres i. Språk og tekster vil alltid formes av underliggende og implisitte antakelser. Diskursanalysens formål er å avdekke hvem sin stemme som blir hørt og hvilke verdier og interesser som kommer til uttrykk, samt avklare de ulike diskursene og undersøke om noen er hegemoniske. (Cheek 2004, Hovdenak 2006). Forskerens rolle blir dermed ikke å komme bak diskursene eller finne ut hva deltakerne «egentlig» mener, men å undersøke hva som faktisk blir ytret, hvilke mønstre det er i utsagnene og hvilke sosiale konsekvenser forskjellige diskursive framstillinger av virkeligheten har (Jørgensen og Phillips 1999). Diskursanalyse bør forstås som en tilnærming heller enn en fiksert metode – et bredt, analytisk rammeverk for forståelsen av diskurser og deres rolle i sosialt liv, sammen med forslag om hvordan diskurser best kan undersøkes (Cheek 2004).

Hva er god helse og hvordan oppnår vi god helse? Et governmentality-perspektiv på folkehelse vil gi en pekepinn på hvor og av hvem «svaret» på disse spørsmålene dannes. «Sannheten» om helse konstrueres gjennom diskurs og påvirker hvordan vi som enkeltpersoner og befolkning forholder oss til tiltak innen medisin og folkehelse. Hvordan vi forholder oss til fosterdiagnostikk og prenatal screening etter funksjonshemminger, avhenger av de normative føringer og forventninger til egen og andres helse som diskurser skaper. En analyse av «governmentalities» kan identifisere de tankemønstre som ligger bak vår oppfattelse av helse og medisinske tiltak, og også avdekke hvem som har innført dem, hvem som styres av dem og hvilken hensikt de tjener. Diskursanalyse kan bidra til å problematisere forståelser av helse som «tas for gitt».

Folkehelsearbeidere er deltakere i diskursen om helse, noe som gjør diskursanalyse til et relevant verktøy også innen dette fagfeltet. Diskursanalysen er videre et relevant verktøy i folkehelsefaget sett i lys av at offentlige diskurser om helse kan bidra til en negativ oppfattelse av mennesker som ikke passer inn i de normative helseforventningene som skapes. Når noen helsetilstander konstrueres som idealer, mens andre helsetilstander anses som uønskede, kan dette bidra til at noen mennesker marginaliseres og diskrimineres. Slik dannes og forsterkes sosiale ulikheter i helse. En kritisk vurdering av virkelighetsoppfatninger om helse, kan være et nyttig utgangspunkt for dekonstruksjon av «sannheter» som bidrar til en slik urettferdighet.

Diskursanalyse kan også avdekke hvordan et fenomen forstås innen en bestemt sosiokulturell kontekst – i dette tilfellet hvordan en innføring av tidlig ultralyd forstås i Norge i 2011-2012. Forståelsen av tidlig ultralyd er tett knyttet sammen med forståelsen av helse, sykdom og funksjonshemming. Disse forståelsene vil igjen være avgjørende for synspunkter om tidlig ultralyd bør eller ikke bør innføres som politisk tiltak for å bedre befolkningens helse. Ved å avdekke hvordan et fenomen forstås, kan diskursanalysen bidra til å forstå på hvilket grunnlag politiske beslutninger fattes.

Det er utført få, om ingen, lignende studier i Norge tidligere. Når jeg således gjør et forsøk på nybrottsarbeid, er det med et syn om at sosiale mediers potensiale i helseaktivisme, diskursene om helse som foregår i bloggmediet og offentlige diskurser om bruken av helsetjenester, er områder som fortjener større oppmerksomhet innen folkehelsefeltet. Det er et mål for prosjektet at mine resultater skal kunne etterprøves og utvides av andre.

## 4.2 Analyse av kildematerialet

### 4.2.1 Blogger som kildemateriale

I tekstanalyser gis visse tekster status som kildemateriale. Det foregår en utsilings- og utvelgelsesprosess av de tekstene som blir lagt til grunn for diskursen (Hovednak 2006). Analyse av blogginnlegg er bare en måte å undersøke den offentlige diskursen om tidlig ultralyd på. Andre tekster kunne også blitt benyttet, for eksempel avisartikler, kronikker eller fjernsynsdebatter. Når blogger er valgt som kildemateriale i dette prosjektet, er det gjort med utgangspunkt i et ønske om å belyse hvordan sosiale medier er en alternativ arena for meningsytring. Blogger er en «lavterskel»-arena for meningsutveksling, der de som ikke blir invitert til tv-debatter og som ikke kommer på trykk i avisene kan uttrykke sine oppfatninger. Blogger vil både gjenspeile debatten som foregår på andre arenaer, samtidig som de er en plattform for alternative synspunkter og tolkninger som ikke nødvendigvis får plass i mainstream media. Blogger benyttes av fagfolk og politikere, men også av «folk flest». I blogger kan subjektive meninger uttrykkes, uten at det stilles krav til godt språk, god kildebruk eller særskilt kunnskap om emnet som diskuteres. Derfor er blogger interessant fordi de kan tenkes å gjenspeile en bredere, mer folkelig forståelse av helse og tidlig ultralyd enn den man finner i andre medier.

### 4.2.2 Datainnsamling

Kildematerialet inkluderer blogginnlegg i perioden 1. januar 2011 til 31. desember 2012 som omhandlet følgende elementer: 1) henvisning til forslaget om innføring av tidlig ultralyd og 2) Downs syndrom. Blogginnlegg som omhandlet screening etter funksjonshemminger generelt, men der det tydelig framgikk at Downs syndrom inngår, er inkludert. Blogginnlegg som kun omhandlet en annen



funksjonshemming enn Downs syndrom, for eksempel trisomi 18, ble ekskludert. Målet var å avgrense kildematerialet til et fokus på Downs syndrom. Kildematerialet ble også avgrenset ved å ekskludere blogginnlegg som i forkant var publisert i andre medier, for eksempel som kronikker i avisene, og blogger drevet av aviser. Dette skyldes et mål om å fokusere på bloggen som arena for de som ikke har tilgang til avisene som ytringsarena. Innlegg i mikrobloggtjenesten Twitter og kommentarer i kommentarfeltet ble ekskludert fra analysen utfra hensyn til kapasitet for datainnsamling og analyse. En tidsavgrensning var nødvendig for å gjøre datainnsamling og analyse håndterbart innenfor rammene til en masteroppgave. Tidsavgrensningen skjedde med en bevissthet om at det har forgått en utvikling i diskursen fram mot 2011 og at diskursen vil utvikle seg videre også etter 2012.

Både blogginnlegg fra uavhengige enkeltpersoner og fra mer organiserte og/eller profesjonaliserte enkeltpersoner og grupper er inkludert i kildematerialet. Dette omfatter blant annet blogger drevet av Forskning.no og Minervanett.no, politikere og politiske partier, samt bloggkollektiver som MadDam og Neitilsortering. Hensikten med et såpass bredt aktørbegrep var å få tilgang til et vidt spekter av ulike meninger og synsvinkler. Det var en forutsetning for inklusjon at blogginnlegget hadde en avsender som kunne kontaktes.

For datainnsamling ble det benyttet en snøball- eller kjede-utvalgsstrategi (Patton 2002). Datainnsamling foregikk ved å søke på relevante søkeord (bl.a. blogg, Downs syndrom, utviklingshemning, funksjonshemming, screening, tidlig ultralyd, retten til liv) i de store søkemotorene (bl.a. Google, Bing, Kvasir), samt via lenking til relevante blogger i andre sosiale medier som Facebook og Twitter. Denne utvalgsstrategien er egnet i fravær av en kjent populasjon der et tilfeldig utvalg ikke er mulig. Miller og kollegaer (2011) argumenterer for at snøballmetoden er særlig egnet for studiet av blogger fordi blogger identifisert av søkemotorer er de mest synlige.

I alt 128 blogginnlegg som oppfylte inklusjonskriteriene ble identifisert. Alle bloggforfatterne ble kontaktet. De som hadde tilgjengelig kontaktinformasjon på bloggen (e-post-adresse eller kontaktskjema) ble tilsendt et standardbrev med informasjon om prosjektet. De ble også gitt mulighet til å motsette seg at deres innlegg ble benyttet i prosjektet (se vedlegg 1). I de bloggene der det manglet kontaktinformasjon, la jeg inn en kort beskjed i kommentarfeltet under det aktuelle blogginnlegget, der jeg oppfordret bloggeren til å kontakte meg på mail (se vedlegg 2). Da jeg ble kontaktet, ble disse tilsendt det samme standardbrevet som de øvrige bloggerne. Når det gjaldt bloggkollektiver der innleggene hadde ulike forfattere, ble ikke hver enkelt forfatter kontaktet. I stedet ble standardbrevet sendt til den som ble oppgitt som ansvarlig/redaktør for bloggkollektivet. Samtlige som ble tilsendt standardbrevet, aksepterte deltakelse i prosjektet. Det kan nevnes at jeg fikk svært mange positive og oppmuntrende svar på mine henvendelser, noe som tyder på oppslutning om prosjektet. For ni av blogginnleggene fra blogger som manglet kontaktinformasjon og derfor ble kontaktet via kommentarfeltet, fikk jeg ingen tilbakemelding. Disse ni innleggene ble derfor ekskludert fra analysen, siden disse bloggerne ikke hadde fått informasjon om prosjektet og

mulighet til å motsette seg inklusjon. Jeg satt da igjen med et samlet kildemateriale på 119 blogginnlegg, fordelt på 61 blogger og skrevet av 85 ulike bloggere.

Jeg besluttet å benytte alle innlegg jeg kunne finne som falt innenfor inklusjonskriteriene og som jeg fikk tillatelse av bloggerne til å bruke. Målet var å samle inn et så bredt kildemateriale som mulig, da dette ble vurdert som mest hensiktsmessig for å finne svar på spørsmålene i problemstillingen. En annen problemstilling med snevrere fokus ville muliggjort en annen type analyse, for eksempel en lingvistisk analyse, som ville krevd færre innlegg. Et bredt kildemateriale sammen med kvantifisering av materialet, bidro også til å styrke tolkningenes validitet og reliabilitet (se avsnitt 4.3).

### 4.2.3 Analyse av data

I diskursanalyse er teori og metode kjedet sammen. Diskursanalyse er ingen fiksert metode, men heller en tilnærming – et bredt teoretisk rammeverk. Jørgensen og Phillips (1999) påpeker at fokus i diskursanalysen i stor grad er opp til forskeren, men at diskursanalyse likevel er en «pakkeløsning» som inneholder filosofiske premisser om språkets rolle i den sosiale konstruksjonen av verden, teoretiske modeller og metodologiske retningslinjer for hvordan forskningsområdet skal gripes an.

Kritisk diskursanalyse og Faircloughs tredimensjonale modell (1992, i Jørgensen og Phillips 1999) har vært den analytiske rammen som inspirerte dette prosjektet. Fairclough sier at hvert tilfelle av språkbruk er en kommunikativ begivenhet som har tre dimensjoner: 1) det er en tekst, 2) det er en diskursiv praksis som innebærer produksjon og konsumeringsprosesser forbundet med teksten og 3) den bredere sosiale praksis som den kommunikative begivenheten er en del av. Analysen av tekst (1) inkluderer å identifisere formelle trekk ved teksten, slik som vokabular/ordvalg og metaforer. I analysen av diskursiv praksis (2) er det interessant å identifisere hvilke diskurser teksten trekker på (interdiskursivitet) og diskursive relasjoner. Begreper som ideologi, hegemoni, makt og konflikt er relevante. En analyse av den brede sosiale praksis som diskusjonen om tidlig ultralyd inngår i (3), er ivaretatt ved å vise sosiale konsekvenser av de ulike diskursene om tidlig ultralyd, samt ved å vise hvordan diskursene om tidlig ultralyd kan informere folkehelsefaget.

Fairclough opptegner en modell for analyse med fem trinn, og det er denne modellen som har vært veiledende for min analyse. Å benytte et slikt rammeverk for analyse bidrar til å sikre en valid tolkning. Trinnene er en idealmodell, i realiteten har det vært nødvendig å gå fram og tilbake mellom trinnene (Jørgensen og Phillips 1999).

### 1. *Utforming av problemstilling*

I utforming av problemstilling støtter jeg meg på Hovdenak (2006), som sier at det i diskursanalysen er sentralt å avdekke hvem sin stemme som blir hørt, samt hvilke verdier og interesser som kommer til uttrykk. Fairclough framhever at diskursive praksiser står i et dialektisk forhold til andre sosiale praksiser, og at analysen skal trekke på de disipliner som beskjeftiger seg med den sosiale praksisen (Jørgensen og Phillips 2009). I utforming av problemstilling var det derfor sentralt å muliggjøre en analyse som viser forbindelsen til folkehelsefeltet. Arbeidet startet med en utforming av noen hypoteser og veiledende forskningsspørsmål.

### 2. *Valg av kildemateriale*

Valg av materiale avhenger av problemstillingen, og ble redegjort for i avsnitt 4.2.2.

### 3. *Transkripsjon*

Transkripsjon forbindes hovedsakelig med analyser av intervjuer og samtaler. I dette prosjektet ble det utformet og benyttet et fastlagt skjema som hvert blogginnlegg ble undersøkt etter (se vedlegg 3). Hensikten med dette skjemaet var å sikre at det var de samme elementene fra hvert blogginnlegg som var gjenstand for nærmere undersøkelser, og også hindre at mine personlige fortolkninger førte til at noen elementer fikk oppmerksomhet på bekostning av andre. Skjemaet var slik ment å bidra til sikring av validitet og reliabilitet. Å velge ut hva som er relevant å transkribere, innebærer også en fortolkning, og dette gjaldt også ved utforming av transkripsjonsskjemaet. Skjemaet ble derfor vurdert av veileder før det ble tatt i bruk.

### 4. *Analyse*

Tekstanalysen foregikk som det Brekke (2006) kaller en veksling mellom helhets- og delanalyse. Hver tekst ble lest flere ganger, der det ved hver lesing ble fokusert spesielt på ulike aspekter av innholdet. I helhetsanalysen leses alle tekstene med utgangspunkt i de allerede foreliggende hypotesene og hovedpunkter noteres ned (jamfør transkripsjonsskjemaet). Å ta med «alt» fra en tekstanalyse er verken mulig eller forskningsmessig interessant, men det var først etter at å ha dannet meg et helhetsinntrykk at en utvelgelse ble mulig. Slik startet arbeidet med å konstruere ulike typologier: bloggenes temafokus og sjangerbruk, standpunkt, aktører, argumentasjonsklynger, samt kildebruk og bildebruk. Herunder ble de typiske fenomener og utsagn gruppert. Hensikten med å dele opp teksten i fenomener og utsagn som kan telles opp, var å få et inntrykk av hva bloggerne la vekt på i sine blogginnlegg. Det er dette Brekke (2006) omtaler som en delanalyse. I delanalysen ble det lagt lite vekt på lingvistisk analyse, da dette ville blitt for omfattende med det høye antallet blogginnlegg benyttet som kildemateriale. Typologiene og deres underkategorier ble i stedet gjenstand for en kvalitativ analyse understøttet av en enkel deskriptiv statistikk. Til statistiske utregninger ble SPSS brukt. Det ble altså benyttet en metodetriangulering. Den deskriptive statistikken fokuserte på fordeling av nominale enkeltvariabler og fordelingen mellom par av variabler. Det ble ikke ansett som mulig

innenfor rammene til dette prosjektet å utvide kvantifiseringen av kildematerialet til en mer omfattende bi- og multivariat analyse. Vurderinger av validitet og reliabilitet er begrenset til kvalitativ analyse, der metodetrianguleringen er ment å understøtte funnene utledet av denne analysen (se avsnitt 4.3).

### *5. Resultater*

Typologiene og deres underkategorier synliggjorde de ulike diskursene som opererte i feltet fosterdiagnostikk. Det ble identifisert diskursive hovedfokus som det redegjøres for og som diskuteres i kapittel 5. Et mål med kritisk diskursanalyse er å kunne benytte forskningsresultatet til å gjøre folk mer bevisste om diskurs som en form for sosial praksis som avspeiler og forsterker ulike relasjoner (Jørgensen og Phillips 1999). Presentasjon av funnene var inspirert av dette målet. Problemstilling, kildemateriale og analysemetode ble således også valgt med den hensikt å gjøre aktører innen medisin og folkehelse mer bevisst på sin egen rolle som deltakere i diskursiv praksis. Derigjennom kan yrkesutøvere i medisin og folkehelse benytte sin definisjonsmakt til å bedre befolkningens helse uten at dette fører til diskriminering av de mennesker som ikke lever opp til en idealisert forståelse av helse.

Brekke (2006) skriver at i kvalitative undersøkelser brukes teorier og begreper for å gi mening til kildematerialet. I denne oppgaven har jeg i teorivalg fulgt det Fangen (2004) kaller for en runddans mellom teori, metode og data. Jeg begynte med noen generelle forskningsspørsmål og hypoteser, og benyttet sosialkonstruksjonisme og Foucaults teorier om diskurs og makt som analytiske rammer. Underveis i transkripsjons- og analyseprosessen ble behovet for å anvende tilgrensede teorier synlig. Disse teoriene egnert seg spesielt til å analysere feltet som studeres, blant annet teorier om funksjonshemming og Per Fugellis «nullvisjons»-begrep om helse.

Diskurser omfatter ikke kun tale- og skriftspråk, men også bilder (Jørgensen og Phillips 1999). I denne oppgaven er det de følelsesmessige reaksjonene bildet vekker som har vært av interesse for analysen. Hva skildrer bildet og hvilken hensikt tjener bildet i forhold til teksten? Analysen støttet seg på Evensen og Simonsen (2010) som sier at bilder benyttes som et visuelt hjelpemiddel som skal underbygge meningen i den skriftlige teksten. Bildet skal skape assosiasjoner. Et bilde eksisterer ikke utenfor kommunikasjonsettingen, men skapes, forstås og omformes gjennom sosial samhandling. Analysen omfattet ikke bildenes oppbygging, bildets plassering i blogginnlegget, grafiske elementer og layout, da dette ikke ble ansett som relevant i forhold til problemstillingen. En utfordring i bildeanalysen var at bilder er polysemiske – de bærer i seg et overskudd av mening og kan bety ulike ting i ulike settinger. Det er ikke nødvendigvis slik at bloggerens hensikt med bildebruken sammenfaller med leserens oppfatning.

## 4.3 Overførbarhet, validitet og reliabilitet

Kvalitativ forskning kan ikke vurderes ut fra samme krav som kvantitativ forskning fordi den produserer en helt annen form for data enn den kvantitative. I kvalitativ forskning er det fenomeners innhold og betydning som står i fokus, snarere enn fenomeners utbredelse og omfang. Kvalitative data bør derfor vurderes på sine egne premisser ved at det tas høyde for at materialet i all hovedsak består av tekst. Fangen (2004) sier at en skrevet tekst kan sies å være validert dersom den er tilstrekkelig begrunnet, tilpasset en teori, har et forståelig formål og er logisk og sannferdig i form av dens refleksjon over fenomenet som skal studeres.

### 4.3.1 Overførbarhet (ekstern validitet)

Diskursanalyse, som all annen kvalitativ metode, vil alltid inneholde enn viss subjektivitet med de begrensninger som dette medfører. Resultatene i en diskursanalyse er ikke generaliserbare beskrivelser av hvordan noe er, men i stedet beskrivelser av hvordan et fenomen kan forstås eller tolkes (Cheek 2004). Målet for denne oppgaven er derfor ikke å si noe generelt om hvordan tidlig ultralyd oppfattes globalt, men å belyse hvem som bruker bloggmediet til å delta i den norske debatten i 2011-2012, hvilke argumenter deltakerne bruker og hvordan disse deltakerne er med på å forme diskursen om tidlig ultralyd i denne perioden. Funnene kan igjen bidra til en bredere forståelse av hvordan helse- og sosialpolitikk påvirker og påvirkes av «sannheter» om helse og fosterdiagnostikk.

### 4.3.2 Intern validitet

Intern validitet dreier seg om funnene kartlegger det fenomenet som skal utforskes (Fangen 2004). I dette prosjektet var det spesielt gyldigheten av egne observasjoner og gyldigheten av egne tolkninger som det var nødvendig å vie spesiell oppmerksomhet til.

Teoretisk validitet (om teorien er egnet til å tolke materialet) er forsøkt ivaretatt gjennom det Gadamer (1996, i Fangen 2004) kaller samsvar med tolkningstradisjon. Dette innebærer å vurdere om egne tolkninger er i samsvar med tidligere tolkninger av samme fenomen. Tolkninger kan understøttes av lignende teoretiske rammeverk og sammenlignbare funn fra andre forskere. Tolkningsprobabilitet styrkes av komparative data, tilstøtende funn, tykkelse på kontekst og teoretisk overveielse.

Respondentvaliditet, der deltakerne går god for tolkningene, har ikke vært mulig å gjennomføre på grunn av det store kildematerialet kombinert med tidsrammen for gjennomføring av prosjektet. Det har ikke vært nødvendig å sikre validitet utfra et korrespondansekrav, altså om ytringene som er

analysert korresponderer med virkeligheten. Det er ikke holdbarheten i deltakernes ytringer som er av betydning, men hvordan de benytter ytringene innen en diskurs.

Gjennom kvantifisering av materialet styrkes observasjonenes og tolkningenes gyldighet. En utfordring i diskusanalytiske studier er å avgrense hvilke ytringer som er relevante. En kvantifisering av blant annet aktører og argumenter bidrar til å sikre en hensiktsmessig avgrensning. Når resultatene i en kvalitativ og kvantitativ analyse sammenfaller, er dette et uttrykk for høy validitet (Fangen 2004).

### 4.3.3 Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om i hvilken grad funnene i forskningen kan repliseres eller reproduseres av en annen forsker. Reliabilitetsbegrepet har sin opprinnelse i kvantitativ forskning der framgangsmåtene er langt mer standardiserte. I kvalitativ forskning vil reliabilitet styrkes av gjennomsiktighet i framgangsmåte, der det redegjøres for hvordan man har kommet fram til sine tolkninger (Fangen 2004).

En rikhet i materialet vil også bidra til å sikre reliabilitet. Ved å ha et bredt kildemateriale minsker risikoen for at det i tolkningen vektlegges aspekter som er lite relevante. Kvantifisering av materialet vil således understøtte tolkningen. Kvantifisering av materialet minsker også risikoen for observatørbias, ved at et stort antall observasjoner understøttes tolkningene som gjøres (Fangen 2004).

Ideelt sett burde kvantifisering innen typologiene utføres av flere enn én person for bedre sikring av reliabilitet, men det har dessverre ikke vært mulig innenfor rammene til denne masteroppgaven. Reliabiliteten i tolkningene er derimot styrket gjennom kontinuerlig veiledning i løpet av prosjektperioden.

I diskursanalysen finnes ingen «sann» analyse. Innen den sosialkonstruksjonistiske forståelsen er også forskningen konstruert innen en sosial og historisk kontekst. Som forsker påvirkes også jeg av den samme konteksten som påvirker bloggerne jeg undersøker. Brekke (2006) framhever at teksttolkerens erfaringer, forventninger, forforståelse, fordommer og antakelser har stor betydning for tolkningen av ytringene. Cheek (2004) viser at forskeren som utfører en diskursanalyse har stor makt til å tillegge andres tekster mening. Som forsker er det således en utfordring å forholde seg objektiv til det materialet som studeres. Det har vært nødvendig for meg å hele tiden reflektere rundt om mine tolkninger er gjenstand for selektiv forståelse, påvirket av mine roller som kvinne, mor og sosionom. Jeg har selv ingen funksjonshemming og er ikke i familie med noen med funksjonshemming. Min erfaring med funksjonshemmede begrenser seg til det jeg har opparbeidet gjennom studier og yrkeskarriere. Jeg gikk inn i arbeidet med prosjektet med en skepsis til en

innføring av tidlig ultralyd, men også med stor nysgjerrighet for temaet og med sympati for mange av de argumenter som taler for en innføring. Gjennom en kontinuerlig bevissthet rundt disse fallgruvene, samtaler med veileder og kvantifisering av tekstenes egenskaper, er objektivitet forsøkt ivaretatt. Etter det beste av min kunnskap har jeg klart å holde en kritisk distanse til materialet, samt klart å holde mine private roller atskilt fra min forskerrolle.

## 4.4 Etikk

### 4.4.1 Internettforskning og samtykke

Internettforskning er underlagt de samme etiske kravene som annen forskning. Internettforskning byr også på særegne problemstillinger, spesielt vanskeligheten med å skille mellom offentlig og privat informasjon. Blogginlegg kan sies å være i en gråson mellom offentlig og privat informasjon, fordi det dreier seg om informasjon som er tilgjengelig for enhver som har tilgang til Internett, men som kan være av svært privat karakter. Som hovedregel kan en forsker fritt kunne benytte informasjon av privat karakter meddelt i et åpent forum (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2009).

For å imøtekomme de aktsomhetshensyn det innebærer å benytte seg av informasjon gitt i blogginlegg, valgte jeg å utforme et informasjonsskriv til alle bloggerne hvis blogginlegg jeg ønsket å bruke, og derigjennom gi dem mulighet til å motsette seg deltakelse (se vedlegg 1). Slik ble også kravet om informert samtykke ivaretatt. Informasjonsskrivet ble vurdert tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg 4).

### 4.4.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskningen innebærer at det ikke skal offentliggjøres data som kan avsløre den personlige identiteten til dem man forsker på (Fangen 2004).

Det var nødvendig å samle inn kontaktinformasjon (mailadresser) til bloggerne i prosjektets innledende fase. Kontaktinformasjonen ble oppbevart i et eget passordbeskyttet skjema lagret på privat pc, og var ikke sammenstilt med andre personidentifiserende opplysninger. Når prosjektet avsluttes, vil kontaktinformasjonen slettes. Innhenting av personopplysninger ble meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg 4).

Ingen demografisk informasjon utover kjønn ble registrert, da informasjonen i bloggene var for ufullstendig til å gi et godt bilde av demografiske variabler. Selv om noen bloggere oppgir fullt navn,

yrke, bosted og/eller alder, er mange av bloggerne enten delvis eller fullstendig anonyme. Å oppsøke denne informasjonen via andre kanaler enn de analyserte bloggene/blogginneleggene (for eksempel folkeregisteret), ble vurdert som et for omfattende inngrep i bloggernes personvern.

I informasjonsskjemaet ble deltakerne informert om at det enkelte blogginnlegg og ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i analysen, og at alle personidentifiserbare data ble behandlet konfidensielt. Et dilemma jeg derfor møtte underveis i prosjektet, var om jeg skulle gjengi sitater. Brekke (2006) skriver at sitater brukes for å dokumentere den forståelsen man har kommet fram til i prosjektet. En ulempe med bruk av sitater fra blogger, er at disse kan brukes til å identifisere bloggen (og dermed bloggerens identitet) ved å foreta et fulltekstsøk på sitatene. I informasjonen deltakerne i studiene ble gitt, ble det forutsatt anonymitet. Jeg har derfor valgt ikke å sitere for å kunne ivareta bloggernes anonymitet, til tross for at dette kan komme i konflikt med kravet om etterprøvnbarhet. For å bøte på dette er utsagn i bloggene gjengitt i mer generelle formuleringer som ikke kan søkes opp ved hjelp av en søkemotor, men som likevel kan illustrere typiske påstander man finner igjen under de ulike argumentasjonsklyngene og argumentene.

#### **4.4.3 Tilbakeføring av resultatene**

Da jeg sendte ut informasjon om prosjektet til bloggerne, fikk jeg flere svar tilbake fra bloggere som ønsket tilgang til det ferdige produktet. Fangen (2004) skriver at man som en hovedregel bør tilbakeføre resultatene av studien til de som er studert. Dette er i tråd med et etisk prinsipp om gjensidighet mellom forsker og de som er forsket på. Den ferdige masteroppgaven vil derfor bli gjort tilgjengelig for de som ønsket dette etter sensurering. Dette er også i tråd med at Internettet i stor grad er bygget på normer om åpenhet, informasjonsfrihet og deling av resultater (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2009).



## Kapittel 5. Empiri

I hovedproblemstillingen (se avsnitt 1.1) spørres det hvilke aktører og argumenter som preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i norske blogger i 2011-2012. Herunder var det interessant å undersøke om det i blogginnleggene ble tatt tydelige standpunkt *for* eller *mot* en innføring av tidlig ultralyd, om noen aktørtilhørigheter utmerket seg i debatten, samt om aktørtilhørigheten spilte en viktig rolle for standpunkt som ble tatt og argumenter som ble benyttet. Videre var det interessant å undersøke hvilke argumenter som kjennetegnet debatten på tilhenger- og motstandersiden, samt hvilke argumenter som ikke fikk plass i debatten (se avsnitt 1.2).

For å finne svar på disse spørsmålene, ble blogginnleggene organisert i typologier: 1) bloggenes temafokus og sjangerbruk, 2) standpunkt til innføring av tidlig ultralyd, 3) aktører, 4) argumentasjonsklynger, 5) kildebruk og 6) bildebruk. Hver typologi har egne underkategorier. Typologiene og deres underkategorier ble kvantifisert og fordeling mellom dem undersøkt. I dette kapitlet redegjøres det for typologiene, deres underkategorier og fordelingen mellom dem.

Typologiene og deres underkategorier ble dannet med utgangspunkt i 119 blogginnlegg, fordelt på 61 blogger og skrevet av 85 ulike bloggere. Av 119 blogginnlegg var 45 publisert på blogger drevet som bloggkollektiver eller av organisasjoner. 30 av disse 45 blogginnleggene var publisert på bloggkollektivet Neitilsortering.no. De resterende 74 blogginnleggene var publisert på private blogger.

Empirien redegjort for i dette kapitlet vil sammen med definisjoner og bakgrunnsinformasjon i kapittel 2 og teoriene i kapittel 3 danne grunnlaget for funn og diskusjon i kapittel 6.

# NEI TIL SORTERING.NO

Neitilsortering.no er et bloggkollektiv med blogginnlegg som fremmer et tydelig standpunkt mot innføring av tidlig ultralyd. «Vi som lager siden har et klart standpunkt, men vi ønsker å fremme sannferdig informasjon og få fram et mangfold av synspunkter», skriver initiativtakerne på bloggen. Initiativtakerne til bloggen, i alt 10 stykker, har et aktivt engasjement for funksjonshemmedes rettigheter til felles. Flere har tilhørighet i interesseorganisasjoner for funksjonshemmede. Flere har selv en funksjonshemming eller er forelder til et funksjonshemmet barn (Neitilsortering 2013b). Initiativtakerne har egne blogginnlegg publisert på bloggen, men en rekke andre bloggere er også publisert på bloggen. Argumentasjonen føres på ikke-religiøst grunnlag, men har som en av initiativtakerne skriver, ikke en basis i antireligiøse holdninger. «Vi er ikke knyttet til noen partier eller livssyn, men ut i fra initiativtakernes ståsted, synes det opplagt at Neitilsortering.no er rettet mot venstresiden av norsk politikk, godt forankret i perspektivene for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse og feminisme» (Gitlesen 2012). Bloggen ble opprettet i mars 2012 og er fremdeles aktiv.

Figur 9: Om neitilsortering.no

## 5.1 Typologi 1: Bloggenes temafokus og sjangerbruk

Det ble identifisert fire typer tematikk (se tabell 1) som kjennetegnet bloggene som blogginnleggene var publisert på; 1) *politikk og samfunnsspørsmål* (57 % av innleggene), 2) *mammablogger* (19 % av innleggene), 3) *helse og medisin* (10 % av innleggene), og 4) *religion, etikk, filosofi og vitenskap* (4 % av innleggene)<sup>4</sup>. Det var i tillegg nødvendig å legge til en kategori som omfattet blogger uten tydelig temafokus eller med tematikk som ikke var felles med noen av de andre bloggene (for eksempel en teaterblogg), som utgjorde 10 % av bloggene.

Det ble identifisert tre sjangerkategorier med utgangspunkt i den sjanger blogginnlegget remedierte;

1) *Dagboktekster* med en tydelig jeg-person. Personlige refleksjoner basert på egne erfaringer var vanlig. Språket var ofte emosjonelt og likt talespråket. Tekstene hadde et løst preg og virket ofte lite bearbeidet. Det var mindre vanlig å bruke kilder, påstander var sjeldent underbygget av annet enn hva avsender selv følte og mente.

2) *Journalistiske tekster* med en mer bearbeidet form, fastere struktur og tydelige paragrafer. Tekstene uttrykte ofte et standpunkt basert på begrunnede påstander/argumentasjon. Språket

<sup>4</sup> 3 av de 5 innleggene publisert på blogger med temafokus religion, etikk, filosofi og vitenskap er publisert på samme blogg. Denne bloggtypen utgjør således en svært liten kategori.

balanserte ofte mellom personlig og formelt, og tekstene hadde gjerne en jeg-person. Tekstene hadde fellestrekk med avisjournalistiske grunnsjangre som leder, kommentar, kåseri, kronikk og inserat (Roksvold 1989).

3) *Akademiske tekster* med en mer upersonlig form og manglende jeg-person. Tekstene var godt gjennomarbeidet og påstander dokumentert med kilder. Tekstene var saklige og ofte drøftende. Språket var nøyaktig og formelt.

Tekster som remedierte den journalistiske sjangeren dominerte (74 % av innleggene), etterfulgt av tekster som remedierte dagboksjangeren (24,5 % av innleggene). Akademiske tekster forekom lite, kun 1,5 % av innleggene oppfylte kravene for å være en akademisk tekst (se tabell 1).

**Tabell 1: Fordeling av antall blogginnlegg på bloggtype og sjanger**

Bloggtype	Sjanger			Totalt
	Dagbok	Journalistisk	Akademisk	
Politikk og samfunnsliv	2 (3 %)	65 (95,5 %)	1 (1,5 %)	68 (100 %)
Mammablogg	19 (86 %)	3 (14 %)	0 (-)	22 (100 %)
Annet/inget særskilt fokus	6 (50 %)	6 (50 %)	0 (-)	12 (100 %)
Helse og medisin	1 (8,5 %)	11 (91,5 %)	0 (-)	12 (100 %)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	1 (20 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	5 (100 %)
Totalt	29 (24,5 %)	88 (74 %)	2 (1,5 %)	119 (100 %)

### 5.1.1 Oppsummering

Det ble identifisert fire bloggtyper som innleggene var publisert på: 1) politikk og samfunnsspørsmål, 2) mammablogger, 3) helse og medisin, 4) religion, etikk, filosofi og vitenskap. Det ble også tilføyd en kategori av blogger uten et tydelig temafokus. Blogger med temafokus politikk og samfunnsspørsmål var den største bloggtypen.

Det ble videre identifisert tre sjangre som blogginnlegget remedierte: 1) dagboktekst, 2) journalistisk tekst, og 3) akademisk tekst. Blogginnlegg som remedierte den journalistiske sjangeren dominerte. Dagboksjangeren var vanligst i mammabloggene, mens journalistisk sjanger dominerte de andre bloggtypene.

## 5.2 Typologi 2: Standpunkt

Blogginneleggene ble inndelt i tre ulike standpunkt til innføring av tidlig ultralyd; 1) *positiv*, 2) *negativ* eller 3) *drøftende/uavklart*. Bloggere som tok et tydelig standpunkt for eller mot innføring av tidlig ultralyd, tilkjennega og viste som oftest til argumenter som talte for det motsatte standpunkt, men avviste disse argumentene som ikke tungtveiende nok. I et mindretall av innleggene valgte bloggeren ikke å ta standpunkt. Disse innleggene var som oftest drøftende, og viste til argumenter både for og mot innføring uten å konkludere.

Blogginnelegg med negativt standpunkt dominerte og utgjorde 62 % av blogginneleggene (se tabell 2). Hvis alle blogginneleggene fra Neitilsortering hadde blitt ekskludert, ville antall positive og negative innlegg vært likt.

### 5.2.1 Fordeling av antall blogginnelegg etter standpunkt og bloggtype

Positive innlegg forekom ikke i blogger som omhandlet *religion, filosofi, etikk og vitenskap*, og var også lite forekommende i blogger som omhandlet *helse og medisin*. I *mammabloggene* var variasjonene små, med en knapp dominans av innlegg som enten var negative eller ikke tok standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd. I blogger som omhandlet *politikk og samfunns spørsmål* dominerte negative innlegg, mens kun en liten andel av innleggene ikke tok standpunkt (se tabell 2).

**Tabell 2: Fordeling av antall blogginnelegg etter standpunkt og bloggtype**

Bloggtype	Standpunkt			Total
	Positiv	Negativ	Uavklart	
Politikk og samfunns-spørsmål	14 (20,5 %)	51 (75 %)	3 (4,5 %)	68 (100 %)
Mammablogg	6 (27 %)	8 (36,5 %)	8 (36,5 %)	22 (100 %)
Annet/inget særskilt fokus	7 (58,5 %)	2 (16,5 %)	3 (25 %)	12 (100 %)
Helse og medisin	2 (16,5 %)	10 (83,5 %)	0 (-)	12 (100 %)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	0 (-)	3 (60 %)	2 (40 %)	5 (100 %)
<b>Total</b>	29 (24,5 %)	74 (62 %)	16 (13,5 %)	119 (100 %)

### 5.2.2 Oppsummering

Det ble identifisert tre ulike standpunkt til innføring av tidlig ultralyd: 1) positiv, 2) negativ eller 3) drøftende/uavklart. Et negativt standpunkt dominerte i innleggene (62 %). Blogger uten særskilt fokus var eneste bloggtype med flere positive enn negative innlegg. Ingen positive innlegg ble funnet i blogger om religion, filosofi, etikk og vitenskap.

## 5.3 Typologi 3: Aktører

De 119 analyserte blogginnleggene ble skrevet av 85 ulike bloggere. Av disse 85 bloggerne, skrev 69 (81 %) kun ett blogginnlegg. 16 bloggere (19 %) skrev to eller flere blogginnlegg, med et gjennomsnitt på tre innlegg hver (maks: 6, min: 2).

### 5.3.1 Kjønn

59 % av blogginnleggene var skrevet av kvinner, mens menn hadde 38,5 % (se tabell 3). For tre av innleggene (2,5 %) var ikke bloggerens kjønn oppgitt.

Både kvinner og menn skrev hovedparten av innleggene sine på blogger som omhandlet politikk og samfunnsspørsmål. Menn dominerte sterkt blogger som omhandlet religion, filosofi, etikk og vitenskap. Det var kun kvinner som skrev mammablogger (se tabell 3).

**Tabell 3: Fordeling av bloggtipe etter kjønn**

Bloggtipe	Kjønn			Total
	Kvinner	Menn	Ikke oppgitt	
Politikk og samfunnsliv	31 (45,5 %)	35 (51,5 %)	2 (3 %)	68 (100 %)
Mammablogg	22 (100 %)	0 (-)	0 (-)	22 (100 %)
Annet/inget særskilt fokus	10 (83,5 %)	2 (16,5 %)	0 (-)	12 (100 %)
Helse og medisin	6 (50 %)	5 (41,5 %)	1 (8,5 %)	12 (100 %)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	1 (20 %)	4 (80 %)	0 (-)	5 (100 %)
Total	70 (59 %)	46 (38,5 %)	3 (2,5 %)	119 (100 %)

Flertallet av begge kjønn tok et negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd (se tabell 4). Likevel var langt flere kvinner (79,5 %) enn menn (17 %) positive til en innføring. Det var også flere kvinner (75 %) enn menn (25 %) som ikke tok standpunkt til en innføring.

**Tabell 4: Fordeling av standpunkt etter kjønn**

Kjønn	Standpunkt			Sum
	Positiv	Negativ	Uavklart	
Kvinner	23 (33 %)	35 (50 %)	12 (17 %)	70 (100 %)
Menn	5 (11 %)	37 (80,5 %)	4 (8,5 %)	46 (100 %)
Ikke oppgitt	1 (33,5 %)	2 (66,5 %)	0 (-)	3 (100 %)
Total	29	74	16	119

### 5.3.2 Aktørens tilhørighet

Det ble identifisert fem tydelige kategorier tilhørighet på bakgrunn av opplysninger gitt i bloggen eller i selve blogginnlegget; 1) politisk tilhørighet, 2) berørte, 3) medisinsk yrkestilhørighet, 4) organisasjonstilhørighet og 5) kristen tilhørighet. En siste kategori, der ingen tydelig tilhørighet framkom av blogg eller innlegg, ble tilført. Politisk tilhørighet var den vanligste aktørtilhørigheten blant bloggerne (se tabell 5).

**Tabell 5: Oversikt over antall blogginnlegg skrevet av aktørgruppene**

Tilhørighet	Antall blogginnlegg <sup>5</sup>
Politisk tilhørighet	47
Berørte	35
Medisinsk yrkestilhørighet	23
Organisasjonstilhørighet	23
Ingen tydelig tilhørighet	20
Kristen tilhørighet	17

Det ble ikke gjort undersøkelser utover informasjon oppgitt i blogginnlegget/bloggen for å avklare tilhørighet, for eksempel ved å google bloggerens navn. Det var tilhørigheten bloggeren selv ønsket å framheve som ble ansett som relevant. Det er verdt å merke seg at bloggeren kunne ha flere overlappende tilhørigheter, for eksempel ved å oppgi både medlemskap i et politisk parti og medisinsk yrkestilhørighet.

#### *Politisk tilhørighet*

I 47 av innleggene oppga bloggeren en politisk tilhørighet. Dette omfattet bloggere som oppga medlemskap i politiske partier og forfattere av innlegg publisert i politiske bloggkollektiver.

46 av de 47 blogginnleggene var publisert på blogger med temaet politikk og samfunn. Det siste var publisert på blogg uten særskilt fokus. 45 av innleggene var skrevet i journalistisk sjanger, de resterende to var skrevet i dagboksjangeren.

---

<sup>5</sup> Aktørene kan ha flere tilhørigheter samtidig. 34 (28,5 %) av blogginnleggene var skrevet av en avsender som oppga flere tilhørigheter.

Hovedvekten av innleggene skrevet av personer med politisk tilhørighet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd (31 innlegg/66 %). 13 av innleggene (27,5 %) var positive og tre uavklarte (6,5 %) til en innføring.

Det ble oppgitt tilhørighet i et konkret politisk parti i 43 av innleggene. I de fire resterende blogginnleggene, som var bloggkollektiver, ble det ikke oppgitt partitilhørighet, men politisk retning (se tabell 6).

**Tabell 6: Oversikt over politiske aktørers standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd**

Politisk aktør	Standpunkt			Sum
	Positiv	Negativ	Uavklart	
Bloggkollektiv: Sentrum-venstre	1	0	0	1
Bloggkollektiv: Feministisk	1	1	1	3
FrP	3	0	0	3
Rødt	0	1	0	1
SV	3	14	1	18 <sup>6</sup>
SP	0	1	0	1
Venstre	1	0	0	1
Høyre/Unge Høyre	4 <sup>7</sup>	3	1	8 <sup>8</sup>
KrF/KrFU	0	11	0	11 <sup>9</sup>
Sum	13	31	3	47

Som tabell 6 viser, var medlemmer i Sosialistisk Venstreparti var de ivrigste bloggerne. Når det gjelder SV, er det verdt å merke seg intern uenighet om standpunkt. Flere av innleggene ble skrevet opp mot landsmøtet i 2012, der SV tok offisielt standpunkt *for* innføring av tidlig ultralyd. Medlemmer i Kristelig Folkeparti og deres ungdomsparti skrev 11 av innleggene. Alle bloggerne med tilhørighet i KrF tok standpunkt *mot* innføring av tidlig ultralyd. 8 av innleggene var skrevet av medlemmer i Høyre og Unge Høyre, og her var det også uenighet om tidlig ultralyd bør innføres, til tross for at partiet har tatt offentlig standpunkt *mot* en innføring. Det er ellers verdt å merke seg at alle de store partiene i Norge er representert, med unntak av Arbeiderpartiet. Det ble ikke funnet noen blogginnlegg om temaet tidlig ultralyd der bloggeren oppga å ha tilhørighet i Arbeiderpartiet.

<sup>6</sup> Fordelt på 5 blogger, hvorav 10 av innleggene er publisert på Neitilsortering.no, og skrevet av 11 ulike bloggere.

<sup>7</sup> 3 av disse innleggene har samme forfatter.

<sup>8</sup> Fordelt på 5 blogger og skrevet av 6 ulike bloggere.

<sup>9</sup> Fordelt på 6 blogger og skrevet av 7 ulike bloggere.

## Berørte

I 35 av innleggene ble det oppgitt en tilhørighet som berørt. Foreldre til barn med Down syndrom, foreldre til barn med ekstra behov for oppfølging i svangerskapet eller som hadde mistet et barn i løpet av svangerskapet, og mennesker med kroniske funksjonsnedsettelse, stod hver for i underkant av en tredjedel av disse innleggene. Foreldre til barn med andre funksjonsnedsettelse enn Downs syndrom stod for 11,5 % (se tabell 7).

Av de 35 blogginnleggene skrevet av berørte aktører, var 15 av innleggene publisert på en mammablogg og 15 av innleggene publisert på blogg innen temaet politikk og samfunns spørsmål. De resterende fem var skrevet på blogg uten særskilt fokus og blogg med temaet helse og medisin.

21 (60 %) av de 35 blogginnleggene skrevet av berørte, var i journalistisk sjanger. De resterende 14 (40 %) innleggene var skrevet i dagboksjangeren.

Av innleggene skrevet av berørte, var 27 (77 %) innlegg skrevet av kvinner og fem (14 %) innlegg skrevet av menn. I 3 av innleggene var ikke forfatterens kjønn oppgitt.

71,5 % av innleggene skrevet av berørte var negative til en innføring av tidlig ultralyd. 20 % av innleggene var positive og 8,5 % av innleggene tok ikke standpunkt. Det var foreldre til barn som har behøvd ekstra oppfølging i svangerskapet eller som har mistet barn i løpet av svangerskapet/kort tid etter fødsel, som i hovedsak var positive til en innføring av tidlig ultralyd. Det var mennesker som selv har kroniske funksjonsnedsettelse og foreldre til barn med Downs syndrom som var negative (se tabell 7).

**Tabell 7: Oversikt over standpunkt blant de ulike aktørene med tilhørighet som berørt.**

Type berørt	Positiv	Negativ	Uavklart	Antall (%)
Foreldre til barn med Downs syndrom	0 (-)	9 (82 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
Foreldre til barn med andre funksjonsnedsettelse eller sykdommer	1 (25 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	4 (100 %)
Foreldre til barn som har behøvd ekstra oppfølging i svangerskapet eller som har mistet barn i løpet av svangerskapet/kort tid etter fødsel	6 (60 %)	4 (40 %)	0 (-)	10 (100 %)
Mennesker som har kroniske funksjonsnedsettelse	0	10 (100 %)	0	10 (100 %)
Sum	7 (20 %)	25 (71,5 %)	3 (8,5 %)	35 (100 %)



### *Medisinsk yrkestilhørighet*

Denne kategorien tilhørighet var definert bredt. I tillegg til vernepleiere, sykepleiere, jordmødre og leger, inkluderte denne kategorien også bioteknologer og medisinske etikere, ansatte i fagforeninger for helsepersonell og forfattere av bøker med innhold relevant for helsefeltet.

23 av de 119 innleggene var skrevet av bloggere med medisinsk yrkestilhørighet. Innleggene fordelte seg utover bloggtypene politikk og samfunnsspørsmål (12 innlegg/52 %), helse og medisin (10 innlegg/43,5 %) og religion, filosofi, etikk og vitenskap (ett innlegg/4,5 %).

20 av de 23 innleggene (87 %) skrevet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. Ett innlegg var positivt og to innlegg tok ikke standpunkt.

### *Organisasjonstilhørighet*

23 av de 119 innleggene var skrevet av bloggere med oppgitt tilhørighet i interesseorganisasjoner for funksjonshemmede. Dette er organisasjoner som gir sine medlemmer både fellesskap med likesinnede og hjelp til å leve med funksjonshemminger, samt at de skal være medlemmenes interessepolitiske talerør utad. Blogginnleggene var skrevet av bloggere som blant annet oppga tilhørighet i Norsk forbund for utviklingshemmede, Norsk Handikapforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og ULOBA. Tilhørighet i interesseorganisasjoner er skilt vekk fra politisk tilhørighet. Til tross for at kampen for funksjonshemmedes rettigheter også tilhører den politiske arena, er det interesseorganisatoriske feltet såpass spesifikt at det kan sies å gå utover den brede partipolitiske tilhørigheten.

Innleggene skrevet av aktører med organisasjonstilhørighet var fordelt på blogger med tematikk politikk og samfunnsspørsmål (17 innlegg/74 %), helse og medisin (fem innlegg/21,5 %) og inget særskilt fokus (ett innlegg/4,5 %). 22 av innleggene var skrevet i journalistisk sjanger, det siste innlegget i dagboksjangeren.

21 av 23 innlegg (91 %) skrevet av aktører med organisasjonstilhørighet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. Ett innlegg var positivt<sup>10</sup> og ett var negativt.

---

<sup>10</sup> Innlegget var skrevet av en aktør med tilhørighet i en interesseorganisasjon for tvillingforeldre.

## Kristen tilhørighet

En kristen tilhørighet ble oppgitt i 17 av innleggene. Dette omfattet medlemmer av Kristelig Folkeparti, innehavere av kirkelige tillitsverv, teologer og medlemmer av organisasjoner med kristen forankring. Ser man bort fra de 11 innleggene skrevet av bloggere med tilhørighet i KrF og KrFU, ser man at denne tilhørigheten utgjorde en liten gruppe. De resterende seks innleggene var skrevet av to bloggere. Det er verdt å merke seg at ingen av bloggerne i det samlede kildematerialet oppga annen religiøs tilhørighet enn den kristne.

Innleggene fordelte seg utover bloggtypene politikk og samfunnsspørsmål (11 innlegg), religion, filosofi, etikk og vitenskap (tre innlegg) og helse og medisin (tre innlegg).

Samtlige av aktørene med kristen tilhørighet var negative til innføring av tidlig ultralyd.

### 5.3.3 Tilhørighetens aktualitet

Aktørens tilhørighet ble i ulik grad benyttet i blogginnleggene. Det ble identifisert fire kategorier bruk av egen tilhørighet: 1) aktøren var utenforstående, 2) aktørens tilhørighet var sentral, 3) aktøren benyttet anekdotiske bevis og 4) aktøren benyttet påstander om egne valg/ønsker. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, bloggeren kunne i samme innlegg trekke på egen tilhørighet, benytte anekdotiske bevis og komme med påstander om egne valg/ønsker. Unntaket er kategoriene *utenforstående* og *tilhørighet er sentral*, som ikke lot seg kombinere.

1) I 56 av 119 innlegg (47 %) valgte bloggeren en synsvinkel som *utenforstående*. Dette inkluderte de tjue blogginnleggene der bloggerens tilhørighet ikke var oppgitt, samt blogginnlegg der bloggerens tilhørighet ikke var relevant for innholdet i teksten. 2) I 32 av 119 innlegg (27 %) var *egen tilhørighet sentral*. Dette inkluderte argumentasjon utfra eget politisk og/eller religiøst ståsted, argumentasjon utfra rettighetshensyn og argumentasjon utfra medisinske yrkeshensyn. Dette ble gjort i utsagn som «vårt politiske parti har møtt spørsmålet med den åpenhet det trenger», «det er mange grunner til at vår yrkesgruppe bør være skeptisk til innføring av tidlig ultralyd» og «vår forening føler at noe vesentlig er glemt i debatten». 3) I 26 av 119 innlegg (21,5 %) ble det benyttet *anekdotiske bevis*. Her var det vanlig å vise til egne erfaringer med et tydelig utgangspunkt i egen tilhørighet, og trekke konklusjoner basert på disse. Det ble ofte vist til erfaringer fra eget svangerskap og erfaringer med å ha et funksjonshemmet barn. 4) I 16 av 119 innlegg (13,5 %) ble det brukt *påstander om egne valg/ønsker*, som handlet om hva man selv hadde ønsket/valgt i en hypotetisk situasjon. «Hvis jeg ble gravid» og «hvis jeg fikk påvist funksjonshemming hos fosteret» var vanlige måter å formulere seg på.

Bloggtype: I blogger om politikk og samfunnsspørsmål dominerte aktiv bruk av tilhørighet, fulgt av en utenforstående synsvinkel. I mammabloggene hadde bruk av anekdotiske bevis en klar dominans. I blogger om politikk og samfunnsspørsmål dominerte aktiv bruk av tilhørighet, fulgt av en utenforstående synsvinkel. I blogger om religion, filosofi, etikk og vitenskap, samt i innlegg om helse og medisin, ble kun to aktualiteter benyttet; aktiv bruk av egen tilhørighet var mest populær, tett fulgt av en synsvinkel som utenforstående (se vedlegg 5, tabell 5.1.1).

Standpunkt: I innlegg som var *positive* til innføring av tidlig ultralyd, var det vanligst med en utenforstående synsvinkel. Dernest fulgte påstander om egne ønsker og valg, tett fulgt av anekdotiske bevis. Å benytte tilhørigheten sentralt var mindre vanlig. I *negative* innlegg var det også vanligst å benytte en utenforstående synsvinkel, men i disse innleggene var også aktiv bruk av egen tilhørighet langt mer utbredt. I *drøftende* innleggene, ble aldri egen tilhørighet benyttet aktivt. Synsvinkelen som utenforstående dominerte (se vedlegg 5, tabell 5.1.2).

Sjanger: I *dagboksjangeren* var det vanligst med anekdotiske bevis, tett fulgt av en utenforstående synsvinkel og påstander om egne valg. I *journalistisk sjanger* dominerte synsvinkelen som utenforstående, fulgt av aktiv bruk av egen tilhørighet. Alle innlegg i *akademisk sjanger* benyttet en synsvinkel som utenforstående (se vedlegg 5, tabell 5.1.3).

Kjønn: Både å velge en synsvinkel som utenforstående og å benytte sin egen tilhørighet aktivt, var noe vanligere i innlegg skrevet av menn enn av kvinner. Kvinner brukte mer anekdotiske bevis og påstander om egne valg/ønsker enn menn (se vedlegg 5, tabell 5.1.4).

Aktørtilhørighet: Aktører med *politisk tilhørighet* og *medisinsk yrkestilhørighet* foretrakk en utenforstående synsvinkel, fulgt av aktiv bruk av egen tilhørighet. *Berørte* brukte flest anekdotiske bevis, men sjelden påstander om egne valg. Aktører med *organisasjonstilhørighet* foretrakk å benytte tilhørigheten sin aktivt i innleggene, fulgt av en synsvinkel som utenforstående. Aktører med *kristen tilhørighet* benyttet enten tilhørigheten sin aktivt eller valgte en utenforstående synsvinkel (se vedlegg 5, tabell 5.1.5).

### 5.3.4 Oppsummering

De 119 blogginnleggene var skrevet av 85 ulike bloggere, hvorav 59 % var kvinner, 38,5 % menn og 2,5 % ikke hadde oppgitt kjønn. Begge kjønn skrev hovedparten av innleggene sine på blogger om politikk og samfunnsspørsmål. Flere menn enn kvinner var negative til en innføring av tidlig ultralyd.

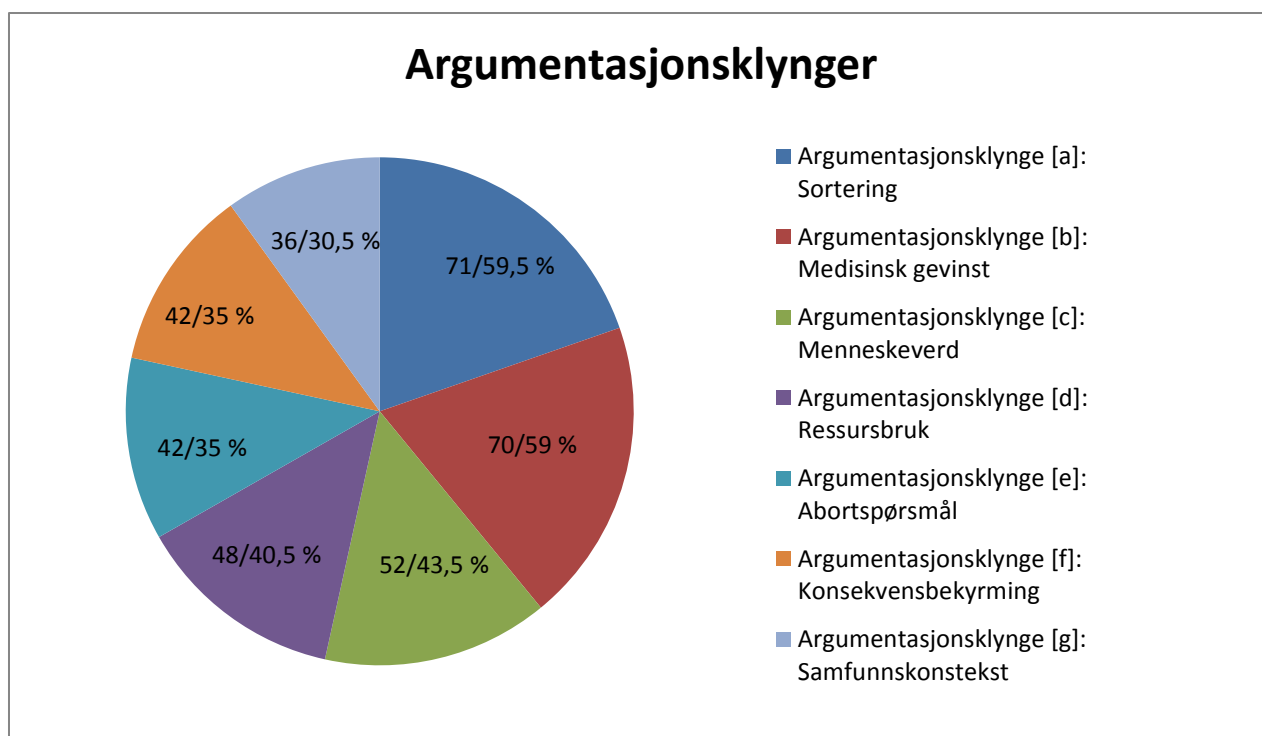
Det ble videre identifisert fem tydelige aktørtilhørigheter: 1) politisk tilhørighet, 2) berørte, 3) medisinsk tilhørighet, 4) organisasjonstilhørighet og 5) kristen tilhørighet. En siste kategori der ingen tydelig tilhørighet framkom av bloggen eller innlegget ble tilført. Det var flest aktører med politisk tilhørighet, fulgt av tilhørighet som berørt.

Aktørene benyttet sin tilhørighet aktivt i 27 % av innleggene. Det var også vanlig å benytte anekdotiske bevis og påstander om egne valg/ønsker. I 47 % av innleggene valgte likevel aktørene en synsvinkel som utenforstående. Menn benyttet oftere aktørtilhørigheten aktivt, mens kvinner og berørte oftere brukte anekdotiske bevis. En utenforstående synsvinkel dominerte blant aktører med politisk tilhørighet og medisinsk yrkestilhørighet.

#### 5.4 Typologi 4: Argumentasjonsklynger og argumenter

Ut fra de 119 blogginnleggene ble det identifisert sju særlig framtrædende argumentasjonsklynger, henholdsvis argumentasjon som dreide seg om innføring av tidlig ultralyd a) vil føre til *sortering* av fostre, b) har *medisinsk gevinst*, c) har betydning for vårt syn på *menneskeverdet*, d) bør finansieres og driftes gjennom offentlige *ressurser*, e) er knyttet til *retten til fri abort*, f) vil ha *negative konsekvenser* på individ- og samfunnsnivå og g) avgjøres av *samfunnskontekst* (se figur 3).

For hver argumentasjonsklynge ble de typiske argumentene identifisert. Ett blogginnlegg inneholdt typisk argumenter fra flere av de identifiserte argumentasjonsklyngene, med et gjennomsnitt på 3 argumentasjonsklynger og 4 argumenter per innlegg.



Figur 10: Fordeling av blogginnlegg på ulike argumentasjonsklynger (antall blogginnlegg/prosent av totalt antall blogginnlegg).

Det kommende delkapittelet er oppdelt slik at det redegjøres for hver argumentasjonsklynge. Under hver argumentasjonsklynge blir de mest framtrede argumentene i klyngen beskrevet. Tabellmessig oversikt over aktørgruppens bruk av ulike argumentasjonsklynger og argumenter, finnes i vedlegg 5.2.

#### 5.4.1 Argumentasjonsklynge [a]: Sortering

Argumentasjonsklynge [a], som omhandler spørsmålet om innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, var med knapp margin den største argumentasjonsklyngen. Argumenter fra denne argumentasjonsklyngen ble benyttet i 71 (59,5 %) av 119 blogginnlegg. Det ble identifisert seks fremtrede argumenter, her vist i tabell 8 i synkende rekkefølge etter popularitet.

**Tabell 8: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [a].**

<b>Argumenter i argumentasjonsklynge [a]: Sortering</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
Innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, enten som intendert eller uintentert konsekvens	36 (30 %)
Innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom, noe som fremstilles som negativt	26 (22 %)
Innføring av tidlig ultralyd dreier seg ikke om sortering, og kan ikke sammenlignes med arvehygiene eller eugenikk	14 (12 %)
Det er likheter mellom kjønnssektiv abort og abort av fostre med funksjonsnedsettelse	9 (7,5 %)
Det er likhet mellom innføring av tidlig ultralyd og arvehygiene/eugenikk	8 (6,5 %)
Sortering er naturlig og/eller forekommer allerede	6 (5 %)

50 av innleggene der argumenter fra argumentasjonsklynge [a] ble benyttet, var negative til innføring av tidlig ultralyd. Dette var 67,5 % av alle innlegg med negativt standpunkt. 14 av innleggene der argumentasjonsklynge [a] ble benyttet, var positive (48 % av alle positive innlegg). 7 innlegg der det ikke ble tatt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd, benyttet argumentasjonsklynge [a] (44 % av alle innlegg som ikke tok standpunkt).

Argumentasjonsklynge [a] ble hyppigst benyttet av aktører med kristen tilhørighet, 16 av 17 innlegg skrevet av aktører med kristen tilhørighet benyttet denne argumentasjonen. Argumentasjonsklynge [a] benyttet i 70 % av innleggene skrevet av aktører med politisk tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [a] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Sortering, eugenikk og kjønnssektiv abort
- Innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom
- Innføring av tidlig ultralyd dreier seg ikke om sortering, og kan ikke sammenlignes med arvehygiene eller eugenikk

### *Sortering, eugenikk og kjønnssektiv abort*

Av alle identifiserte argumenter i alle argumentasjonsklyngene, var det varianter av denne påstanden som hyppigst ble benyttet: *Innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, enten som intendert eller uintentert konsekvens*. Til sammen 36 av blogginnleggene (30,5 %) benyttet dette som argument. Det var noe uenighet om sortering er hensikten med innføring av tidlig ultralyd eller om det er en uintentert konsekvens av innføringen. Det stilles særlig spørsmålsteget ved Arbeiderpartiets og Fremskrittspartiets motiver for å støtte en innføring av tidlig ultralyd når konsekvensen (at færre

barn med Downs syndrom blir født) er kjent. Uavhengig av oppfattelsen av motivet, ble sortering av fostre benyttet som argument *mot* innføring av tidlig ultralyd. Begreper som gikk igjen i denne argumentasjonen var «sortere bort», «sortering», «selektering» og «sorteringsamfunn», samt «velge bort» og «luke ut». Mennesker med Downs syndrom ble ofte omtalt som «utrydningstruet».

33 av de 36 blogginnleggene (91,5 %) som sorteringsargumentet ble benyttet i, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. De resterende tre innleggene tok ikke standpunkt. Argumentet ble benyttet av aktører med alle tilhørigheter, men ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.2).

Noen bloggere tok sorteringsargumentasjonen enda lenger ut, og hevdet at det er en likhet mellom den sortering som er en konsekvens av tidlig ultralyd og arvehygiene/eugenikk. Dette argumentet ble funnet i 8 av 119 blogginnlegg (6,5 % av alle innlegg). Her ble tidlig ultralyd framstilt som et tiltak i en arvehygienisk tradisjon, der hensikten er å fjerne alle med uønskede avvik fra normalen. Det ble trukket linjer både til nazistenes utryddelse av jøder og til den norske stats tvangssterilisering av tatere i etterkrigstiden, samt til forfølgelse og drap på sigøynere, homofile, sinnslidende og «krøplinger». Det samme tankegodset som rettferdiggjorde disse overgrepene, ble hevdet å leve videre i dag. Den eneste forskjellen er at vi nå ikke lenger utfører tvang mot eller drap av levende mennesker, men i stedet kan gripe inn allerede på fosterstadiet, og attpåtil anse denne sorteringen som en service tilbudt av helsevesenet. Aktører med organisasjonstilhørighet og berørte benyttet argumentet oftest (se vedlegg 5, tabell 5.2.3). Samtlige som brukte argumentet var negative til innføring av tidlig ultralyd.

I tråd med argumentene om sortering og arvehygiene, ble kjønnssektiv abort trukket fram. Denne likheten ble påpekt i 9 av 119 blogginnlegg (7,5 % av innleggene). Her ble det henvist til en sak i norske medier fra januar 2012, der en studie utført av Rikshospitalet viste at ultralyd førte til at det ble født færre jenter enn gutter i det norsk-indiske miljøet (Sarwar og Åsebø 2012). Dette vakte en del oppstand, og helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen uttalte at «kjønnssektiv abort er fullstendig uakseptabelt» (NTB 2012b). Flere bloggere spurte hvorfor Strøm-Erichsen ikke blir like sjokkert over selektiv abort ved Downs syndrom, og pekte videre på at hun som representant for myndighetene sender ut et signal om at abort på grunnlag av kjønn er uakseptabelt, mens abort på grunnlag av funksjonsnedsettelse er akseptabelt. Det ble framstilt som et moralsk paradoks at vi i Norge fordømmer praksisen med abort av jentefostre, samtidig som vi forsvarer abort av barn med Downs syndrom.

8 av 9 innlegg (89 %) der argumentet om likhet mellom kjønnssektiv og annen selektiv abort ble benyttet, tok et negativt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd. Argumentet om kjønnssektiv abort fordelte seg forholdsvis jevnt blant aktørtilhørighetene (se vedlegg 5, tabell 5.2.4).

### *Innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom*

Hånd i hånd med sorteringsargumentene, gikk argumentet om at innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom. Dette argumentet mot innføring av tidlig ultralyd ble benyttet i 26 av 119 (22 %) blogginnlegg, og var det tredje hyppigst brukte argumentet av alle identifiserte argumenter på tvers av argumentasjonsklyngene. Argumentet ble benyttet for å underbygge argumentasjonen om sortering, men forekom også uten at sortering spesifikt ble nevnt.

Det var ikke uvanlig å henvise til Danmark, der tidlig ultralyd ble innført som universell tjeneste i 2004, noe som medførte en reduksjon av fødte barn med Downs syndrom (Ekelund et al. 2010). Bloggerne opererte med ulik oppfattelse av hvor stor reduksjon det dreier seg om i Danmark, med alt fra påstander om at det nå fødes nesten ingen barn med Downs syndrom i Danmark, at 9 av 10 fostre med Downs syndrom aborteres og at det har skjedd en halvering av barn med Downs syndrom.

Argumentet ble benyttet i 23 av de 74 innleggene (31 %) som var negative til innføring av tidlig ultralyd. Argumentet dukket også opp i ett av de 27 innleggene som var positive, og i to av de 16 innleggene som ikke tok standpunkt. Argumentet ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet, men var også vanlig blant aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk yrkestilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.5).

### *Innføring av tidlig ultralyd dreier seg ikke om sortering, og kan ikke sammenlignes med arvehygiene eller eugenikk*

I kontrast til argumentene om sortering, finnes argumenter som enten 1) avviser at sortering vil bli en konsekvens av innføring av tidlig ultralyd, 2) avviser at hensikten med tidlig ultralyd er sortering og/eller 3) avviser at tidlig ultralyd har likhetstrekk med arvehygiene/eugenikk. Denne argumentasjonen ble funnet i 14 av 119 blogginnlegg (12 %).

Det ble her argumentert med at sykdom og skade alltid vil forekomme, uavhengig av tidlig ultralyd, slik at vi aldri vil slippe opp for annerledesbarn, eller at ikke alle vil velge å abortere bort fostre med påviste funksjonsnedsettelse. Det vises også til at det norske samfunnet er slikt bygd opp at vi har rom og aksept for annerledeshet, og at vi må vise tillit til at kvinner tar gode valg innenfor rammene til det norske samfunnet.

De som sammenligner abort av fostre med funksjonsnedsettelse med eugenikk, ble anklaget for å benytte belastede begreper for å fremme egen sak, og for å stemple sine meningsmotstandere som kalde og umenneskelige «halvnazister» og «Holocaust-tilhengere».



12 av de 14 innleggene som benyttet argumenter som avviser sortering og eugenikk, var positive til innføring av tidlig ultralyd. Argumentet var ikke å finne i innlegg skrevet av aktører med kristen tilhørighet, organisasjonstilhørighet og berørte. Det ble hovedsakelig benyttet av aktører med politisk tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.6).

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [a]*

Argumentasjonsklynge [a] omhandlet spørsmål om en innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre. Argumentasjonsklynge [a] var den største identifiserte argumentasjonsklyngen. De mest framtrepende argumentene i denne klyngen var at en innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, samt at en innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom. Det ble også vist til likheter mellom kjønnssektiv abort og abort av fostre med funksjonshemming, og gjort en sammenligning mellom innføring av tidlig ultralyd og eugenikk. I 12 % av innleggene ble det avvist at tidlig ultralyd dreier seg om sortering og/eller eugenikk.

Flere innlegg som benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [a] var negative enn positive til en innføring. Argumentasjonsklynge [a] ble hyppigst benyttet av aktører med kristen tilhørighet, men var også populær blant aktører med politisk tilhørighet.

### **5.4.2 Argumentasjonsklynge [b]: Medisinsk gevinst**

Argumentasjonsklyngen som omhandlet hvorvidt innføring av tidlig ultralyd vil ha medisinsk gevinst eller ikke, var den nest mest benyttede. Argumenter i denne argumentasjonsklyngen ble benyttet i 70 av 119 blogginnlegg (59 %) (se figur 3). Denne argumentasjonsklyngen omfatter blant annet diskusjonen om tidlig ultralyd har medisinsk gevinst utover det å oppdage andre helsetilstander enn Downs syndrom, og om tidlig ultralyd har gevinst i form av økt trygghetsfølelse hos den gravide, tid til å forberede seg hvis funksjonsnedsettelse oppdages og reduksjon av senabort. Potensielle negative helseeffekter av tidlig ultralyd ble også diskutert, slik som forekomsten av falske positive, en økt utrygghetsfølelse hos den gravide og det faktum at tidlig ultralyd ikke gir noen garanti for at ens barn vil leve et sykdomsfritt liv. Det er snakk om et bredt spekter av argumenter knyttet til helsegevinst, der ni typiske argumenter ble identifisert og framstilles her i tabell 9 i synkende rekkefølge etter popularitet.

**Tabell 9: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [b].**

<b>Argumenter i argumentasjonsklynge [b]: Medisinsk gevinst</b>	<b>Antall blogginnlegg</b>
Tidlig ultralyd har ingen helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom	29 (24,5 %)
Trygghetsargumentet (tidlig ultralyd <i>fører</i> eller <i>fører ikke</i> til større trygghet for den gravide) <sup>11</sup>	19 (16 %)
Tidlig ultralyd har helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom – er egnet til å oppdage andre tilstander	14 (12 %)
Tidlig ultralyd har for lav spesifisitet og sensitivitet	14 (12 %)
Forberedelsesargumentet (tidlig ultralyd <i>gir</i> eller <i>gir ikke</i> den gravide mulighet til å forberede seg når funksjonsnedsettelse oppdages) <sup>12</sup>	12 (10 %)
Tidlig ultralyd vil forhindre uheldige senaborter	12 (10 %)
Gravide med økt risiko for barn med funksjonsnedsettelse tilbys allerede tidlig ultralyd av det offentlige	5 (4 %)
Tidlig ultralyd gir ingen garanti for at barnet vil leve et liv uten sykdom	5 (4 %)
Tidlig ultralyd oppfyller ikke kriteriene for screening	3 (2,5 %)

Argumenter fra argumentasjonsklynge [b] dominerte i innlegg som tok et positivt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd. 79 % av de positive innleggene brukte argumenter fra denne argumentasjonsklyngen. 53 % av de negative innleggene brukte argumenter fra denne klyngen, og 50 % av de innleggene som ikke tok standpunkt benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [b].

Argumentet fra argumentasjonsklynge [b] ble benyttet av 64 % av aktørene med politisk tilhørighet. 56,5 % av aktørene med medisinsk tilhørighet benyttet argumenter fra denne klyngen (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [b] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Den omstridte helsegevinsten
- Trygghetsargumentet
- Forberedelsesargumentet
- Ultralydens spesifisitet og sensitivitet

<sup>11</sup> Har underkategorier, se tabell 10.

<sup>12</sup> Har underkategorier, se tabell 12.

## Den omstridte helsegevinsten

Argumentet om at tidlig ultralyd ikke har noen helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom, var det hyppigst benyttede argumentet i denne argumentasjonsklyngen, og taler *mot* en innføring. Dette argumentet ble benyttet i 29 av 119 blogginnlegg (24,5 %). Det er verdt å merke seg at de fleste bloggerne likestilte kun å oppdage Downs syndrom med *ingen helsegevinst*.

I argumentet om manglende helsegevinst ble det pekt på at tidlig ultralyd ikke har andre medisinske årsaker enn å oppdage Downs syndrom og at tidlig ultralyd ikke kan oppdage tilstander som kan behandles i mors liv. Det kom til syne en oppfattelse av at denne typen screening verken har helsegevinst for mor eller barn, men kun er en screening egnet til «jakt» på fostre med Downs syndrom.

Det var ingen som benyttet argumentet om manglende helsegevinst som var positive til en innføring av tidlig ultralyd. Argumentet ble benyttet i 38 % av innleggene negative til en innføring av tidlig ultralyd. Argumentet om manglende helsegevinst ble benyttet av alle aktører, men det var aktører med kristen tilhørighet som brukte argumentet i flest av sine innlegg (se vedlegg 5, tabell 5.2.7).

I 14 av 119 innlegg (12 %) ble et direkte motargument benyttet: Tidlig ultralyd har en helsegevinst også utover det å oppdage Downs syndrom. Det hevdes i dette argumentet at tidlig ultralyd er egnet til å oppdage og i noen tilfeller også behandle andre medisinske tilstander. Fosterets levedyktighet var spesielt vektlagt, der det ble argumentert for at gravide så tidlig som mulig skal få kjennskap til alvorlige misdannelser hos fosteret som vil gjøre det levedyktig utenfor mors liv. Tvilling transfusjonssyndrom og manglende hjerneutvikling (anencephali) fikk også noe oppmerksomhet.

Det er verdt å merke seg at «medisinsk gevinst» og «helsegevinst» ikke ble benyttet som fast definerte uttrykk av bloggerne, men hadde ulik betydning avhengig av den enkelte blogger. Det samme gjaldt begrepet «kromosomavvik», som i realiteten omfatter flere ulike syndromer, men som i noen blogger ser ut til å være likestilt med Downs syndrom. I de tilfeller der det ble påpekt at tidlig ultralyd kan oppdage kromosomavvik som fellesnevner for flere tilstander, ble argumentet regnet innunder *har helsegevinst*-argumentet, for eksempel når bloggeren skriver at ved tidlig ultralyd kan kvinnen få opplysninger om fosterets levedyktighet og andre kromosomavvik.

Samtlige som benyttet argumentet om helsegevinst ved tidlig ultralyd, var positive til en innføring av tidlig ultralyd. Argumentet ble benyttet i 48 % av innleggene med positivt standpunkt.

Når det gjelder aktører som benyttet helsegevinst-argumentet, er det verdt å merke seg at langt flere med medisinsk yrkestilhørighet vektla manglende helsegevinst foran faktisk helsegevinst. Det var

ingen med kristen tilhørighet som hevdet at tidlig ultralyd har helsegevinst. Også blant de med politisk tilhørighet hadde argumentet om helsegevinst lavere oppslutning enn argumentet om manglende helsegevinst. Det var kun blant berørte at flere argumenterte for helsegevinst enn for manglende helsegevinst (se vedlegg 5, tabell 5.2.7 og 5.2.8). Dette skyldes at argumentet ble benyttet i 6 av 10 innlegg skrevet av foreldre til barn som har behøvd ekstra oppfølging i svangerskapet eller foreldre som mistet barn i løpet av svangerskapet/kort tid etter fødsel. Dette er aktørgrupper som oftere tok et positivt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd enn de øvrige berørte (se tabell 7). Argumentet ble verken benyttet av mennesker som selv har kroniske funksjonsnedsettelse eller av foreldre til barn med Downs syndrom.

### *Trygghetsargumentet*

En spesifikk helsegevinst som ble trukket fram i bloggene, var om tidlig ultralyd gir den gravide en økt trygghetsfølelse i svangerskapet, og om denne trygghetsfølelsen taler for offentlig finansiering. Dette ble debattert i 19 av 119 blogginnlegg (16 %), hvorav et knapt flertall på ti mente trygghetsfølelsen er en helsegevinst som taler for innføring av tidlig ultralyd (se tabell 10).

**Tabell 10: Fordeling av trygghetsargumentet på blogginnlegg/prosent av blogginnlegg**

<b>Trygghetsargumentet</b>	<b>Antall blogginnlegg</b>
Tidlig ultralyd vil gi den gravide økt trygghet i svangerskapet – taler for offentlig finansiering	10 (8,5 %)
Tidlig ultralyd er ikke egnet for å gi den gravide økt trygghet i svangerskapet – taler mot offentlig finansiering	9 (7,5 %)

De som framhevet trygghetsfølelsen som relevant, vektla bekymringen mange gravide føler tidlig i svangerskapet. Det å få vite at alt står bra til med fosteret ble ofte likestilt med bedre psykisk helse hos mor. Videre ble det påpekt at mødre som gjennomfører tidlig ultralyd er mer fornøyde med svangerskapsomsorgen og at tryggheten tidlig ultralyd gir kan forhindre aborter som ville blitt utført på grunn av unødig engstelse hos den gravide. De som mente at tidlig ultralyd gir trygghet, var hovedsakelig tilhengere av en innføring av tidlig ultralyd (se tabell 11).

I ni av innleggene ble det satt spørsmålsteget enten ved at tidlig ultralyd gir økt trygghet eller ved at tryggheten alene er grunn nok til offentlig finansiering av tidlig ultralyd. En mor skrev at den nøye oppfølgingen hun fikk i sitt svangerskap, gjorde henne mer urolig og engstelig. Det at man ved tidlig ultralyd kan man få mistanke om sykdom som senere avkrefte, og at dette igjen kan føre til unødig engstelse hos den gravide, ble også viet en del oppmerksomhet. De som satte spørsmålsteget ved at tidlig ultralyd medfører trygghet, var alle negative til en innføring av tidlig ultralyd (se tabell 11).

**Tabell 11: Fordeling av standpunkt mellom de som hevder at tidlig ultralyd gir og ikke gir trygghet.**

	Standpunkt		
	Positiv	Negativ	Uavklart
<b>Gir trygghet</b>	7	1	2
<b>Gir ikke trygghet</b>	0	8	1

Det var noen flere kvinner (10 %) enn menn (6,5 %) som mente at tidlig ultralyd gir trygghet i svangerskapet. Det var derimot noen flere menn (9 %) enn kvinner (7 %) som mente at tidlig ultralyd ikke gir en trygghetsfølelse. Noen flere innlegg skrevet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet var negative til at tidlig ultralyd gir trygghet i svangerskapet. At tidlig ultralyd gir trygghet var mer vanlig blant aktører med politisk tilhørighet, mens aktører med medisinsk yrkestilhørighet og organisasjonstilhørighet oftere benyttet argumentet om at tidlig ultralyd ikke gir trygghet (se vedlegg 5, tabell 5.2.9).

### *Forberedelsesargumentet*

En annen spesifikk helsegevinst som ble trukket fram, er om tidlig ultralyd gir kommende foreldre mulighet til å forberede seg på det som måtte komme dersom funksjonsnedsettelse hos fosteret påvises (se tabell 12).

**Tabell 12: Fordeling av forberedelsesargumentet på blogginnleggene/prosent av blogginnleggene.**

Forberedelsesargumentet	Antall blogginnlegg (%)
Tidlig ultralyd gir den gravide tid til å forberede seg dersom funksjonsnedsettelse hos fosteret påvises – taler for offentlig finansiering	9 (7,5 %)
Det er ikke mulig å forberede seg på å få et barn med funksjonsnedsettelse – taler mot offentlig finansiering	3 (2,5 %)

De som mente at tidlig ultralyd gir mulighet til forberedelse, fremhevet at dess tidligere man får informasjon, jo bedre tid får man til å forhøre seg med spesialister og andre i lignende situasjon, lese om funksjonsnedsettelsen og høste krefter. Dette argumentet ble funnet i 9 av 119 blogginnlegg (7,5 %) som hovedsakelig var positive til en innføring av tidlig ultralyd (se tabell 13). I tre blogginnlegg ble dette avvist. Her ble det fokusert på at de seks ukene ekstra forberedelsestid ikke kan være avgjørende for at alle gravide skal tilbys tidlig ultralyd, og at man i realiteten ikke kan gjøre seg klar for å få et psykisk utviklingshemmet barn.

**Tabell 13: Fordeling av standpunkt blant de som mener at tidlig ultralyd gir eller ikke gir tid til forberedelse.**

	Standpunkt		
	Positiv	Negativ	Uavklart
<b>Gir tid til forberedelse</b>	7	1	1
<b>Gir ikke tid til forberedelse</b>	0	1	2

Det var 11 kvinner (15 %) og kun én mann (2 %) som benyttet trygghetsargumenter. Det var innlegg skrevet av berørte som dominerte i bruken av forberedelsesargumentet (se vedlegg 5, tabell 5.2.10).

### *Ultralydens spesifisitet og sensitivitet*

I 14 av 119 blogginnlegg (12 %) ble det stilt spørsmål ved fosterdiagnostikkens spesifisitet og sensitivitet. Her ble det vist til manglende treffsikkerhet og faren for feildiagnostisering, som igjen fører til at friske fostre aborteres bort. Flere knyttet dette opp mot at den gravide vil engste seg unødig. Det var ikke uvanlig å benytte tall/statistikk for å underbygge denne påstanden, for eksempel at fem prosent vil få vite at friske fostre har Downs syndrom, at en kvinne på 30 vil få 50 falske positive for hver sann og at mellom 3 og 9 av 100 påviste hjertefeil er faktiske.

12 av innleggene der argumentet om manglende treffsikkerhet ble benyttet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. De resterende to innleggene tok ikke standpunkt. Argumentet om manglende treffsikkerhet dominerte i innlegg skrevet av aktører med politisk tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.11).

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [b]*

Argumentasjonsklynge [b] omhandlet den medisinske gevinsten av en innføring av tidlig ultralyd, og er den nest største argumentasjonsklyngen. De som mente at tidlig ultralyd har ingen/liten helsegevinst fokuserte blant annet på at undersøkelsen er best egnet til å oppdage Downs syndrom, ikke gir den gravide trygghet og har lav treffsikkerhet. De som mente at tidlig ultralyd har en medisinsk gevinst fokuserte på at undersøkelsen også kan oppdage andre sykdomstilstander hos fosteret, gir den gravide trygghet, gir den gravide mulighet til å forberede seg når funksjonshemming oppdages og kan forhindre uheldige senaborter.

Flere innlegg fokuserte på manglende helsegevinst enn mulig helsegevinst. Likevel var det i de positive innleggene at argumenter fra argumentasjonsklynge [b] hovedsakelig ble benyttet. Flere kvinner enn menn og flest aktører med politisk tilhørighet brukte argumenter fra argumentasjonsklynge [b].

### 5.4.3 Argumentasjonsklynge [c]: Menneskeverd

Tredje største argumentasjonsklynge består av argumenter som setter innføring av tidlig ultralyd i sammenheng med menneskeverdet. 52 av 119 blogginnlegg (43,5 %) benyttet argumenter fra denne argumentasjonsklyngen (se figur 3). I denne argumentasjonsklyngen ble det inkludert argumenter som likestiller eller sammenligner innføring av tidlig ultralyd med diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse fordi diskriminering er en direkte følge av at noen mennesker anses å ha lavere menneskeverd enn andre mennesker. I denne klyngen ble også argumenter der det framheves at barn med funksjonsnedsettelse er en byrde for foreldrene og/eller samfunnet inkludert («byrde-argumenter»), samt de argumenter der mennesker med funksjonsnedsettelsers positive egenskaper var sentrale («barn av solen-argumenter»). Likedan ble argumenter om liv med funksjonsnedsettelse er verdt å leve eller ikke, inkludert i denne argumentasjonsklyngen.

Til sammen ble seks tydelige argumenter identifisert, vist i tabell 14 i synkende rekkefølge etter popularitet.

**Tabell 14: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [c].**

Argumenter i argumentasjonsklynge [c]: Menneskeverd	Antall blogginnlegg (%)
Alle mennesker har samme verdi	19 (16 %)
Innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at mennesker har ulik verdi	16 (13,5 %)
Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres <sup>13</sup>	15 (12,5 %)
Mennesker med funksjonsnedsettelse har positive egenskaper som tilsier at de ikke er en byrde for foreldrene og/eller samfunnet - taler mot innføring av tidlig ultralyd	13 (11 %)
Et liv med funksjonsnedsettelse er eller er ikke verdt å leve <sup>14</sup>	10 (8,5 %)
Mennesker med funksjonsnedsettelse er en byrde for foreldrene og/eller samfunnet – taler for innføring av tidlig ultralyd	6 (5 %)

Argumenter fra argumentasjonsklynge [c] dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd – 55,5 % av innleggene som var negative benyttet argumenter fra denne argumentasjonsklyngen. I de positive innleggene ble argumenter fra argumentasjonsklynge [c] benyttet i 21 % av innleggene. 31 % av innleggene som ikke tok standpunkt, benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [c]. Argumenter fra argumentasjonsklynge [c] ble benyttet av alle aktører, og ble hyppigst benyttet av aktører med kristen tilhørighet, organisasjonstilhørighet og berørte (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

<sup>13</sup> Har underkategorier, se tabell 15.

<sup>14</sup> Har underkategorier, se tabell 16.

Argumentene innen argumentasjonsklynge [c] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Alle mennesker har samme verdi
- Innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at mennesker har ulik verdi
- Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres
- Er alle liv verdt å leve? «Barn av solen» kontra barmhjertighets- og byrdeargumenter

### *Alle mennesker har samme verdi*

Et fokus på at alle mennesker har den samme iboende og ukrenkelige verdi, var å finne i 19 av 119 blogginnlegg (16 %). I dette argumentet lå det implisitt at tidlig ultralyd strider mot dette prinsippet.

18 av 19 innlegg der argumentet ble benyttet, var negative til innføring av tidlig ultralyd. Det siste innlegget tok ikke standpunkt.

Argumentet dominerte i innlegg skrevet av aktører med kristen tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.12), og kom til uttrykk gjennom uttalelser som «for oss i KrF er alle mennesker uendelig mye verdt» og «vi i KrF vil kjempe for at menneskeverdet settes høyt».

### *Innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at mennesker har ulik verdi*

Der det i argumentasjonen at alle mennesker har samme verdi lå implisitt at tidlig ultralyd og abort av fostre med funksjonsnedsettelse strider mot et likeverdsprinsipp, ble dette tydelig artikulert i argumentet om at innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at ikke alle har samme menneskeverd. Her ble det argumentert for at ved å gi foreldrene mulighet til å velge hva slags barn man vil ha, gis mennesker forskjellig verdi. Det ble uttrykt bekymring for at selektiv abort legitimeres av staten ved at tidlig ultralyd initieres og finansieres av det offentlige, til tross for at konsekvensene er kjent, og at dette igjen undergraver det verdisyn som samfunnet vårt er tuftet på – at alle mennesker har samme verdi.

Argumentet ble benyttet i 16 av 119 blogginnlegg (13,5 %). 15 av innleggene var negative til en innføring av tidlig ultralyd, ett tok ikke standpunkt. I likhet med argumentet om menneskelivets iboende verdi, var det også her innlegg skrevet av aktører med kristen tilhørighet som dominerte (se vedlegg 5, tabell 5.2.13).



## *Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres*

I 15 (12,5 %) av innleggene ble argumentet om diskriminering av funksjonshemmede benyttet. Argumentet har tre underkategorier, her vist i tabell 15.

**Tabell 15: Fordeling av argumentet «Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres» på antall blogginnlegg.**

<b>Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)<sup>15</sup></b>
Innføring av tidlig ultralyd er diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse	10 (8,5 %)
Måten vi benytter språket, er et virkemiddel for diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse	6 (5 %)
Andre aspekter ved samfunnet fører til diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse	6 (5 %)

Det ble pekt på flere ulike former for diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse, blant annet at mennesker med Downs syndrom nektes sykeforsikring, at funksjonshemmede utestenges fra utdanning og arbeidsliv og at psykisk utviklingshemmede segregeres fra samfunnet for øvrig i egne utdannings- og boenheter. Videre ble stigmatiserende språkbruk og negativ omtale av mennesker med funksjonsnedsettelse problematisert. Det ble argumentert med at begreper som funksjonshemmet og handikappet beskriver noe mangelfullt hos mennesket, og har sin motsats i begrepet funksjonsfrisk. Å ha en funksjonsnedsettelse anses som å være unormal, annerledes og med spesielle behov. Uttrykk som «sterkt pleietrengende», «byrde», «særlig kostnadskreven bruker» og «brukere med stort assistansebehov» er begreper som former virkeligheten i negativ retning for mennesker med funksjonsnedsettelse. Utfra dette ble innføring av tidlig ultralyd ansett som en utvidelse av den allerede eksisterende og dagligdagse diskrimineringen; tidlig ultralyd er diskriminering helt inn i mors liv. Etter dette synet strider tidlig ultralyd mot vår rett til å bli født, det er en forskjellsbehandling tuftet på at mennesker med funksjonsnedsettelse ikke er likeverdige med de såkalte funksjonsfriske.

Samtlige som brukte diskrimineringsargumenter var negative til en innføring av tidlig ultralyd. Argumentet dominerte i innlegg skrevet av aktører med tilhørighet som berørt og organisasjonstilhørighet (to tilhørigheter som ofte overlappet hverandre) (se vedlegg 5, tabell 5.2.14).

<sup>15</sup> Det er 15 blogginnlegg som benytter argumentasjon om diskriminering av funksjonshemmede, men hvert innlegg kan inneholde flere av de tre underkategoriene av argumentet.

## *Er alle liv verdt å leve? «Barn av solen» kontra barmhjertighets- og byrdeargumenter*

I argumentasjonsklyngen som omhandler menneskeverd, ble det hovedsakelig funnet argumentasjon som taler mot en innføring av tidlig ultralyd. To argumenter skilte seg derimot fra dette. Det ene og minst forekommende, var argumentasjon der man hevder at ikke alle liv er verdt å leve. Kun to av 119 blogginnlegg (1,5 %) inneholder et slikt argument (se tabell 16). Dette er «barmhjertighetsargumenter» der det ble fokusert på at det er egoistisk å føde syke barn med vilje og at dette er urettferdig overfor barnet som må lide og oppleve smerte. I åtte av bloggene møtte barmhjertighetsargumentet direkte motsvar. Mennesker som selv har funksjonsnedsettelse skrev at de har gode liv og ikke vil brukes som innlegg i en abortdebatt. De ønsker seg ikke retten til å slippe å leve. Argumentet om at alle liv ikke er verdt å leve, ble beskrevet som en nedvurdering av levd liv, og opplevd av de berørte som krenkende og diskriminerende. En aktør med tilhørighet som berørt skrev at barn med Downs syndrom kan leve fullverdige liv fulle av lykke og kjærlighet. Når det blir påstått at disse burde slippe å leve, er det å spille på frykt i stedet for å spille på de erfarne foreldres syn. Argumentet om at alle liv er verdt å leve dominerte i innlegg skrevet av aktører med tilhørighet som berørt og med organisasjonstilhørighet.

**Tabell 16: Fordeling av argumentet «Et liv med funksjonsnedsettelse er eller er ikke verdt å leve» på antall blogginnlegg.**

<b>Et liv med funksjonsnedsettelse er eller er ikke verdt å leve</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
Alle liv er verdt å leve, uavhengig av funksjonsnedsettelse – taler mot tidlig ultralyd	8 (6,5 %)
Ikke alle liv er verdt å leve – taler for tidlig ultralyd	2 (1,5 %)

Et argument for innføring av tidlig ultralyd som har større oppslutning enn at barn med funksjonsnedsettelse bør slippe å leve for sin egen del, er argumentet om at disse barna er en byrde for sine foreldre og for samfunnet for øvrig. 6 av 119 blogginnlegg (5 %) inneholder dette «byrdeargumentet» (se tabell 14). Her ble det ofte fokusert på at Downs syndrom ikke er en bagatell, men et syndrom der hjertefeil og annen samsykdom er vanlig. Barn med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse krever mye oppfølging, noe som i byrdeargumentet anses som en stor påkjenning for foreldrene. Byrdeargumentet dominerte i innlegg skrevet av aktører med politisk tilhørighet. Argumentet ble benyttet i ett innlegg skrevet av aktører med tilhørighet som berørt, men innlegget er til tross for dette negativt til innføring av tidlig ultralyd.

13 av 119 blogginnlegg (11 %) inneholdt argumenter der fokuset lå på de positive egenskapene og de gevinstene som barn med Downs syndrom og andre funksjonsnedsettelse tilfører familien og samfunnet (se tabell 14). Utover beskrivelser av mennesker med Downs syndrom som «barn av solen» og «engler» med «et fantastisk positivt syn på livet» og «store hjerter», som har «noe å lære oss» og bidrar til «mangfold» og «en rikere verden», beskrev mange foreldre sin opplevelse av å ha

slike barn. En mor skrev at hun ønsker å avlive myten om at Downs syndrom er synonymt med ammeproblemer og sykdom. En annen avviste at det er de ressurssterke foreldrene som stikker hodet fram i debatten, og at det ikke er snakk om skjønning når foreldre forteller om sine positive erfaringer med sine barn. Flere mødre beskrev at de er lei av å måtte fortelle og forsvare overfor andre at barnet deres er dem til glede. En annen mor beskrev byrde-argumentene som en pådyttet stakkarslighet som Downs-foreldre ikke kjenner seg igjen i.

Elleve av de 13 som benyttet «barn av solen»-argumentet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. 2 var uavklarte. Argumentet ble benyttet i 23 % av mammabloggene, 17 % av bloggene uten særskilt fokus og 9 % av politiske blogger. Argumentet ble ikke benyttet i de andre bloggtypene. Argumentet ble oftest benyttet i innlegg skrevet av aktører med tilhørighet som berørt og aldri benyttet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.15).

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [c]*

Den tredje største argumentasjonsklyngen bestod av argumenter som setter innføring av tidlig ultralyd i sammenheng med menneskeverdet. I argumentasjonsklynge [c] dominerte argumenter som vektla alle menneskers iboende verdi, hevder at tidlig ultralyd gir et uheldig signal om at mennesker har ulik verdi og at en innføring av tidlig ultralyd er diskriminering av mennesker med funksjonshemninger. Disse argumentene ble imøtegått av barmhjertighetsargumenter (barn med funksjonshemninger burde slippe å leve) og byrdeargumenter (barn med funksjonsnedsettelse er en byrde for foreldrene og/eller samfunnet).

Argumenter fra argumentasjonsklynge [c] dominerte i innlegg med negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd, og ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet, organisasjonstilhørighet og berørte. Barmhjertighets- og byrdeargumenter dominerte i innlegg med positivt standpunkt.

#### **5.4.4 Argumentasjonsklynge [d]: Ressursspørsmål**

Den fjerde mest benyttede argumentasjonsklyngen dreier seg om det offentlige bør finansiere tidlig ultralyd til alle gravide. 48 av 119 blogginnlegg (40,5 %) inneholdt argumenter fra denne argumentasjonsklyngen (se figur 3). Med ressurser menes her både økonomisk finansiering, helsepersonell og medisinsk utstyr. Her er argumenter som omhandler hvorvidt tidlig ultralyd gir «valuta for pengene» eller om ressursene heller bør benyttes til andre formål. Det ble også diskutert om det at tidlig ultralyd tilbys av private klinikker taler for offentlig finansiering og om den gravides ønsker og behov taler for offentlig finansiering. Det ble identifisert seks typiske argumenter rundt ressursspørsmål, vist i tabell 17 i synkende rekkefølge etter popularitet.

**Tabell 17: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [d].**

Argumenter fra argumentasjonsklynge [d]: Ressursspørsmål	Antall blogginnlegg (%)
Utjamningsargumenter/rettferdighetsargumenter: At tidlig ultralyd kan kjøpes hos private tilbydere, <i>taler</i> eller <i>taler ikke</i> for offentlig finansiering <sup>16</sup>	23 (19,5 %)
Offentlige ressurser bør benyttes til andre formål enn tidlig ultralyd	20 (17 %)
Manglende medisinsk utbytte taler mot offentlig finansiering av tidlig ultralyd	11 (9 %)
Den gravides ønsker og behov <i>taler</i> eller <i>taler ikke</i> for offentlig finansiering <sup>17</sup>	7 (6 %)
Å omtale det at færre barn med Downs syndrom fødes som kostnadsbesparende, er uetisk argumentasjon	3 (2,5 %)
Det mangler kvalifisert personell og egnet utstyr for å innføre tidlig ultralyd	2 (1,5 %)

Argumenter fra argumentasjonsklynge [d] var vanligst i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd. 43 % av de negative innleggene benyttet argumenter fra denne klyngen. 38 % av de positive innleggene og 31 % av innleggene som ikke tok standpunkt, benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [d].

Det var ingen vesentlig kjønnsforskjell blant aktører som benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [d] (41,5 % av kvinnene og 39 % av menn). Alle aktørgruppene benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [d]. Aktører med medisinsk yrkestilhørighet og politisk tilhørighet benyttet argumenter fra denne klyngen oftest (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [d] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Utjamningsargumentet
- Bruk av offentlige ressurser
- Medisinsk utbytte sett i sammenheng med ressursbruken
- Den gravides ønsker og behov
- Er færre barn med funksjonsnedsettelse økonomisk gunstig for samfunnet?

### *Utjamningsargumentet*

Det mest benyttede argumentet i argumentasjonsklynge [d], dreide seg om hvorvidt det at tidlig ultralyd tilbys av private tilbydere taler for offentlig finansiering eller ikke. Dette argumentet ble

<sup>16</sup> Har underkategorier, se tabell 18.

<sup>17</sup> Har underkategorier, se tabell 19

benyttet i 23 av 119 blogginnlegg (19,5 %) (se tabell 17). Argumentet hadde to underkategorier (se tabell 18).

**Tabell 18: Fordeling av utjamningsargumentene på antall blogginnlegg**

<b>Utjamningsargumenter/rettferdighetsargumenter</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
At tidlig ultralyd kan kjøpes hos private tilbydere, taler for offentlig finansiering	11 (9 %)
At tidlig ultralyd kan kjøpes hos private tilbydere, taler ikke for offentlig finansiering	12 (10 %)

Her kom det tydelig fram en sammenblanding av begreper hos bloggerne. I dag tilbys kun fosterdiagnostikk på offentlige sykehus og kun til gravide med indikasjon på risiko (se avsnitt 2.2.1). Den tidlige ultralyd hos private tilbydere benyttes ikke til å påvise Downs syndrom og andre kromosomavvik/annen funksjonsnedsettelse. Denne sammenblandingen kom til syne der det ble argumentert for urettferdigheten ved at kun de som kan betale får relevant informasjon om fosteret sitt. Sammenblandingen ble påpekt av noen motstandere av innføring, som hevdet at denne misforståelsen er noe av årsaken til at Arbeiderpartiet og SV går inn for tidlig ultralyd som universell tjeneste.

Utjamningsargument handlet også om rettferdighet i tilgjengelighet, altså at tidlig ultralyd bør være et tilbud for alle uavhengig av inntekt, alder og bosted. Å si nei til tidlig ultralyd ble likestilt med å si nei til tidlig ultralyd for de under 38 år med dårlig råd, noe som strider med den sosialdemokratiske likhetstanken. Dette argumentet ble motgått av de som hevder at den tusenlappen privat ultralyd koster er noe de fleste har råd til, og at det ikke foreligger studier som belyser sammenhengen mellom klassetilhørighet og tidlig ultralyd. Videre ble rettferdighetsargumentet problematisert med at lik tilgang i prinsippet kan brukes som argument for alle tjenester som en stor andel av befolkningen kjøper seg privat. Når helsetjenesten ikke har noen spesiell medisinsk gevinst, er det rimelig at mottaker betaler selv.

Angående aktørenes tilhørighet, er det verdt å merke seg at ingen med medisinsk yrkestilhørighet, organisasjonstilhørighet og kristen tilhørighet mente at utjamning taler for offentlig finansiering. Derimot ble det argumentert med at utjamning ikke taler for offentlig finansiering i 21,5 % av innleggene skrevet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet, i 17,5 % av innleggene skrevet av aktører med organisasjonstilhørighet og i 12 % av innleggene skrevet av aktører med kristen tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.16).

### *Bruk av offentlige ressurser*

I 20 av 119 blogginnlegg (17 %) ble det tatt til orde for at offentlig finansiering av tidlig ultralyd er en feilprioritering av ressurser (se tabell 17). De store summene bør heller brukes til å behandle alvorlig syke mennesker, eller som en blogger foreslo, til en tannhelsereform.

Spesielt ble en større satsning på tjenester til de familiene som har barn med funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming etterspurt. En mor med DS-barn skrev at det ikke er tidlig ultralyd hun trenger, men en voksen med taushetsplikt som kan støtte henne i valget hun har gjort og vise henne forståelse. En blogger med medisinsk yrkestilhørighet foreslo at innføringen av tidlig ultralyd bør utsettes til man har gjennomført en storstilt satsning på familier med barn med funksjonsnedsettelse. Etter hans syn er det først når tjenestetilbudet er tilstrekkelig at den gravide kan ta et reelt valg om hun ønsker å beholde et barn med påvist funksjonsnedsettelse.

18 av de 20 innleggene der dette argumentet ble benyttet, var negative til en innføring av tidlig ultralyd. De resterende to innleggene tok ikke standpunkt. Argumentet ble oftest brukt av aktører med politisk tilhørighet, men det var ikke store variasjoner mellom de ulike aktørgruppene (se vedlegg 5, tabell 5.2.17).

### *Medisinsk utbytte sett i sammenheng med ressursbruken*

I elleve av 119 blogginnlegg (9 %) ble det medisinske utbyttet av tidlig ultralyd satt i sammenheng med ressursbruken (se tabell 17), og bloggernes konklusjon var at det ikke er samsvar mellom kostnadsbruken og helsegevinsten. Det ble blant annet henvist til prioriteringsforskriften som vektlegger sykdommens alvorlighet, forventet nytte av helsehjelpen og et rimelig forhold mellom effekt og kostnader. Samtlige som benyttet dette argumentet, var negative til innføring av tidlig ultralyd.

Argumentet dominerte i innlegg skrevet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet, men var lite populært i innlegg skrevet av andre aktører (se vedlegg 5, tabell 5.2.18). Dette kan ha sammenheng med at få aktører med medisinsk yrkestilhørighet mente at tidlig ultralyd har en helsegevinst (se avsnitt 5.4.2).

## Den gravides ønsker og behov

Det var enighet om at mange gravide ønsker tidlig ultralyd og den trygghet det oppfattes at dette gir, men det var uenighet om dette ønsket taler for at tjenesten bør finansieres av det offentlige. Dette ble diskutert i 7 av 119 blogginnlegg (6 %) (se tabell 17), og argumentet hadde to underkategorier, vist i tabell 19.

**Tabell 19: Fordeling av antall blogginnlegg på argumentet om den gravides ønsker og behov.**

Den gravides ønsker og behov	Antall blogginnlegg (%)
Den gravides ønsker og behov taler for offentlig finansiering	4 (3,5 %)
Den gravides ønsker og behov taler ikke for offentlig finansiering	3 (2,5 %)

En mor skrev at hun synes det er for lenge å vente i fem måneder før man får vite at barnet er friskt, og ønsket en innføring av tidlig ultralyd. En annen blogger motargumenterte med at det er et langt steg fra den gode opplevelsen det er å se barnets hjerte slå til å tilby tjenesten til alle. I et av innleggene skrev bloggeren at et forståelig ønske alene ikke er et argument for prioritering av helseressurser.

Det var kun kvinner som mente at den gravides ønsker og behov taler for offentlig finansiering av tidlig ultralyd. Det var to menn og én kvinne som mente at den gravides ønsker og behov ikke er tilstrekkelig årsak for offentlig finansiering.

## Er færre barn med funksjonsnedsettelse økonomisk gunstig for samfunnet?

I 3 av 119 blogginnlegg ble det vist til at det finnes de som argumenterer for den økonomiske gevinsten av at det fødes færre barn med funksjonsnedsettelse. Alle tre henviste til en pressemelding på København kommunes nettside om gevinst ved screening av gravide som sa: «Københavns og Frederiksberg Kommuner vil årligt kunne spare to millioner kroner, hvis der indføres screening af gravide, der kan afsløre mongolisme, også kendt som Down's Syndrom. Det forventes, at screeningen vil kunne reducere antallet af børn født med mongolisme fra 12 til 2 om året. Beregninger viser, at en mongol, der i gennemsnit har en levetid på 55 år, koster samfundet 100 millioner kroner.»

Videre ble det henvist til en sak i Årdal kommune der rådmannen hevdet at kommunen måtte innføre eiendomsskatt på grunn av noen innbyggere med omfattende tjenester<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Sitatet og sak er gjengitt fra bloggene, ikke fra opprinnelig pressemelding/avisartikkel.

Ingen av de analyserte bloggene benyttet tilsvarende argumentasjon som den i Danmark eller Årdal. Det ser ut til å være en allmenn oppfattelse blant motstanderne av tidlig ultralyd at samfunnets mulige besparelse er en pådriver for innføring av tidlig ultralyd (noe som også kommer til syne i argumentasjonsklynge [f] om bekymring for en forskyving av ansvar fra samfunn til individ), men ingen tilhengere vedkjente seg denne tankegangen.

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [d]*

Argumentasjonsklynge [d] var den fjerde mest benyttede argumentasjonsklyngen, og dreier seg om det offentlige bør bruke økonomiske ressurser, helsepersonell og medisinsk utstyr på tidlig ultralyd til alle gravide. Det ble argumentert for at utjamning og den gravides ønsker/behov taler for en innføring av tidlig ultralyd. En hovedvekt av argumentene i denne argumentasjonsklyngen talte likevel mot en innføring. Her ble det argumentert for at ressursene bør brukes til andre formål og at manglende medisinsk utbytte taler mot en offentlig finansiering, samt at verken utjamning eller gravides ønsker/behov er kan rettferdiggjøre ressursbruken.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [d] dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd. Det var aktører med medisinsk tilhørighet og politisk tilhørighet som oftest benyttet argumenter fra denne argumentasjonsklyngen.

### **5.4.5 Argumentasjonsklynge [e]: Abortspørsmål**

Argumentasjon som omhandlet problemstillinger sentralt for retten til fri abort, er inkludert i argumentasjonsklynge [e]. Her er argumenter som omhandler kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp inkludert, men også problematisering av det vanskelige valget kvinnen stilles overfor når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret. Sentralt er også spørsmålet om man kan gjøre et skille mellom selvbestemt og selektiv abort, samt om man kan skille mellom akseptable og uakseptable årsaker til abort.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [e] ble benyttet i 42 av 119 blogginnlegg (35 %) (se figur 3), her framstilt i tabell 20 i synkende rekkefølge etter popularitet.



**Tabell 20: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [e].**

<b>Argumenter fra argumentasjonsklynge [e]: Abortspørsmål</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
Den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp	18 (15 %)
Den gravide kvinnen stilles overfor et vanskelig/umulig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret	12 (10 %)
Det <i>kan</i> eller <i>kan ikke</i> skilles mellom akseptable og uakseptable årsaker til abort <sup>19</sup>	8 (6,5 %)
Det går et skille mellom selvbestemt og selektiv abort	8 (6,5 %)
Det kan ikke skilles mellom selvbestemt og selektiv abort	5 (4 %)
Synet på dagens abortgrense på 12 uker har betydning for synet på tidlig ultralyd	5 (4 %)
Abort er uakseptabelt (nesten) uansett årsak	3 (2,5 %)

Argumenter fra argumentasjonsklynge [e] dominerte i innlegg positive til innføring av tidlig ultralyd (62 % av alle positive innlegg). 37,5 % av innleggene som ikke tok standpunkt, brukte også denne argumentasjonen. Kun 24 % av innlegg som var negative, benyttet argumenter fra denne argumentasjonsklyngen.

41,5 % av alle kvinnelige aktører og 28 % av mannlige aktører benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [e]. Aktører med politisk tilhørighet benyttet oftest argumenter fra denne klyngen. Argumenter fra denne klyngen var også populært blant aktører med medisinsk yrkestilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [e] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp
- Den gravide kvinnen stilles overfor et vanskelig/umulig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret
- Selvbestemt kontra selektiv abort
- Når er abort akseptabelt?

### ***Den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp***

Det vanligste argumentet i argumentasjonsklynge [e], var at den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp. Dette gis henne ved tidlig ultralyd. Det ble argumentert for at aktivt å tilbakeholde informasjon tilgjengelig ved tidlig ultralyd, er det samme som å fjerne kvinnens

<sup>19</sup> Har underkategorier, se tabell 21.

valgfrihet og frata henne kontroll over egen kropp. Å nekte den gravide tidlig ultralyd, ble beskrevet som en kvinnefiendtlig og konservativ politikk. Slik ble spørsmålet om tidlig ultralyd framstilt som et kjønnsrelatert og feministisk spørsmål: Det er kvinnen som blir gravid, bærer fram barnet og føder, og det er kvinnen som har det praktiske og emosjonelle hovedansvaret for sine barn. Kvinnen er den som sitter igjen med konsekvensene av å få et barn med funksjonsnedsettelse. Det er dermed hennes rett å motta all tilgjengelig informasjon om barnets helse, og det er hun selv som må velge om hun ønsker å beholde et barn med funksjonsnedsettelse. Hvis staten tilbakeholder informasjon fra kvinnen, signaliseres det at myndighetene vet bedre enn den enkelte kvinne, og at myndighetene ikke har tillit til at kvinnen gjør et «riktig» valg.

Argumentet om kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp, ble benyttet i 18 av 119 blogginnlegg (15 %). Det ble ikke benyttet i innlegg som var negative til innføring av tidlig ultralyd, men ble benyttet i 55 % av de positive innleggene. Det var flere kvinner (20 %) enn menn (9 %) som brukte argumentet. Argumentet dominerte hos aktører uten særskilt tilhørighet og hos aktører med politisk tilhørighet, og ble ikke benyttet av aktører med organisasjonstilhørighet og kristen tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.19).

### *Den gravide kvinnen stilles overfor et vanskelig/umulig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret*

Kvinnens valgfrihet, slik den ble framstilt i argumentet om rett til kunnskap og selvbestemmelse, ble problematisert i et annet argument i samme argumentasjonsklynge. I 12 av 119 blogginnlegg (10 %) ble det påpekt at kvinnen stilles overfor et vanskelig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret. Her skrev flere berørte at de er glad de slapp å bli stilt overfor et valg om de ville beholde eller abortere bort barnet sitt. Andre skrev at de selv ikke vet hvordan de ville valgt og at et slikt valg er uønsket. Det ble beskrevet som bekymringsfullt at det blir en norm ved tidlig ultralyd at gravide må ta stilling til om de ønsker å beholde et barn de i utgangspunktet hadde planer om å få.

Det var i innlegg der bloggeren ikke tok standpunkt til innføringen av tidlig ultralyd at dette argumentet dominerte. Argumentet ble funnet i 19 % av innleggene der det ikke ble tatt standpunkt. Argumentet ble benyttet i 10 % av de positive innleggene og i 8 % av de negative. Kun én mann benyttet argumentet. 16 av kvinnene benyttet argumentet, noe utgjør 16 % av alle kvinnene. Det var ingen aktørtilhørighet som utmerket seg som dominerende i bruken av dette argumentet (se vedlegg 5, tabell 5.2.20).

### *Selvbestemt kontra selektiv abort*

Det var uenighet om man kan likestille selvbestemt og selektiv abort. I 8 av 119 blogginnlegg (6,5 %) ble det vektlagt at det er snakk om to separate praksiser, mens det i 5 av 119 innlegg (4 %) ble vektlagt at det ikke kan gjøres et skille. De som ikke så et skille, påpekte at argumentasjonen som benyttes mot tidlig ultralyd, bidrar til å undergrave retten til selvbestemt abort. Å nekte abort på grunnlag av informasjon gitt av tidlig ultralyd ble ansett som å innskrenke retten til selvbestemt abort.

De som argumenterte for et skille mellom de to praksisene, pekte på at man ved selvbestemt abort tar et valg om man ønsker å beholde et barn eller ikke, altså *om* man vil ha barn og *når*. Ved selektiv abort gjøres dette valget på grunnlag av kriterier ved fosteret, altså å velge om man vil beholde *akkurat dette barnet*. Mens dagens abortlov ble beskrevet som et resultat av en kamp mot en helsefarlig og sosialt urettferdig praksis, ble selektiv abort beskrevet som en bytterett på barnet man bærer. En blogger skrev at ingen bør gis mulighet til å velge hva slags barn man vil ha.

Det var en like stor prosentandel kvinner og menn som likestiller selvbestemt og selektiv abort, mens det var en noe høyere prosentandel kvinner (8,5 %) enn menn (4 %) som skilte mellom de to praksisene. 14,5 % av de berørte skilte mellom selektiv og selvbestemt abort, mens ingen berørte likestilte praksisene. Det var også et noe høyere antall aktører med politisk-, medisinsk- og organisasjonstilhørighet som skilte mellom praksisene (se vedlegg 5, tabell 5.2.21).

### *Når er abort akseptabelt?*

I 8 av 119 blogginnlegg ble det spurt om kvinnens valg om abort bør aksepteres uansett årsak (se tabell 21).

**Tabell 21: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om akseptable og uakseptable abortgrunner.**

<b>Det kan eller kan ikke skilles mellom akseptable og uakseptable årsaker til abort</b>	<b>Antall blogginnlegg argumentet ble benyttet i (%)</b>
Det kan ikke skilles mellom akseptable og uakseptable årsaker til abort	6 (5 %)
Det kan skilles mellom akseptable og uakseptable årsaker til abort	2 (1,5 %)

Den rådende holdning i disse innleggene var at en aksept for selvbestemt abort innebærer en aksept for årsaken til at kvinnen tar abort, selv når denne årsaken dreier seg om en funksjonsnedsettelse hos fosteret. I de to blogginnleggene som motgikk dette, ble det skrevet at det ikke kan være slik at vi kun kan ønske oss et barn dersom det er 100 % friskt.

I kun tre av 119 blogginnlegg (2,5 %), hvorav to har samme forfatter med kristen tilhørighet, ble synet på abort som uakseptabelt uansett årsak forfektet. Dette var altså et marginalt synspunkt i debatten til tross for det høye antallet avsendere med tilhørighet i kristen religion og i Kristelig Folkeparti.

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [e]*

I argumentasjonsklynge [e] finnes problemstillinger sentrale for retten til fri abort. Det mest benyttede argumentet handler om kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp. Her er også argumenter som problematiserer at kvinner gis valget om abort når funksjonsnedsettelse påvises. Videre ble det argumentert både for og mot et skille mellom selvbestemt og selektiv abort, og mellom akseptable og uakseptable abortårsaker.

Flere kvinner enn menn, og flest aktører med politisk aktørtilhørighet, benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [e]. Argumentene dominerte i innlegg som var positive til en innføring av tidlig ultralyd.

### **5.4.6 Argumentasjonsklynge [f]: Konsekvensbekymringer**

42 av 119 blogginnlegg (35 %) uttrykte bekymring for hvilke konsekvenser innføringen av tidlig ultralyd vil ha for individet og samfunnet (se figur 3). Til sammen ble det identifisert fem typiske argumenter, vist i tabell 22 i synkende rekkefølge etter popularitet.

**Tabell 22: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [f].**

Argumenter i argumentasjonsklynge [f]: Konsekvensbekymringer	Antall blogginnlegg (%)
Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på individnivå <sup>20</sup>	20 (17 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på samfunnsnivå <sup>21</sup>	12 (10 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan forskyve vår oppfatning av hva som er akseptable årsaker til å ta abort	12 (10 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan åpne for økt kartlegging av ufødte menneskers gener og framtidige helsetilstander	7 (6 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan føre til en sykeliggjøring av graviditeten og den gravide	4 (3,5 %)

Argumenter fra argumentasjonsklynge [f] ble benyttet i 46 % av innleggene med et negativt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd. Argumenter fra denne klyngen ble benyttet i 37,5 % av innleggene som ikke tok standpunkt og i 7 % av de positive innleggene.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [f] ble oftest benyttet av aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk yrkestilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [f] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Konsekvenser på individnivå
- Konsekvenser på samfunnsnivå
- Tidlig ultralyd fører til en forskyvning av akseptable abortgrunner

### *Konsekvenser på individnivå*

Det kom til syne en bekymring for de konsekvenser innføringen av tidlig ultralyd kan ha på individnivå, vist i tabell 23.

<sup>20</sup> Har underkategorier, se tabell 23.

<sup>21</sup> Har underkategorier, se tabell 24.

**Tabell 23: Fordeling av antall blogginnlegg på argumentet om negative konsekvenser av tidlig ultralyd på individnivå**

Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på individnivå <sup>22</sup>	Antall blogginnlegg (%)
Innføring av tidlig ultralyd kan forskyve ansvaret for barnet med funksjonsnedsettelse fra samfunnet til individet	13 (11 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan føre til et dårligere tjenestetilbud og vanskeligere levekår for mennesker med funksjonsnedsettelser og deres foreldre/familier	9 (7,5 %)

I 7,5 % av alle blogginnlegg ble det uttrykt bekymring for negative konsekvenser for mennesker med funksjonsnedsettelser og deres familier. En mor spurte om vi nå ser siste generasjon med Downs syndrom-barn og om hennes sønn må leve uten likesinnede i årene framover? En annen blogger spurte om det vil bli vanskeligere å være et menneske med et ekstra kromosom når samfunnet tilbyr en tjeneste der den viktigste effekten er å avsløre Downs syndrom?

Spesiell bekymring ble knyttet til dårligere levekår og dårligere tjenestetilbud. Flere henviste til foreldre med Downs syndrom-barn i Danmark ikke lenger får de tjenestene de behøver. Det var også bekymring for at det skal utvikle seg en holdning der foreldre med Downs syndrom-barn kan «skylde seg selv» fordi de selv har valgt å bære fram et barn med funksjonsnedsettelse. En blogger skrev at å be om hjelp kan bli vanskeligere når alle vet at man hadde et valg.

Størst oppmerksomhet ble likevel gitt en forskyvning vekk fra samfunnet og over på individet. 11 % av alle blogginnleggene uttrykte en bekymring for at allmenn tilgjengelig fosterdiagnostikk fører til at det å bære fram barn med funksjonsnedsettelse anses som unngåelig. Dermed gis et statlig signal om at foreldre som velger å beholde barn med funksjonsnedsettelse, må bære den økonomiske og omsorgsmessige ekstrabelastningen alene.

Argumenter som dreide seg om konsekvenser på individnivå ble funnet i 25 % av de innleggene som ikke tok standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd. De ble funnet i 20 % av de negative innleggene og i 3,5 % av de positive innleggene.

Argumenter om konsekvenser på individnivå dominerte i innlegg skrevet av aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk yrkestilhørighet. Ingen aktører med kristen tilhørighet benyttet disse argumentene (se vedlegg 5, tabell 5.2.22).

<sup>22</sup> Argumentet benyttes i 20 blogginnlegg, men hvert blogginnlegg kan inneholde flere av «underargumentene».

## Konsekvenser på samfunnsnivå

I 12 av 119 blogginnlegg (10 %) ble det uttrykt bekymring for de konsekvenser innføring av tidlig ultralyd kan ha på samfunnsnivå (se tabell 24). Elleve av disse innleggene var negative til innføring av tidlig ultralyd (15 % av alle negative innlegg), ett var positivt (3,5 % av alle positive innlegg).

**Tabell 24: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om negative konsekvenser av tidlig ultralyd på samfunnsnivå**

Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på samfunnsnivå	Antall blogginnlegg (%) <sup>23</sup>
Innføring av tidlig ultralyd kan føre oss nærmere en nullvisjon for helse	7 (6 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan skape et samfunn med manglende solidaritet mellom innbyggerne og dårligere integrering av mennesker med funksjonsnedsettelse	6 (5 %)
Innføring av tidlig ultralyd kan føre oss nærmere andre uheldige samfunnstrender	2 (1,5 %)

Det ble argumentert for at samfunnet ikke blir friskere av å fjerne aksepten for annerledeshet. Bloggerne uttrykker bekymring for at ønsket om en frisk befolkning kan gi grobunn for en usunn mentalitet der sårbarhet, anormalitet og sykdom ikke lenger aksepteres. Prisen for vår higen etter vellykkethet er kravet om å føde friske og intelligente barn. Konsekvensen rammer ikke bare de fostre som skal screenes, men også vi som skal leve i det lytefrie samfunnet.

Det ble hevdet at en av disse konsekvensene kan være, i tillegg til at vi kommer nærmere en forventning om absolutt helse, et kaldere samfunn med mindre toleranse for alt som er annerledes. Sorteringssamfunnet ble framstilt som usolidarisk, og økt seleksjon fryktes å føre til større grad av segregering, utestenging og diskriminering. I tillegg ble det pekt på at sortering vil fremme et konkurransesamfunn tuftet kun på det man kan bidra med økonomisk, og at dette vil prege vårt syn på hva et menneske er.

Argumenter om konsekvenser på samfunnsnivå var ikke spesielt utbredt hos noen av aktørgruppene, men var noe mer populært blant berørte (se vedlegg 5, tabell 5.2.23).

<sup>23</sup> Argumentet benyttes i 12 blogginnlegg, men hvert blogginnlegg kan inneholde flere av «underargumentene».

### *Tidlig ultralyd fører til en forskyvning av akseptable abortgrunner*

I 12 av 119 blogginnlegg (10 %) ble det uttrykt bekymring for at innføringen av tidlig ultralyd vil forskyve grensen for hva vi oppfatter som akseptable abortgrunner (se tabell 22). Grensen mellom frisk og syk blir utydelig når vi kan velge eller velge bort fostre på grunnlag av egenskaper. Kan risiko for kreft, schizofreni eller rusmisbruk være en akseptabel årsak til abort? Hva med å mangle en arm? Who's next?, spurte en blogger med funksjonsnedsettelse. Spørsmålet ble sett i sammenheng med teknologiske og medisinske fremskritt som kan gi oss stadig mer informasjon om fosteret, blant annet kartleggingen av det menneskelige genom og stadig mer raffinerte screeningmetoder.

Argumentet ble benyttet i ti innlegg som var negative til innføring av tidlig ultralyd (13,5 % av alle negative innlegg), samt ett innlegg som var positivt og ett innlegg som ikke tok standpunkt. Argumentet var noe mer populært hos aktører med organisasjonstilhørighet og kristen tilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.24).

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [f]*

I argumentasjonsklynge [f] ble det uttrykt bekymring for hvilke konsekvenser en innføring av tidlig ultralyd kan ha på individ- og samfunnsnivå. Dette inkluderer bekymring for at en innføring forskyver ansvaret for funksjonshemmede fra samfunnet til individet, samt at tjenestetilbud og levekår for funksjonshemmede blir dårligere. Det ble også uttrykt bekymring for et mindre solidarisk samfunn, større krav til «perfekt» helse og ytelse, samt en forskyvning av akseptable abortårsaker og en sykliggjøring av graviditeten.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [f] dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd, og forekom i kun 7 % av de positive innleggene. Aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk tilhørighet benyttet oftest argumenter fra denne klyngen.

### **5.4.7 Argumentasjonsklynge [g]: Samfunnskontekstens betydning**

Den minste argumentasjonsklyngen inneholdt argumentasjon som pekte på samfunnskontekstens betydning for de valg den gravide gjør, både når hun skal velge om hun ønsker å benytte seg av tidlig ultralyd og når hun skal avgjøre om hun ønsker å beholde et barn med påvist funksjonsnedsettelse. Her ble det også påpekt eksisterende forhold i samfunnet som legger føringer for de valg den gravide tar. Argumenter fra denne argumentasjonsklyngen ble benyttet i 36 av 119 blogginnlegg (30,5 %) (se figur 3). Det ble identifisert fem typiske argumenter, vist i tabell 25 i synkende rekkefølge etter popularitet.



**Tabell 25: Fordeling av antall blogginnlegg på ulike argumenter i argumentasjonsklynge [g].**

<b>Argumenter i argumentasjonsklynge [g]: Samfunnskontekstens betydning</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
Den gravide har ikke reell valgfrihet når det gjelder å ta abort ved påvisning av funksjonsnedsettelse hos fosteret	22 (18,5 %)
Den gravide <i>har</i> eller <i>har ikke</i> reell valgfrihet når det gjelder å benytte seg av tidlig ultralyd dersom det innføres som universell tjeneste <sup>24</sup>	15 (12,5 %)
Nullvisjonsforestillinger om helse legger føringer for den gravides valg	4 (3,5 %)
Frykt/engstelse for funksjonsnedsettelse legger føringer for den gravides valg	4 (3,5 %)
Andre samfunnstrender legger føringer for den gravides valg	3 (2,5 %)

Av de innleggene som var negative til innføring av tidlig ultralyd, brukte 34 % argumenter fra argumentasjonsklynge [g]. Av innleggene som ikke tok standpunkt, brukte 31 % av innleggene argumenter fra klynge [g]. I positive innlegg ble argumenter fra denne klyngen funnet i 21 % av innleggene.

Flere kvinner (36 %) enn menn (22 %) brukte argumenter fra argumentasjonsklynge [g]. Dette var den eneste argumentasjonsklyngen som ikke alle aktørene benyttet – ingen aktører med kristen tilhørighet benyttet argumenter fra denne klyngen. Det var berørte og aktører med organisasjonstilhørighet som oftest brukte argumenter fra argumentasjonsklynge [g] (se vedlegg 5, tabell 5.2.1).

Argumentene innen argumentasjonsklynge [g] vil bli presentert under følgende hovedinndeling:

- Den gravides reelle valgfrihet ved abort
- Den gravides reelle valgfrihet ved benyttelse av tidlig ultralyd

### ***Den gravides reelle valgfrihet ved abort***

I 22 av 119 blogginnlegg (18,5 %) ble den gravides valgfrihet problematisert (se tabell 25) – er det snakk om reell *selvbestemmelse* i selvbestemt abort etter at en funksjonsnedsettelse er påvist hos fosteret?

*Abortpress* var et typisk uttrykk som ble brukt for å beskrive den opplevde følelsen av at helsepersonell og samfunnet forøvrig forventer at den gravide skal velge abort når funksjonsnedsettelse påvises hos fosteret. Flere berørte beskrev at de opplevde et usynlig press fra

<sup>24</sup> Har underkategorier, se tabell 26.

helsepersonell om å ta abort, og at abort framstilles som en selvfølgelighet dersom Downs syndrom oppdages. Det ble argumentert for at kvinnen ikke lenger bestemmer over egen kropp når hun føler seg forpliktet til å fjerne fosteret fordi det kan være en belastning. Tidlig ultralyd ble beskrevet som et statlig signal om at funksjonshemmede barn skal fjernes. Det er ikke kvinnens moral, men samfunnets moral, som er av betydning for valget kvinnen gjør. En av bloggerne brukte ordet tyranni for å beskrive idealene om normalitet og effektivitet som vi sosialiseres inn i, og som det å med viten og vilje føde barn med funksjonsnedsettelse strider mot. En allmenn forståelse av Downs syndrom som en ulykke og en sykdom, og en allmenn frykt for at vår helse ikke skal være optimal, forsterker i følge bloggerne føringene som legges på gravide kvinners valg.

Argumentet om manglende selvbestemmelse ved abort, ble benyttet i 25 % av innleggene som ikke tok standpunkt til innføring av tidlig ultralyd og i 23 % av innleggene som var negative. Kun i ett av innleggene med positivt standpunkt ble dette argumentet benyttet. Argumentet dominerte blant aktører med medisinsk yrkestilhørighet og organisasjonstilhørighet, fulgt av berørte (se vedlegg 5, tabell 5.2.25).

### *Den gravides reelle valgfrihet ved benyttelse av tidlig ultralyd*

I 15 av 119 blogginnlegg (12,5 %) ble det vist til at det ved en innføring vil være frivillig å benytte seg av tjenesten. Det var derimot uenighet om denne frivilligheten vil oppleves som en reell valgfrihet, vist i tabell 26.

**Tabell 26: Fordeling av antall blogginnlegg på argumenter om reell og ikke reell valgfrihet ved benyttelse av tidlig ultralyd.**

<b>Den gravide har eller har ikke reell valgfrihet når det gjelder å benytte seg av tidlig ultralyd dersom det innføres som universell tjeneste</b>	<b>Antall blogginnlegg (%)</b>
Den gravide har ikke en reell valgfrihet når det gjelder å benytte seg av tidlig ultralyd dersom det innføres som universell tjeneste – hennes valg vil påvirkes av utenomliggende faktorer	11 (9 %)
Den gravide kan selv velge om hun ønsker å benytte seg av tidlig ultralyd dersom det innføres som universell tjeneste	4 (3,5 %)

I fire av innleggene ble frivillighet brukt som argument for en innføring av tidlig ultralyd. Tidlig ultralyd ble her framstilt som et tilbud som kan avbestilles om man ikke ønsker det. De resterende 11 blogginnleggene problematiserte denne valgfriheten. Det fryktes at den gravide vil føle seg forpliktet til å benytte seg av tjenesten for å undersøke om noe er galt med barnet, eller at tjenesten vil oppleves som like selvfølgelig som dagens ordinære ultralyd. Poenget med statlige råd og tilbud beskrives som normerende, og tidlig ultralyd vil oppleves som en anbefaling. Valget man har vil ikke

oppfattes som et valg, enten fordi man tar det for gitt at man skal benytte seg av tjenesten, fordi man føler at undersøkelsen er noe man bør gjøre eller fordi man føler seg pliktig til å motta tilbudet.

Alle fire innlegg som framhevet den gravides mulighet til å takke nei til tidlig ultralyd, var positive til en innføring. Ti av de elleve innleggene som problematiserte valgfriheten, var negative til en innføring. Det siste innlegget tok ikke standpunkt.

Det var flest berørte som mente at den gravide har en reell valgfrihet når det gjelder å benytte seg av tilbudet om tidlig ultralyd. Det var likevel flere berørte som mente at valgfriheten ikke er reell. Synet på reell valgfrihet som manglende, ble også funnet hos politiske aktører og hos aktører med medisinsk yrkestilhørighet og organisasjonstilhørighet (se vedlegg 5, tabell 5.2.26).

### *Oppsummering argumentasjonsklynge [g]*

Den minste argumentasjonsklyngen inneholdt argumenter om samfunnskontekstens betydning for den gravides valg. Det ble diskutert og problematisert at den gravide har en reell selvbestemmelse både når det gjelder å ta i bruk tidlig ultralyd dersom tidlig ultralyd innføres som universell tjeneste, og når det gjelder å ta abort ved påvisning av funksjonsnedsettelse hos fosteret.

Kvinner, berørte og aktører med organisasjonstilhørighet brukte oftest argumenter fra argumentasjonsklynge [g]. Argumentasjonsklyngen dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd.

### **5.4.8 Politisk budskap**

Alle blogginnleggene om tidlig ultralyd adresserte et politisk spørsmål, men 54 av de 119 blogginnleggene (45,5 %) utmerket seg likevel med et tydelig politisk budskap. Dette var blogginnlegg som a) nevnte konkrete politiske partiers politikk, b) kom med oppfordringer rundt valg/stemmeavgivning, c) uttrykte støtte eller misnøye med et parti eller en politiker, d) var skrevet av avsendere med tydelig politisk tilhørighet<sup>25</sup>, og/eller e) viste til kampanjen «Hvem av disse fortjener ikke å leve?»<sup>26</sup> fra KrFU.

---

<sup>25</sup> Ikke alle innlegg skrevet av aktører med politisk tilhørighet inkluderes her. Kun de innlegg der bloggerens politiske tilhørighet er sentral i innlegget, for eksempel når bloggen er skrevet av en profilert politiker, inkluderes.

<sup>26</sup> Se avsnitt 5.6.2 for nærmere beskrivelse av denne kampanjen.

82 % av innleggene skrevet av aktører med kristen tilhørighet hadde et politisk budskap, fulgt av bloggere med politisk aktørtilhørighet (74,5 % av innleggene). De øvrige aktørgruppene varierte mellom 20 % (berørte) og 35 % (organisasjonstilhørighet). Slik tabell 27 viser var det ingen av argumentasjonsklyngene som utpreget seg med politiske budskap.

**Tabell 27: Antall blogginnlegg med politisk budskap innen ulike argumentasjonsklynger. Tall i parentes er prosent innlegg av totalt antall innlegg innen hver klynge.**

Argumentasjonsklynge	Antall innlegg med politisk budskap (%)
[a]: Sortering	38 av 71 (53,5 %)
[b]: Medisinsk gevinst	34 av 70 (48,5 %)
[c]: Menneskeverd	24 av 67 (36 %)
[d]: Ressursspørsmål	29 av 48 (60,5 %)
[e]: Abortspørsmål	17 av 42 (40,5 %)
[f]: Konsekvensbekymring	18 av 42 (43 %)
[g]: Samfunnskontekst	11 av 36 (30,5 %)

#### 5.4.9 Oppsummering

Det ble identifisert sju argumentasjonsklynger i kildematerialet, henholdsvis argumentasjon som dreide seg om innføring av tidlig ultralyd a) vil føre til *sortering* av fostre, b) har *medisinsk gevinst*, c) har betydning for vårt syn på *menneskeverdet*, d) bør finansieres og driftes gjennom offentlig *ressurser*, e) er knyttet til *retten til fri abort*, f) vil ha *negative konsekvenser* på individ- og samfunnsnivå og g) avgjøres av *samfunnskontekst*. For hver argumentasjonsklynge ble de typiske argumentene identifisert. Ett blogginnlegg inneholdt typisk argumenter fra flere av de identifiserte argumentasjonsklyngene.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [a] om *sortering* ble oftest benyttet. De mest framtreddende argumentene fra denne klyngen var at en innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, samt føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom. Flere som benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [a] var negative enn positive til en innføring, og argumentene ble oftest benyttet av aktører med kristen og politisk tilhørighet.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [b] om *medisinsk gevinst* utgjorde den nest største argumentasjonsklyngen, og her ble den medisinske gevinsten av tidlig ultralyd diskutert. Flere innlegg fokuserte på manglende helsegevinst enn mulig helsegevinst, men likevel var det i innlegg med positivt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd at argumenter fra argumentasjonsklynge [b] ble benyttet. Argumenter fra argumentasjonsklynge [b] ble oftest benyttet av politiske aktører.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [c] om *menneskeverd* utgjorde den tredje største argumentasjonsklyngen. I denne klyngen dominerte argumenter som vektla alle menneskers iboende verdi, hevdet at tidlig ultralyd gir et uheldig signal om at mennesker har ulik verdi og at en innføring av tidlig ultralyd er diskriminering av mennesker med funksjonshemminger. Argumenter fra argumentasjonsklynge [c] dominerte i innlegg med negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd, og ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet, organisasjonstilhørighet og berørte.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [d] om *ressursbruk* utgjorde den fjerde største argumentasjonsklyngen, og dreide seg om det offentlige bør bruke økonomiske ressurser, helsepersonell og medisinsk utstyr på tidlig ultralyd. Argumenter fra denne klyngen dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd, og ble oftest benyttet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet og politisk tilhørighet.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [e] om *retten til fri abort* utgjorde den femte største argumentasjonsklyngen. Det mest benyttede argumentet fra denne klyngen handlet om kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp. Flere kvinner enn menn og flest aktører med politisk tilhørighet benyttet argumenter fra argumentasjonsklynge [e], og argumentene dominerte i innlegg som var positive til en innføring av tidlig ultralyd.

Argumenter fra argumentasjonsklynge [f] om *konsekvensbetyrninger* utgjorde den sjette største argumentasjonsklyngen, og dreide seg om bekymring for hvilke konsekvenser en innføring av tidlig ultralyd kan ha på individ- og samfunnsnivå. Argumentene dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd, og ble oftest benyttet av aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk tilhørighet.

Argumentasjonsklynge [g] om *kontekstbetydning* var den minste argumentasjonsklyngen, og inneholdt argumenter om samfunnskontekstens betydning for den gravides valg om å benytte tidlig ultralyd og om å ta abort. Kvinner, berørte og aktører med organisasjonstilhørighet benyttet oftest argumenter fra denne klyngen. Argumentene dominerte i innlegg som var negative til en innføring av tidlig ultralyd.

45,5 % av alle innleggene hadde et tydelig politisk budskap, der det enten a) ble nevnt konkrete politiske partiers politikk, b) ble kommet med oppfordringer rundt valg/stemmeavgivning, c) ble uttrykt støtte eller misnøye med et parti eller en politiker, d) var skrevet av en avsender med tydelig politisk tilhørighet og/eller e) ble vist til kampanjen «Hvem av disse fortjener ikke å leve?» fra KrFU. Politisk budskap var vanligst i innlegg skrevet av aktører med kristen og politisk tilhørighet.

## 5.5 Typologi 5: Kildebruk

Det ble identifisert fire vanlige måter å legge fram argumentasjon/påstander på:

- 1) *Å benytte påstander med sporbare kilder.* Typisk disse var å lenke til en annen nettside, oppgi forfatter og tittel på en bok/forskningsartikkel eller henviser til en artikkel i bestemte aviser.
- 2) *Å benytte påstander med en kildehenvisning som ikke kan spores.* Disse oppga kilden til sin påstand, men konkretiserer ikke hvor leseren kunne finne kilden. Typiske eksempler på slike formuleringer var: «Et forskningsprosjekt/Kunnskapscenteret har funnet ut..», «XX sier i et intervju..» og «Vi vet fra Danmark..».
- 3) *Å bruke påstander uten henvisning til kilde.* Disse formulerte seg så vagt at det ikke var mulig å vite opphavet til påstanden. «Det er vist at..» eller «Slik vi har sett..» var typiske måter å legge frem en slik påstand på.
- 4) *Å ikke benytte påstander som krever kilde.* Disse benyttet kun anekdotiske bevis og egne vurderinger.

Det varierte om blogginnleggene benyttet kun én av disse måtene å legge fram argumentasjon på eller kombinerte flere måter å legge fram argumentasjon på. I 75 (63 %) av innleggene holdt bloggeren seg til én kategori. 44 av blogginnleggene (37 %) kombinerte flere kategorier. Tabell 28 viser fordeling av argumentasjonsmåte på blogginnleggene.

**Tabell 28: Fordeling av argumentasjonsmåte på blogginnleggene.**

Kildebruk	Antall innlegg kategorien benyttes i (%) <sup>27</sup>
Brukte påstander uten kilder (kategori 3)	63 (53 %)
Brukte sporbare kilder (kategori 1)	56 (47 %)
Brukte kilder som ikke kan spores (kategori 2)	32 (27 %)
Brukte påstander som ikke krever kilde (kategori 4)	20 (17 %)

Det ble identifisert sju typiske kategorier av sporbare kilder som ble benyttet i innleggene (se tabell 29). Vanligst var det å henviser til *avisartikler*, vanligvis med lenke. Nest fulgte *kronikker*, *debattinnlegg* og *kommentarer i aviser og magasiner*, også her med lenker. Vanlig var det også med referanser hentet fra *andre nettsteder* som ikke er nyhetsnettsteder, slik som de politiske partienes hjemmesider, Wikipedia, fagforeningsnettsteder og organisasjoners hjemmesider. *Offisielle nettsteder*, drevet av nasjonale organer, ble benyttet i 23 % av innleggene. Dette omfattet Regjeringen.no, Lovdata.no og Stortinget.no, samt hjemmesidene til Statistisk Sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, Bioteknologinemda og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<sup>27</sup> Merk at det i 37 % av innleggene benyttes flere av kategoriene, slik at summen ikke vil bli 119 innlegg/100 %

**Tabell 29: Antall blogginnlegg med sporbar kilde fordelt på ulike kategorier av kilder. Prosent innlegg av 56 innlegg med sporbar kilde i parentes.**

Type sporbar kilde	Antall innlegg (%)
Avisartikler	32 (57 %)
Kronikker, debatt og kommentarer i aviser og magasiner	20 (35,5 %)
Andre nettsted	19 (34 %)
Offisielle nettsteder	13 (23 %)
Litteratur (faglig)	8 (14 %)
Andre blogger	7 (12,5 %)
Litteratur (ikke faglig)	2 (3,5 %)

### 5.5.1 Fordeling av kildebruk etter bloggtype, sjanger, kjønn og aktørtilhørighet

**Bloggtype:** *Mammabloggene* benyttet i størst grad påstander som ikke krevde kilder. Blogger som omhandlet *politikk og samfunnsspørsmål* benyttet i liten grad påstander som ikke krevde kilder, og var den bloggtypen som i størst grad brukte sporbare kilder. Bruk av ikke-sporbare kilder og påstander uten kilder og var likevel ikke uvanlig i denne bloggtypen (se vedlegg 5, tabell 5.3.1).

**Sjanger:** Det er verdt å merke seg at både ikke-sporbar kildebruk og påstander uten kilder er vanlig i journalistisk sjanger. Dette forekom langt sjeldnere i *dagboksjangeren*. Likevel benyttet journalistisk sjanger i langt større grad sporbare kilder enn dagboksjangeren. I dagboksjangeren dominerte påstander som ikke krevde kilder. I *akademisk sjanger* ble det kun funnet påstander med sporbar kildebruk (se vedlegg 5, tabell 5.3.2).

**Kjønn:** *Menn* brukte noe oftere sporbare kilder og ikke-sporbare kilder enn kvinner. Kvinner brukte noe oftere påstander uten kilder, og langt oftere påstander som ikke krever kilder (se vedlegg 5, tabell 5.3.3).

**Aktørtilhørighet:** Bruk av sporbare kilder, ikke-sporbare kilder og påstander uten kilder var vanligst blant aktører med politisk tilhørighet. Bruk av påstander som ikke krever kilder, var vanligst hos berørte (se vedlegg 5, tabell 5.3.4).

### 5.5.2 Oppsummering

Det ble identifisert fire vanlige måter å legge fram argumentasjon/påstander på: 1) å benytte påstander med sporbare kilder, 2) å benytte påstander med kildehenvisning som ikke kan spores, 3) å bruke påstander uten henvisning til kilde, og 4) ikke benytte påstander som krever kilde. Benyttelse

av påstander uten kilder var vanligst, dette forekom i 53 % av innleggene. Bruk av sporbare kilder forekom i 47 % av innleggene. De vanligste formene for sporbare kilder var artikler og kronikker/debatt i avis.

Bruk av sporbare kilder var vanligere blant menn, aktører med politisk tilhørighet, samt i blogger om religion, filosofi, etikk og vitenskap og i blogger om politikk og samfunnsspørsmål. Påstander som ikke krevde kilde var vanligst blant kvinner, berørte og i mammabloggene. Journalistisk sjanger benyttet hyppigst både ikke-sporbare kilder og påstander uten kilder, men benyttet likevel sporbare kilder oftere enn dagboksjangeren, der påstander som ikke krevde kilder var vanligst.

## 5.6 Typologi 6: Bildebruk

71 av blogginnleggene (59,5 %) var uten bildebruk og 48 av innleggene (40,5 %) inneholdt bilder. 43 av innleggene inneholdt ett bilde. Fire av innleggene inneholdt to bilder. Ett av innleggene inneholdt tre bilder. Til sammen ble 54 bilder benyttet.

I 14 av de 48 innleggene (29 %) ble private bilder benyttet (bilder som er tatt av eller tilhører bloggeren). I de andre 34 innleggene (71 %) ble bilder hentet fra en annen kilde benyttet, for eksempel en avis eller Google.

### 5.6.1 Fordeling av bildebruk på bloggtype, sjanger, standpunkt, kjønn og aktørtilhørighet

Bloggtype: Å bruke bilde var vanligst i blogger om politikk og samfunnsspørsmål og i mammablogger (se vedlegg 5, tabell 5.4.1).

Sjanger: I dagboksjangeren var bildebruk vanligere enn ikke å bruke bilde. I journalistisk sjanger var det derimot vanligere ikke å bruke bilde enn å bruke bilde. Bildebruk forekom ikke i akademisk sjanger (se vedlegg 5, tabell 5.4.2).

Standpunkt: I innlegg positive til en innføring av tidlig ultralyd, var det vanligere å bruke bilde. I negative innlegg var det vanligere ikke å bruke bilde. I innlegg der det ikke ble tatt standpunkt, var bildebruk vanligere enn ikke å bruke bilder (se vedlegg 5, tabell 5.4.3).



Kjønn og aktørtilhørighet: Flere *kvinner* enn *menn* benyttet bilder. Både bruk og ikke bruk av bilde var vanligst blant politiske aktører (se vedlegg 5, tabell 5.4.4 og 5.4.5).

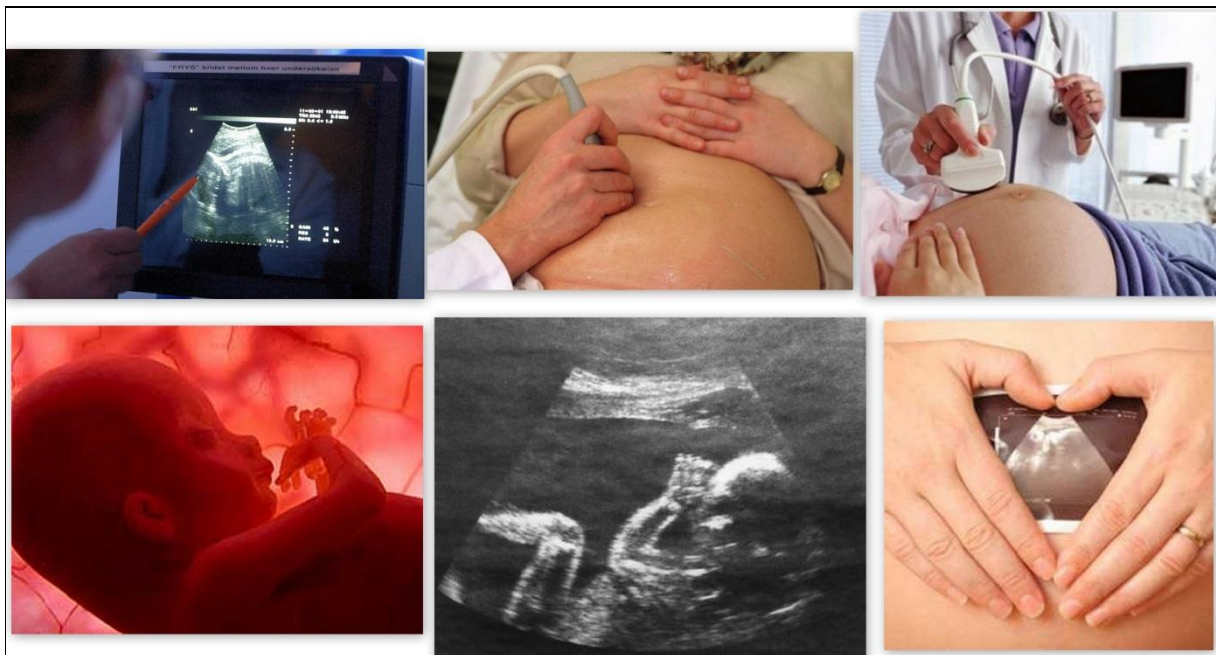
### 5.6.2 Motiv

Motivet på bildene ble gruppert i fem distinkte kategorier. Det ble i tillegg lagt til en «annet»-kategori der bilder som ikke tydelig falt innunder en av de andre motiv-kategoriene ble gruppert (se tabell 30).

**Tabell 30: Fordeling av motiv på bildene. Prosent bilder med motiver av 54 bilder i parentes.**

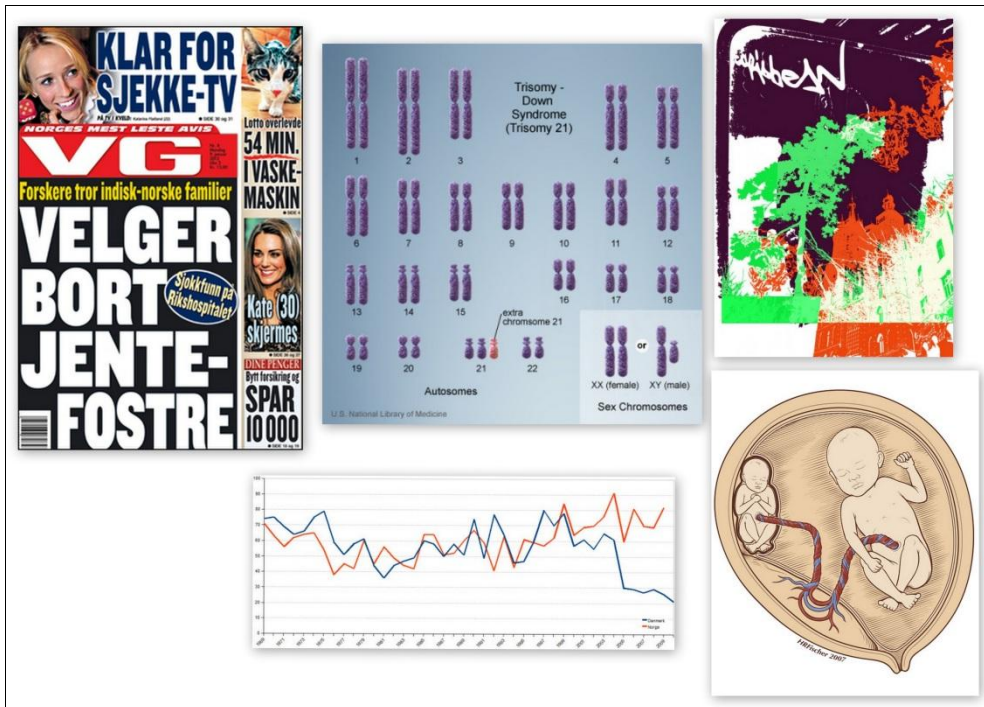
Motiv	Antall (%)
Bilder relatert til graviditet	19 (35 %)
Annet	12 (22 %)
Barn	9 (16,5 %)
Enkeltpersoner	9 (16,5 %)
KrFUs kampanjebilde	3 (5,5 %)
Humoristisk bilde	2 (3,5 %)

Bilder relatert til graviditet dominerte. Her dreide det seg om ultralydbilder av fostre, bilder av gravide mager og bilder som viste at ultralyd blir utført. Bildene var alltid tiltalene. Detaljgraden på ultralydbildene varierte, fra svært detaljerte bilder av fosteret til enkle svart-hvitt-bilder. Figur 4 viser et utvalg av bilder som falt innunder denne kategorien.



**Figur 11: Et utvalg av bilder relatert til graviditeten. Ingen private bilder er gjengitt her.**

I kategorien «annet», som utgjorde 22 % av bildene, ble det funnet bilder uten en samlende rød tråd, blant annet medisinske bilder som viser hvordan sykdommen tvilling transfusjonssyndrom arter seg, avisforsider, grafer over aborttallene i Danmark og bilder av kunstnerisk art. Figur 5 viser et utvalg av bildene i kategorien «annet».



Figur 12: Et utvalg bilder i kategorien «annet». Ingen av bildene er private.

I kategorien «barn» omfattes både privateide barnebilder, ofte av bloggernes egne barn, og barnebilder hentet fra andre kilder på Internett. Det er snakk om bilder av babyer både med og uten funksjonshemming og bilder av barn med Downs syndrom. Bildene er tiltalende. Figur 6 viser et bilde av en jente med Downs syndrom som illustrerte et av blogginnleggene.



Figur 13: Bilde av jente med Downs syndrom benyttet i et av blogginnleggene. Bildet er ikke privat.

Bilder av enkeltpersoner var ofte bilder av politikere, talpersoner og bloggeren selv. Flere av bloggene inneholder bilder av Marte Wexelsen Goksøy. Goksøy (f. 1982) har Downs syndrom og har vært en aktiv talskvinne mot innføring av tidlig ultralyd. Hun har jobbet som skuespiller, skrevet boken «Jeg vil leve» og laget dokumentaren «Bare Marte». Mest kjent er hun kanskje for å konfrontere statsminister Jens Stoltenberg i Stortingets vandrehall, iført en t-skjorte med teksten «Utrydningstruet». Dette fikk stor oppmerksomhet i media. Figur 7 viser et utvalg av bilder av enkeltpersoner, inkludert bilder av Goksøy, brukt til å illustrere blogginnlegg.



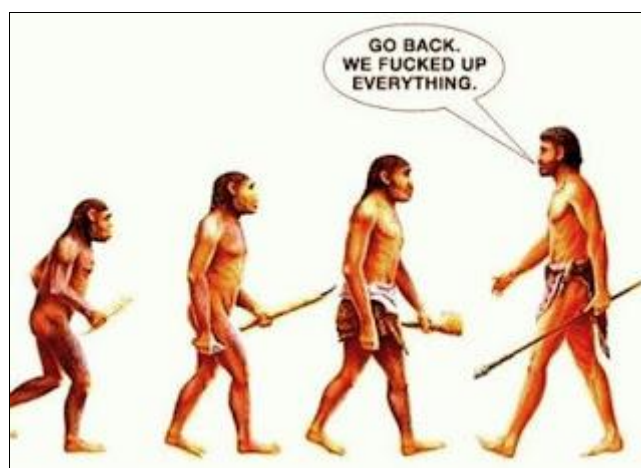
Figur 14: Et utvalg bilder i kategorien «enkeltpersoner». Ingen av bildene er private.

I tre av innleggene ble det benyttet et bilde fra KrFUs «Drøm større»-kampanje (se figur 8). Det er avbildet fem mennesker, hvorav fire har en «usynlig» funksjonshemming (kjevhendt, dysleksi, svaksynt og diabetes) og én har Downs syndrom. Bildeteksten spør «Hvem av disse fortjener ikke å leve?»



Figur 15: KrFUs kampanjebilde.

I to av innleggene ble det brukt bilder av humoristisk art, slik som vitsetegningen i figur 9.



Figur 16: Bilde av humoristisk art benyttet i et blogginnlegg.

Bilder relatert til graviditeten og bilder av barn forekom oftest i mammabloggene. Det var flere kvinner enn menn som brukte slike bilder i innleggene sine. Bilder av enkeltpersoner forekom oftest i politiske blogger. Det var ikke stor variasjon mellom sjangrene, med unntak av bilder av enkeltpersoner, som dominerte i journalistisk sjanger. Flere positive innlegg enn negative innlegg

brukte bilder relatert til graviditeten. Flere negative innlegg brukte bilder av enkeltpersoner og KrFUs kampanjebilde (se vedlegg 5.5).

### 5.6.3 Bildets hensikt

Bildene ble gruppert etter hensikten de tjente i teksten: 1) en *emosjonell hensikt* der bildet er ment å vekke sympati eller andre følelser hos leseren, og 2) en *nøktern illustrerende hensikt*. Bilder med nøktern illustrerende hensikt har ikke nødvendigvis direkte relevans for innholdet i teksten, mens bilder med emosjonell hensikt er knyttet opp mot budskapet/argumentasjonen i teksten.

I de 48 innleggene med bilder, ble det i 36 av innleggene (75 %) benyttet bilder med en emosjonell hensikt. I de resterende 12 innleggene (25 %) hadde bildebruken en nøktern illustrerende hensikt.

Alle bilder i motivkategorien relatert til graviditet, bildekategorien barn, KrFUs kampanjebilde og humoristiske bilder ble regnet innunder kategori 1) bilder med en emosjonell hensikt. Bildene i kategorien «annet» og i kategorien «enkeltpersoner» ble regnet innunder både 1) emosjonell hensikt og 2) nøktern illustrerende hensikt.

### 5.6.4 Oppsummering

Det ble benyttet bilder i 40,5 % av innleggene. Bildebruk var vanligst i mammabloggene og i dagboksjangeren og minst utbredt i helsebloggene og akademisk sjanger. Flere kvinner enn menn benyttet bilder. Bilder var vanligst i innlegg med positivt standpunkt. Det var vanligst å benytte motiver relatert til graviditeten, samt av barn og enkeltpersoner. Størsteparten av bildene hadde en emosjonell hensikt – de er ment å vekke sympati eller andre følelser hos leseren. Disse bildene understøttet budskapet i tekstene.

## Kapittel 6. Funn og diskusjon

I hovedproblemstillingen (se avsnitt 1.1) spørres det hvilke diskurser som preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i norske blogger i 2011-2012. Herunder var det interessant å undersøke kjennetegn ved diskursene og diskursive sannheter, samt om noen diskurser dominerte og hvordan diskursiv kamp kom til syne. Videre var det interessant å undersøke hvordan blogger ble brukt som debattarena om tidlig ultralyd og om debatten som forekom i bloggmediet kan informere folkehelsefaget (se avsnitt 1.2).

I dette kapitlet presenteres diskursive hovedfunn og delfunn. Funnene diskuteres opp mot bakgrunnsinformasjon i kapittel 2, teori i kapittel 3 og funn gjort i andre studier av tidlig ultralyd. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av hvordan analysen av bloggene informerer folkehelsefaget om kommunikasjon rundt fosterdiagnostikk.

Funnene er utledet av analysen av typologiene og deres underkategorier, som det ble redegjort for i empiri-kapitlet (kapittel 5). Følgende åtte hovedfunn ble identifisert:

1. Tre diskursive praksiser opererte i bloggdebatten: etisk, medisinsk og feministisk.
2. Diskursene eksisterer i noen blogginnlegg side om side, men er hovedsakelig i kamp.
3. Definerings og diskreditering av meningsmotstandere er et middel i den diskursive kampen.
4. Etisk diskurs er dominerende.
5. Etisk diskurs står i kamp med den medisinske diskursen.
6. Etisk diskurs står i kamp med den feministiske diskursen.
7. Bilder brukes i begrenset grad til å underbygge diskursive forståelser.
8. Bloggene brukes som arena for kritisk diskurs og helseaktivisme.

### 6.1 Hovedfunn 1: Tre diskursive praksiser

*Som vist i kapittel 3 er et hovedpremiss i diskursanalyse at fenomener forstås ulikt utfra hvilken diskursiv praksis som benyttes (Hovdenak 2006). Hvilke diskursive praksiser kan identifiseres i blogginnleggene om tidlig ultralyd?*

I blogginnleggene ble det identifisert tre diskursive praksiser: 1) en etisk diskurs, 2) en medisinsk diskurs og 3) en feministisk diskurs.

### 6.1.1 Delfunn 1a: Etisk diskurs

*Den etisk-diskursive praksisen* kjennetegnes av argumenter som ønsker å svare på tre sentrale etiske problemstillinger:

- a) Er abort av fostre med funksjonshemninger og Downs syndrom sortering eller ikke? Hvis ja, kan det sammenlignes med eugenikk?
- b) Representerer fosterdiagnostikk en diskriminering av mennesker med funksjonshemninger?
- c) Gir innføring av allment tilgjengelig fosterdiagnostikk et statlig signal om at funksjonshemmede har lavere menneskeverd enn såkalte funksjonsfriske?

Dette er argumenter vi hovedsakelig kjenner igjen fra argumentasjonsklynge [a] og [c], men også fra argumentasjonsklynge [f] og [g].

Diskursive sannheter i etisk diskurs er at tidlig ultralyd fører til sortering av fostre, samt gir signaler om at mennesker med funksjonshemming har lavere menneskeverd enn funksjonsfriske. I etisk diskurs forstås tidlig ultralyd som diskriminering av funksjonshemmede.

### 6.1.2 Delfunn 1b: Medisinsk diskurs

*Den medisinsk-diskursive praksisen* kjennetegnes av at argumentasjonen hovedsakelig fokuserer på medisinsk nytte og ressurssspørsmål, argumenter vi finner i argumentasjonsklynge [b] og [d]. Argumenter om våre forventninger til helse, er også vanlige i medisinsk diskurs, da medisinen er en viktig premissleverandør for hva vi anser som god og dårlig helse og funksjon. Når ressurssspørsmål innbefattes i en medisinsk diskurs, er dette fordi medisinen også handler om prioriteringer. I en ideell verden ville vi forebygge og behandle alle mulige skader, sykdommer og funksjonshemninger, men det har ikke samfunnet ressurser til. Det gjøres derfor kostnad- og nyttevurderinger av hvilken hjelp medisinen skal tilby, blant annet gjennom retningslinjer for screening. Medisinsk gevinst er en side av denne vurderingen, ressursbruken er den andre.

### 6.1.3 Delfunn 1c: Feministisk diskurs

I *den feministisk-diskursive praksisen* diskuteres omfanget av kvinners rett til selvbestemt abort – et spørsmål som i stor grad er forbundet med kvinnekamp. Kvinnens rett til selvbestemt abort er en sannhet i feministisk diskurs, så problemstillingen omhandler ikke hvorvidt kvinnen bør ha denne retten, men hvor omfattende retten skal være: Kan man eller kan man ikke sette likhetstegn mellom selvbestemt og selektiv abort? Kan den gravide velge abort uansett årsak? Bør det være kvinnens rett

(og plikt) alene å ta en beslutning om et barn med funksjonshemming skal få leve? Dette er argumentasjon vi hovedsakelig finner i argumentasjonsklynge [e].

## 6.2 Hovedfunn 2: Tre diskurser side om side – eller i kamp?

*Som vist i kapittel 3 er det et hovedpremiss i diskursanalysen at ulike diskursive forståelser av et fenomen vil kjempe om å definere sannheten, og således være premissleverandør for den allmenne forståelsen av fenomenet. (Hovdenak 2006). Finnes diskursiv kamp i debatten om tidlig ultralyd?*

En dominerende diskurs forekom i 102 av blogginnleggene (86 %). I 17 av innleggene (14 %) gjorde ikke bloggeren noen forsøk på å skille ut en dominerende diskurs. Det kan således sies å foregå en diskursiv kamp i en hovedvekt av innleggene. Den diskursive kampen ble tilkjennegitt ved ikke å anerkjenne andre diskursers eksistens, eller når andre diskurser anerkjennes, ved enten å framheve egen diskursiv forståelse som mest betydningsfull eller avvise andre diskursive forståelsers gyldighet.

### 6.2.1 Delfunn 2a: Kun et fåtall av blogginnleggene hadde et fravær av diskursiv kamp

I ett av innleggene spurte bloggeren om det er en motsetning mellom det å være feminist og det å være motstander av tidlig ultralyd. Hun svarte avkreftende på sitt eget spørsmål, og begrunnet det med at tidlig ultralyd ikke har andre medisinske gevinster utenom det å oppdage Downs syndrom, og med at man gjennom tidlig ultralyd må ta stilling til det viktige verdispørsmålet sortering av barn med Downs syndrom er. Dette innlegget er en god illustrasjon av hvordan de tre ulike diskursene i noen innlegg lever side om side.

Denne bloggeren behandlet disse diskursene som likeverdige, hun gjorde ingen forsøk på å definere spørsmålet om tidlig ultralyd som utelukkende etisk, feministisk eller medisinsk. Det var hun ikke alene om. I 14 % av innleggene levde diskursene side om side og uten å være i konflikt med hverandre. Bloggerne benyttet argumenter som var rotfestet i flere ulike diskurser, og så ikke ut til å ha behov for å framheve argumenter fra en diskurs som mer tungtveiende enn argumenter fra andre diskurser. I noen innlegg kom det eksplisitt fram at bloggeren ikke så diskursene som gjensidig utelukkende, for eksempel gjennom formuleringer som «saken dreier seg om både etiske, medisinske og ressursmessige spørsmål» og «de to viktige elementene er ressursbruk og menneskeverd».



## 6.2.2 Delfunn 2b: I en hovedvekt av innleggene var diskursiv kamp framtrepende

I flere innlegg ble én diskurs tydelig vektlagt foran de to andre. Når en diskurs vektlegges på bekostning av andre, kan det sies å pågå en kamp om definisjonsmakt – et forsøk på å definere hvilken diskurs som er mest sentral, og dermed også bestemme hvilken diskursiv forståelse som bør definere virkeligheten. Bloggerne gjorde kampen om definisjonsmakt synlig på ulike måter:

- 1) Ved ikke å anerkjenne at det finnes flere diskurser, men kun fokusere på én av diskursene.
- 2) Ved å anerkjenne at det finnes flere mulige diskursive forståelser, men likevel argumentere for at en diskursiv forståelse er mer tungtveiende enn andre mulige diskurser.
- 3) Ved å anerkjenne at det finnes flere diskurser, men avvise deres gyldighet.

En måte førstnevnte ble gjort på, var at bloggeren selv fastslo hvilken diskurs vedkommende debatterer innunder. I et innlegg skrev bloggeren at han ønsker selvbestemt abort og diskuterte innenfor denne rammen. I et annet skrev bloggeren at hun i innlegget så på debatten i et feministisk perspektiv. En annen måte å ekskludere andre diskurser på, var kun å bruke argumenter fra én diskurs, for eksempel bare diskutere om tidlig ultralyd har en medisinsk gevinst eller ikke.

Den vanligste måten å vise diskursiv kamp på, var å tilkjenne at det finnes alternative og viktige måter å vurdere spørsmålet om tidlig ultralyd på, men deretter hevde at ens eget fokus (egen diskurs) er mest sentral. Det var ikke uvanlig med formuleringer som eksplisitt fastslo diskursen, for eksempel «dette handler i bunn og grunn om kvinnesak», «det er den etiske diskusjonen som er viktigst» og «debatten løfter hovedsakelig fram medisinske dilemmaer». Gjennom flere eksempler kan det illustreres hvordan flere diskurser eksisterte i samme blogginnlegg, men der bloggeren vektla en diskurs som viktigere enn de to andre. I et innlegg skrev bloggeren at man i utgangspunktet kan velge å definere tidlig ultralyd som et medisinsk spørsmål, men at dette blir for snevert fordi tidlig ultralyd også reiser et etisk spørsmål om hva man gjør hvis det påvises Downs syndrom. Han konkluderte med at til tross for at han har stor forståelse for de mange innvendinger mot tidlig ultralyd, er det kvinnens rett til å bestemme over egen kropp og fremtid som veier tyngst. Han tilkjenne og diskuterte innen alle tre diskursene, men hans konklusjon var at den feministiske diskursen overskygger den medisinske og etiske diskursen. I et annet innlegg avviste bloggeren at tidlig ultralyd dreier seg om kvinnekamp. Selv om bloggeren anså kvinneperspektivet som relevant, mente han at å styrke vernet for funksjonshemmede ikke er å svekke kvinnens likeverd. For denne bloggeren hadde de etiske aspektene forrang foran de kvinneverettslige. I et tredje innlegg avviste bloggeren at debatten er etisk ved å påstå at fosterdiagnostikk ikke handler om sortering, men om medisinsk gevinst.

En siste måte å vise diskursiv kamp på, var å så tvil om eller avvise de andre diskursenes gyldighet. I ett innlegg skrev bloggeren at når det foregår en dragkamp mellom de som mener at tidlig ultralyd har medisinsk gevinst og de som mener at tidlig ultralyd ikke har det, er det egentlig snakk om å bruke medisinen som alibi for egne moralske standpunkter. Den etiske diskursen er etter hennes syn

maskert bak den medisinske. Denne bloggeren tok ikke et tydelig standpunkt for eller mot innføring av tidlig ultralyd, og konflikten mellom diskurser kom ofte tydeligere fram blant de bloggerne som har sterke meninger enten for eller mot. I et innlegg ble Arbeiderpartiet (som er tilhengere av en innføring av tidlig ultralyd) anklaget for å bruke medisinske argumenter for å dekke over at det egentlig er snakk om sortering. I et annet innlegg skrev bloggeren at tidlig ultralyd i Norge ikke kan sammenlignes med land der jentebarn velges bort eller Hitlers rasehygiene, fordi tidlig ultralyd handler om friheten til å bestemme over egen kropp og eget liv. I noen tilfeller forsøkte bloggeren å plukke argumenter innen en diskurs fra hverandre for å vise at debatten egentlig tilhører en annen diskurs. Dette skjedde i flere innlegg som satte spørsmålstegn ved det feministiske synspunktet om kvinnens rett til å abortere barn med funksjonsnedsettelse, gjennom at bloggerne gjorde et skille mellom selvbestemt og selektiv abort, og dermed satte en etisk grense for retten til selvbestemmelse.

### **6.3 Hovedfunn 3: Definerings og diskreditering av meningsmotstandere er et middel i den diskursive kampen**

*Som vist i kapittel 3 er et av målene i en diskursiv kamp å ekskludere andre tankemåter ved å avgjøre hvem som kan uttale seg og med hvilken autoritet (Cheek 2004). Hvordan kommer dette til syne i debatten om tidlig ultralyd slik den foregår i bloggene?*

Hvem som er meningsmotstanderne, altså de med et annet standpunkt enn ens eget, ble definert av bloggerne på to typiske måter, enten

- a) som en vag kategori bestående av de som tar et annet standpunkt enn ens eget, eller
- b) konkretisert som bestemte grupper (for eksempel politiske partier) eller personer.

Det er særlig konkretiseringen av bestemte grupper og personer, blant annet politiske partier og pårørende av personer med Downs syndrom, som ble brukt som middel i en diskursiv kamp.

Konkretiseringen tok vanligvis form av diskreditering. Å diskreditere sine meningsmotstandere, kan anses som et middel i diskursiv kamp, fordi det undergraver den autoritet motstanderne kan uttale seg med. Diskreditering av meningsmotstandere forekom i 48 av 119 blogginnlegg.

#### **6.3.1 Delfunn 3a: Definerings av meningsmotstandere er et middel i diskursiv kamp**

Som det ble nevnt innledningsvis, definerte bloggerne sine meningsmotstandere enten som en vag kategori eller gjennom konkretisering av bestemte grupper og enkeltpersoner. Når meningsmotstanderne ble omtalt som en vag kategori, foregikk det gjerne ved nøytrale uttalelser

som «mange motstandere av tidlig ultralyd mener» eller «de som ønsker tidlig ultralyd hevder». Som middel i en diskursiv kamp, er konkretiseringen av meningsmotstanderne av større interesse.

Det var spesielt politikere i Arbeiderpartiet og partiet som helhet som var gjenstand for konkretisering. I flere innlegg ble det påpekt at daværende helseminister Strøm-Erichsen uttrykte sjokk over selektiv abort av jentefostre (se avsnitt 5.4.1), samtidig som hun er talsperson for en innføring av tidlig ultralyd, som av motstanderne oppfattes som selektiv abort av fostre med funksjonshemminger. Jens Stoltenberg var også gjenstand for negativ omtale, og ble i flere innlegg anklaget for løgn fordi han i et intervju med Marte Wexelsen Goksøyr uttalte at Arbeiderpartiet ikke ville gå inn for tidlig ultralyd. I en av bloggene ble det hevdet at Arbeiderpartiet driver en krig mot de svakeste i samfunnet, men mer vanlig var anklager om at de ignorerer vitenskapelige bevis, ukritisk støtter seg på faktafeil og udokumenterte påstander og bevisst er utydelige i sin begrepsbruk. I et av innleggene ble Arbeiderpartiet også anklaget for å ha latt seg forlede av fagfolk i fosterdiagnostikken som ønsker å utvide sitt marked og tjenester ved å fjerne etiske restriksjoner.

Mens Arbeiderpartiet ofte ble omtalt i negative ordelag og deres motiver trukket i tvil, ble Sosialistisk Venstreparti spart for slike karakteristikk. De som spesifikt nevnte SV, fokuserte på at de må ha misforstått faktagrunnlaget da de gikk inn for en innføring av tidlig ultralyd. Ingen steder ble SV anklaget for et bevisst ønske om sortering av fostre, noe som skilte seg kraftig fra omtalen av Arbeiderpartiet. Omtalen av SV gir inntrykk av at partiet oppfattes som godhjertet naive, blant annet ved å sluke Arbeiderpartiets misvisende argumenter rått, eller ved å vektlegge frivillighetsaspektet ved tidlig ultralyd.

Flere av innleggene i kildematerialet var skrevet av aktører med erklært tilhørighet i SV (se tabell 6). Innleggene var både positive og negative til en innføring av tidlig ultralyd, og var publisert både på private blogger og på blogger til fylkespartier. SV hadde dermed mulighet til å nyansere framstillingen av sitt parti og svare på kritikken som rettes mot dem gjennom bloggmediet. Det ble derimot ikke funnet aktører fra Arbeiderpartiet i kildematerialet, og de fikk derfor ikke svart direkte på den negative omtalen mot dem. I følge nettsiden valgprat.no (u.å.) sin bloggoversikt, er det flere medlemmer av Arbeiderpartiet som har aktive blogger, så det er ikke forklaringen på hvorfor ingen Arbeiderparti-politikere tok til motmæle gjennom bloggene.

En annen gruppe som spesifikt ble omtalt, var foreldre og pårørende til mennesker med Downs syndrom. De ble anklaget for å hindre en konstruktiv debatt gjennom å spille på egne såre følelser. De ble også anklaget for å forskjønne ved å framstille livet med funksjonshemmede familiemedlemmer som «solskinshistorier». Det ble hevdet at når pårørende kun forteller solskinnshistorier, legger de lokk på debatten ved å gjøre det til et tabu å problematisere slike positive framstillinger. Det er likevel verdt å påpeke at dette synet kun kom til uttrykk i noen få blogginnlegg, og at de fleste bloggerne uttrykte respekt for pårørendes innsats og meninger.

### 6.3.2 Delfunn 3b: Diskreditering av meningsmotstandere er et middel i diskursiv kamp

Det var fem typiske måter diskrediteringen av meningsmotstanderne skjedde på, enten

- a) ved å sette spørsmålstegn ved sine meningsmotstanderes moral,
- b) ved å påpeke svakheter i meningsmotstandernes argumentasjon,
- c) ved å anklage meningsmotstandere for uærlige hensikter,
- d) ved å anklage meningsmotstanderne for uvitenhet, og/eller
- e) ved å ta meningsfeller i forsvar.

#### *Å sette spørsmålstegn ved meningsmotstandernes moral*

Å sette spørsmålstegn ved meningsmotstandernes moral, var vanligst blant de som benyttet sortering og eugenikk som argument mot en innføring av tidlig ultralyd, og ble således ofte funnet i den etiske diskursen. Dette forekom ved at bloggerne anklaget tilhengerne av tidlig ultralyd for et direkte ønske om å sortere vekk funksjonshemmede barn, eller mer indirekte ved at tilhengerne syns det er greit at sortering er en konsekvens. Det ble også funnet innlegg der ønsket om å velge bort barn med funksjonshemninger ble omtalt som «grusomt» og «horribelt».

I noen innlegg ble det henvist til påstander i andre medier, blant annet fra kommentarfelt og kronikker i avisene, der funksjonshemmede og deres foreldre ble omtalt i negative ordelag. Selv om bloggerne ikke satte likhetstegn mellom alle tilhengerne av tidlig ultralyd og forfatterne av disse påstandene, ble det antydnet at dette er representativt for en del av dem.

Å sette spørsmålstegn ved meningsmotstandernes moral skjedde også i innlegg der bloggeren anklaget meningsmotstanderne for å benytte upassende virkemidler i debatten, spesielt ved å bruke begreper som «sortering» og «eugenikk» for å sette tilhengerne av tidlig ultralyd i et dårlig lys. Dette var mer vanlig i den feministiske diskursen. I et innlegg ble motstand mot tidlig ultralyd omtalt som kvinnefiendtlig og konservativ politikk, og dermed ble motstanderne indirekte stemplet som kvinnefiendtlige og konservative.

#### *Å påpeke svakheter i meningsmotstandernes argumentasjon*

Å påpeke svakheter i argumentasjon var mer vanlig når det gjaldt de argumenter som tilhører den medisinske diskursen, spesielt angående medisinsk gevinst. Ofte ble det henvist til at argumenter om medisinsk gevinst ikke har støtte i forskningen. Det ble også henvist til utydelig eller forvirrende begrepsbruk, særlig misforståelser rundt skillet mellom tidlig ultralyd der det gjøres fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd der fosterdiagnostikk ikke utføres.

## *Å anklage meningsmotstanderne for uærlige hensikter*

Å knytte sammen argumentasjon med uærlige hensikter forekom også, for eksempel i et innlegg der Arbeiderpartiet ble anklaget for å bruke falsk argumentasjon for å dekke over at målet med tidlig ultralyd er sortering. Det var også en oppfattelse blant mange motstandere av tidlig ultralyd at flere tilhengere, spesielt tilhengere i de politiske partiene, ønsker å innføre tidlig ultralyd for å spare penger. Ved at fostre med funksjonshemming aborteres bort, kan offentlige utgifter kuttes ved at færre behøver et hjelpetilbud (se avsnitt 5.4.4). I ingen av innleggene der det ble tatt standpunkt for en innføring av tidlig ultralyd, ble det funnet argumenter om mulige kostnadsbesparelser. Er det slik at motstanderne av tidlig ultralyd «maler fanden på veggen» eller forsøker å tillegge sine meningsmotstandere «onde hensikter»? Eller er det slik at ingen politikere vil argumentere med kostnadsbesparelser fordi slik argumentasjon ikke faller i god jord hos velgerne? Spørsmålet om hvor mye det offentlige er villig til å betale for å bedre eller forlenge et liv, har gjentatte ganger skapt kontroverser. To saker fra mars 2013 som illustrerer dette, er Helsedirektoratets nei til den kreftforlengende medisinen Ipilimumab (Bakke, Kolberg og Bjurstrøm 2013) og innskrenking i tolketilbudet til døvblinde (Misje og Heggdal 2013). I begge sakene måtte politikerne snu etter massivt påtrykk fra media, interesseorganisasjoner og helseaktivistiske protester i sosiale medier. Det er derfor en mulighet for at argumenter om kostnadsbesparelser unngås for ikke å bryte med en diskursiv sannhet om at kostnadsbesparelser ikke bør være årsak til innføring eller innskrenking av helse- og sosialpolitiske tiltak.

Et annet eksempel på en sammenknytning mellom argumentasjon og beskyldninger om uærlige hensikter, var i innlegg der tilhengere av tidlig ultralyd anklaget motstanderne for å gjemme seg bak argumenter om sortering fordi de egentlig ønsker å fjerne hele retten til selvbestemt abort. Det er verdt å merke seg at synet på abort som uakseptabelt uansett årsak, altså en generell abortmotstand, kun ble forfektet i tre innlegg og av kun to bloggere (se avsnitt 5.4.5). Dette var et marginalt argument i debatten, til tross for det høye antall aktører med kristen tilhørighet og politisk tilhørighet i KrF. At dette argumentet så sjeldent ble benyttet, til tross for at man kan anta at en generell abortmotstand er høy i disse aktørgruppene, kan være at denne typen argumentasjon anses som lite fruktbar fordi selvbestemt abort har høy oppslutning i Norge. Det kan også skyldes frykt for å bryte alliansen med andre grupper som også tar standpunkt mot en innføring av tidlig ultralyd. I mange innlegg av aktører med annen tilhørighet enn den kristne, kom det til syne nettopp et ønske om å distansere seg fra abortmotstand og «religiøse mørkemenn». Flere av bloggerne påpekte at de ikke er kristne og at de både er feminister og tilhengere av selvbestemt abort. Dette kan være et uttrykk for at tilhengerne av tidlig ultralyd har lyktes i sitt forsøk på å knytte motstand mot tidlig ultralyd til abortmotstand – det har blitt skapt en diskursiv sannhet om en sammenheng, og motstanderne av tidlig ultralyd forsøker nå å bryte med og omdefinere denne sannheten. Det kan også være et uttrykk for at kristne grupper, spesielt KrF, har lyktes i å bygge opp en tydelig stemme i familiepolitikken, når spørsmålet om tidlig ultralyd i så stor grad ses ut til å assosieres med denne aktørgruppen. Men kanskje er det svaret til ett av intervjuobjektene<sup>28</sup> på spørsmålet om hun er

---

<sup>28</sup> To av blogginnleggene i kildematerialet er intervjuer med mennesker med Downs syndrom.

kristen som best oppsummerer sammenhengen mellom religiøs tilhørighet og motstand mot tidlig ultralyd i kildematerialet: «(...) jeg syns ikke det har noe med saken å gjøre».

### *Å anklage meningsmotstanderne for uvitenhet*

Mer sjeldent, men forekommende, var det å anklage meningsmotstanderne for uvitenhet, og dermed sette spørsmålsteget ved deres rett til å uttale seg. Dette skjedde blant annet i innlegg fra to ulike berørte. En mor som mistet barnet sitt i svangerskapet mente at de som ikke har opplevd smerten dette innebærer, må være uvitende og derfor ikke kvalifisert til å uttale seg. Hun var tilhenger av en innføring. En annen mor, som har et barn med Downs syndrom, skrev at hun gjerne skulle vist Jens Stoltenberg og resten av Arbeiderpartiet at sønnen hennes er en flott gutt. Hun var motstander av en innføring, og i hennes innlegg finnes en parallell til den argumentasjon som vektlegger at mye av ønsket om å innføre tidlig ultralyd bunnar i en irrasjonell frykt for og manglende kunnskap om funksjonshemminger.

### *Å ta meningsfeller i forsvar*

Selv om flere navngitte personer med Downs syndrom fikk noe omtale i de 119 blogginnleggene, kan Marte Wexelsen Goksøy (se biografisk informasjon i avsnitt 5.6.2) sies å stå i en særstilling hva gjelder omtale. Hun ble omtalt som ultralyddebuttens Joan of Arc i et av innleggene, og er det tydeligste eksemplet på hvordan bloggerne tok en meningsfelle i forsvar for å diskreditere sine meningsmotstandere.

Goksøy har vært en tydelig talskvinne mot en innføring av tidlig ultralyd. Det er spesielt hennes intervju med Jens Stoltenberg i 2007, der Stoltenberg hevdet at Arbeiderpartiet ikke ville gå inn for å sjekke alle fostre for Downs syndrom, og hennes påfølgende møte med Stoltenberg i Stortingets Vandrehall i 2011 (Hegvik og Johnsen 2011), som har fått mye oppmerksomhet i bloggane.

Det er Arbeiderpartiets reaksjon etter hendelsen i Vandrehallen og tolkningen av denne reaksjonen mange bloggane var opptatt av. Goksøy ble invitert til Stortinget av KrF, der hun konfronterte Stoltenberg med det oppfattede løftebruddet. I etterkant gikk flere politikere i Arbeiderpartiet ut og kalte episoden for betenkelig, og varslet en «oppvask» i besøksrutinene. KrF ble anklaget for å bruke Goksøy i et politisk spill. Marianne Aasen i Ap uttalte at «det er uverdige av KrF å invitere en ung kvinne uforberedt inn i dette sirkuset med 30–40 mediefolk for å få oppmerksomhet om sine egne saker» (Hegvik og Johnsen 2011). Goksøy (2011) svarte selv på kritikken i en kronikk i Aftenposten:

*«Jeg er ikke blitt skjøvet eller geleidet frem av Kristelig Folkeparti som om jeg var «blind». Jeg «ser». Jeg har ikke latt meg bruke av politikere. (...) Jeg kom til orde, ble hørt av mange. Belastningen og det tøffe er politikeres usanne og ulne svar. Påstanden om at jeg ikke har noen egen vilje og at det er*

*uverdig og lite ønskelig at jeg opptrer på Stortinget, sier kanskje mest om dem som fremmer denne meningen, og de fordommene som finnes»*

Mange bloggere støttet Goksøyr i hennes tolkning. Goksøyr ble i bloggene omtalt som en trygg og sterk ung kvinne som kom forberedt til Vandrehallen for « å sette Stoltenberg til veggs» for sine løftebrudd. Arbeiderpartiet ble anklaget for å fornærme og undervurdere Goksøyr, og derigjennom undervurdere alle mennesker med Downs syndrom. De ble videre anklaget for feighet og fordomsfullhet. Politikere må til stadighet håndtere møter med lobbyister og opposisjonelle, så hvorfor reagerer Arbeiderpartiet så sterkt på møtet med Goksøyr? Bloggerne antydte at dette skyldes at hennes «annerledeshet» er vanskelig for Arbeiderpartiet å håndtere, og/eller at det skyldes fordommer mot mennesker med Downs syndrom.

I ett av innleggene skrev bloggeren at Goksøyrs problem i debatten er at hun oppfattes som *for ressurssterk* av sine meningsmotstandere. Slik diskrediteres hun for ikke å være representativ nok for mennesker med Downs syndrom. Bloggeren tydeliggjør at han ikke er enige i denne oppfattelsen.

#### **6.4 Hovedfunn 4: Etisk diskurs er dominerende og i kamp med de to andre diskursene**

*Som vist i kapittel 3 er et mål i diskursanalyse å påvise hvilken diskurs som dominerer i debatten rundt et fenomen. Den dominerende diskursen vil måtte forsvare sin posisjon mot opposisjonelle diskurser (Hovdenak 2006). Hvilken av de tre diskursene dominerer i debatten om tidlig ultralyd som foregår i bloggene? Hvilke diskurser utfordrer den dominerende diskursen?*

I de 102 blogginnleggene der det ble funnet en dominerende diskurs, var det den etiske diskursen som hadde størst omfang. 64 av 102 blogginnlegg falt innunder denne diskursen. 23 av innleggene falt innunder den medisinske diskursen og 15 av innleggene i den feministiske.

Den etiske diskursen kan anses som dominerende. Den etiske diskursen kan sies å stå i to diskursive kamper på samme tid - den står i konflikt både med den medisinske og den feministiske diskursen. Det er derimot ikke påvist konflikt mellom den medisinske og den feministiske diskursen.

## 6.5 Hovedfunn 5: Etisk diskurs står i kamp med den medisinske diskursen

*Det er påvist kamp mellom etisk og medisinsk diskurs. I en diskursiv kamp kommer ulike verdier og interesser til uttrykk (Hovdenak 2006). Rundt hvilke temaer synliggjøres kampen mellom etisk og medisinsk diskurs i bloggene? Hvilke verdier og interesser kommer til uttrykk i de ulike diskursive forståelsene?*

Særlig tre ulike konfliktområder tredde fram i kampen mellom etisk og medisinsk diskurs i bloggene:

- 1) ulikt syn på medisinsk gevinst,
- 2) ulikt syn på bruken av teknologiske nyvinninger, og
- 3) ulik språkbruk.

### 6.5.1 Delfunn 5a: Ulikt syn på medisinsk gevinst

Gjennom medisinsk diskurs kan en innføring av tidlig ultralyd både a) rettfærdiggjøres av et fokus på bedring av helsetilstand og medisinsk gevinst og b) avvises fordi målet om tilstrekkelig helsegevinst for pengene ikke oppnås.

Det kom til syne en sammenheng mellom synet på medisinsk gevinst og vektleggingen av etiske dilemmaer ved tidlig ultralyd. I de innlegg der det ble argumentert for at den medisinske gevinsten er liten/fraværende, dominerte ofte etisk diskurs. I innlegg der den medisinske gevinsten ble ansett som betydelig, var de etiske aspektene ofte underordnet.

Det kom ikke alltid fram om det er a) synet på medisinsk gevinst som avgjorde bloggerens standpunkt, eller b) om bloggeren allerede hadde tatt et standpunkt og brukte medisinsk gevinst til å underbygge dette standpunktet.

Et eksempel på førstnevnte (a) hentet fra medisinsk diskurs, er et innlegg der en tvillingmor beskrev hvordan hun i utgangspunktet var skeptisk til en innføring av tidlig ultralyd. Hun skiftet mening da hun leste om hvordan tvilling transfusjonssyndrom kan oppdages ved tidlig ultralyd. Berørte var den aktørgruppen som oftest benyttet argumentet om helsegevinst (se avsnitt 5.4.2). Et eksempel fra sistnevnte (b) er hentet fra etisk diskurs, der en KrF-politiker skrev at hensikten med tidlig ultralyd er å luke ut barn med Downs syndrom. Han underbygget denne påstanden med å henvise til en artikkel i Aftenposten der Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen anbefalte ikke å innføre tidlig ultralyd på grunn av manglende medisinsk gevinst. Aktører med kristen tilhørighet benyttet oftest argumentet om manglende helsegevinst (se vedlegg 5, tabell 5.2.7), og dette var også eneste aktørgruppe der samtlige var negative til en innføring av tidlig ultralyd (se vedlegg 5, tabell 5.2.7 og 5.2.8). Det er videre interessant at bloggerne med medisinsk yrkestilhørighet vektla manglende helsegevinst foran medisinsk gevinst (se avsnitt 5.4.2). Også i denne aktørgruppen var motstanden mot en innføring av



tidlig ultralyd høy. Hele 20 av 23 innlegg (87 %) skrevet av aktører med medisinsk yrkestilhørighet var negative til en innføring (se avsnitt 5.3.2).

### 6.5.2 Delfunn 5b: Ulikt syn på bruken av teknologiske nyvinninger

Mange bloggere spurte om tekniske og medisinske nyvinninger bør tas i bruk uavhengig av deres etiske og moralske konsekvenser?

Innen etisk diskurs ble det gjerne satt likhetstegn mellom teknologiske nyvinninger innen fosterdiagnostikk og etiske tilbakeskritt. Det var vanlig å uttrykke bekymring for hva følgene vil være av stadig bedre metoder for kartlegging av gener og sårbarhet for sykdom (se avsnitt 5.4.6). Tidlig ultralyd ble beskrevet som brekkstangen som skal til for at gentesting av fostre blir en prioritert del av helsepolitikken. Tidlig ultralyd ble beskrevet som grunnlag for å velge bort barn med noen spesifikke funksjonshemminger, med utvidet gentesting kan også fostre med andre egenskaper som foreldrene og samfunnet ikke ønsker, velges bort. Å innføre tidlig ultralyd er således å åpne en etisk Pandoras eske. Øyenfarge, intelligens, manglende anlegg for sport, atferdsvansker, trassighet, risiko for psykisk sykdom eller kreft – alle disse egenskapene og mange flere fryktes å være framtidens sorteringskriterier.

Bruken av fosterdiagnostikk blir innen etisk diskurs også knyttet opp til konsekvensene bruken kan ha på individ- og samfunnsnivå (se avsnitt 5.4.6). På individnivå ble det uttrykt bekymring for at mennesker med Downs syndrom og andre funksjonshemminger vil få dårligere tjenestetilbud og vanskeligere levekår fordi de lever til tross for en allmenn oppfattelse om at de burde vært valgt bort allerede før de ble født. Det ble også uttrykt bekymring for at ansvaret vil forskyves vekk fra samfunnet og over på den enkelte forelder. På samfunnsnivå ble det uttrykt bekymring for at sortering av fostre vil føre til et sosialt klima preget av manglende solidaritet og dårligere integrering.

En annen konsekvens som ble synliggjort i skjæringspunktet mellom etisk og medisinsk diskurs, er bekymringen for at stadige bedringer i medisinsk teknologi fører oss nærmere det Fugelli (2003) kaller en nullvisjon for helse<sup>29</sup>. Et eksempel på dette er bekymring for at fosterdiagnostikk fører til en sykkeliggjøring av graviditeten. Graviditet kan bli en diagnose og den gravide en pasient. Et annet eksempel er bekymring for den mentalitet bruken av fosterdiagnostikk gir grobunn for. En blogger skrev at fosterdiagnostikk kan føre til at vi ikke lenger aksepterer menneskelivets uforutsigbarhet, sårbarhet og usikkerhet. En annen blogger skrev at hun bekymrer seg for at ønsket om vellykkethet blir et krav. Vil til slutt kun de friske, effektive og normale ha en naturlig plass i samfunnet? Og hva vil det gjøre med vårt syn på menneskeverdet? Risikerer vi at det kun er de konkurransedyktige som tillegges menneskeverd?

---

<sup>29</sup> Nullvisjonen er beskrevet i kapittel 2, avsnitt 2.2.4.

Innen medisinsk diskurs forsøker man å omgå disse etiske dilemmaene ved å gjøre valget om abort til foreldrenes beslutning. Medisinen bidrar kun med mulighetene, valget er opp til individene.

### 6.5.3 Delfunn 5c: Ulik språkbruk. Mellom «krevende» og «givende»

Omtalen av funksjonshemmede strakk seg mellom to ytterpunkter. På det ene ytterpunktet ble byrdene omtalt, på det andre ytterpunktet godene. Vanligst var likevel en balanse mellom de to beskrivelsene (se avsnitt 5.4.3).

I noen innlegg ble det tatt for gitt at funksjonshemming (inkludert Downs syndrom) er likestilt med en vanskelig livssituasjon. I et innlegg spurte bloggeren om det er riktig å føde funksjonshemmede barn med vilje siden de må leve liv preget av mobbing, smerte og lidelse. I et annet innlegg skrev bloggeren at Downs syndrom slettes ikke er noen liten bagatell, og at funksjonshemmede barn fødes inn i liv med store skader, med smerter og ubehag. Dette er «barmhjertighetsargumenter» fordi det gagnar fosteret selv at graviditeten avsluttes. Å bære fram barnet er ubarmhjertig og egoistisk fordi det er å dømme barnet til et liv i smerte for å tilfredsstille egne behov.

Andre innlegg påpekte at det er foreldrene som vil lide under det å få funksjonshemmede barn. I et av innleggene skrev bloggeren at å velge bort barn med Downs syndrom, er å velge det som er best for en selv. En annen blogger beskrev hvordan det å få et barn med Downs syndrom ikke passer inn i hennes ambisiøse livsplan om utdannelse, reise og en meningsfull jobb. Å få barn med funksjonshemming, ble likeså likestilt med mye jobb og store økonomiske belastninger. Det ble også likestilt med sorg og fortvilelse over å måtte se at ens barn ikke utvikler seg normalt og passer inn blant jevnaldrende. At det å få et barn med funksjonshemming innebærer en krevende kamp mot «systemet» for å få nødvendig hjelp og tilrettelegging, ble også tatt for gitt. Flere kvinner skrev at dette er en kamp de ikke orker eller makter å ta, og at dette er en grunn til at de selv ville valgt å abortere bort barn med påviste funksjonsnedsettelse. Slik ble abort av fostre med funksjonshemninger rettfærdiggjort gjennom «byrde-argumenter».

I et innlegg ble barmhjertighets- og byrdeargumentet kombinert da bloggeren skrev at ingen ønsker seg barn med alvorlige funksjonshemninger fordi man ønsker at både en selv og ens barn skal få leve gode og lange liv uten smerte, frykt og hjelpeløshet.

På det andre ytterpunktet ble det funnet blogginnlegg der mennesker med funksjonshemninger kun ble beskrevet i termer som framhever deres positive egenskaper (jamfør «barn av solen»-argumentet, se avsnitt 5.4.3). Her ble synet på at mennesker med Downs syndrom er «engler», har «et fantastisk positivt syn på livet» og «store hjerter», bidrar til «mangfold» og «en rikere verden» og har masse å lære oss, fremmet.

I de fleste innleggene forsøkte bloggeren å balansere disse to ytterpunktene: Ja, det kan være krevende å være foreldre til barn med funksjonshemninger, og ja, Downs syndrom kan for mange bety hjerteproblemer og annen sykdom. Men å få barn er alltid krevende, uansett om de har funksjonshemninger eller ikke, og mennesker med Downs syndrom er like forskjellige som alle andre mennesker. Noen er humørsprekere, andre kan være vrang og vanskelige. De fleste er, som alle oss andre, litt av begge deler. En blogger skrev at det å bli mor til et funksjonshemmet barn innebærer blandede følelser – hun syns ofte synd på sin datter som innimellom har smerter, men ser samtidig at datteren har det godt. Jeg er funksjonshemmet, men ikke syk, skrev en annen blogger som ikke kjenner seg igjen i beskrivelser om at smerte og lidelse ikke gjør livet hennes verdt å leve. Det var særlig mennesker i aktørkategorien «berørt» som forsøkte å nyansere hva er liv med funksjonshemming innebærer av goder og byrder. De fortalte gjerne om erfaringer fra eget liv, enten som funksjonshemmet selv eller som forelder til et funksjonshemmet barn. Ved å finne en balanse i enten/eller-tankegangen rundt funksjonshemming, synliggjorde de kampen mellom medisinsk og etisk forståelse av funksjonshemming. Den funksjonshemmede befinner seg i et skjæringspunkt mellom genetisk utrustning og livskvalitet. Det ene utelukker i følge disse foreldrene ikke det andre, men skaper til sammen et liv.

Hvem er det som får plass i diskursen rundt funksjonshemming – solskinnshistoriene eller de tunge historiene? Bloggerne var uenige. En mor skrev om sin friske datter med Downs syndrom, og sa at hun ønsker å avlive myten om at Downs syndrom er synonymt med sykdom. Hun opplever at ingen er interessert i å høre om de barna som det går bra med, og at media ikke er ute etter lykkelige historier, men heller ønsker å svartmale. En annen blogger hevdet det motsatte – at det er kun de lykkelige historiene som vies oppmerksomhet, og at de foreldrene som opplever vansker derfor ikke tør stå fram med sine erfaringer. I de 119 blogginnleggene var det kun én berørt som vektla byrden det medfører å ha et funksjonshemmet barn (se avsnitt 5.4.3), og selv i dette innlegget ble det ikke tatt til orde for å innføre tidlig ultralyd. Dette kan tolkes på to måter, enten a) som støtte for at svært få foreldre opplever det å få funksjonshemmede barn utelukkende som en byrde eller b) som støtte for at foreldrene som opplever det som problematisk å få funksjonshemmede barn ikke tør stå fram. Det at blogger er anonyme og derfor gir mulighet til å dele negative erfaringer uten frykt for moralske represalier, gjør fraværet av tunge historier noe mer overraskende, og kan støtte den første tolkningen.

## 6.6 Diskusjon av den diskursive kampen mellom etisk og medisinsk diskurs

### 6.6.1 Språk som premissleverandør for bruk av fosterdiagnostikk

Sosialkonstruksjonismen sier at mennesket konstruerer sin virkelighet gjennom språklige interaksjoner med andre mennesker. Virkeligheten er ikke objektiv; den skapes av hvordan vi uttrykker våre subjektive oppfattelser av fenomener (Fangen 2004). Det er, ifølge Foucault, lingvistisk-diskursive praksiser som skaper en grense mellom den «velfungerende, normale kroppen» og de «funksjonshemmede andre» (Barnes og Mercer 2003). I avsnitt 6.5.3 i funn-delen ble det vist

hvordan ulike framstillinger av funksjonshemming opererer i de tre diskursene: a) funksjonshemming som krevende, b) funksjonshemming som givende, og c) funksjonshemming som en balanse mellom givende og krevende.

Forståelsen av funksjonshemming som krevende sammenfaller med *impairment*-forståelsen av funksjonshemming. Funksjonshemming forstås som et tap av nødvendige kroppslige funksjoner. Grue (2003) skriver at en slik forståelse stammer fra en medisinsk forståelse av kroppen. Medisinens fokus på diagnoser, bedring av helsetilstand, rehabilitering og skillet mellom arbeidsdyktige og arbeidsuføre, har således bidratt til å sykeliggjøre en stor gruppe mennesker. Barnes og Mercer (2003) utdyper hvordan medisinsk diskurs påvirker synet på funksjonshemming som kroppslig. I medisinsk diskurs er funksjonshemming et individuelt problem, enten kroppslig eller i sinnet, og blir forbundet med funksjonelle begrensninger og andre «defekter». Det er medisinsk kunnskap og praksis som definerer hvordan funksjonshemmingen skal behandles. Å sette likhetstegn mellom funksjonshemming og sykdom kan forstås som en diskursiv sannhet skapt av medisinen. Denne diskursive sannheten gjenspeiles i blogginnleggene der det ble brukt barmhjertighets- og byrdeargumenter. Den sosiale konsekvensen av en slik forståelse er at tidlig ultralyd bør innføres, slik at foreldre enten kan velge bort det funksjonshemmede fosteret, forberede seg på det som kommer, eller i beste fall behandle funksjonshemmingen.

Grue (2003) beskriver videre hvordan *impairment*-tankegangen og den medisinske forståelsen av funksjonshemming har blitt utfordret av en sosial modell. Her forstås funksjonshemming som en *disability* - et samspill mellom kroppens objektive svekkelse (diagnose) og de fysiske og sosiale barrierene den funksjonshemmede møter. Slik omgjøres funksjonshemming fra et individuelt spørsmål til et samfunnsproblem. Det er fra den sosiale modellen at begreper som «universell utforming» og «maistreaming» har sitt utgangspunkt. I den etiske diskursen som finnes i bloggene, ser vi en lignende utfordring av den medisinske modellen. Forståelsen av funksjonshemming som en *disability* var tydelig i de innleggene der berørte og andre forsøker å balansere synet på funksjonshemmede som verken ubetinget krevende eller givende. Vi ser det også i innleggene der diskriminering av funksjonshemmede ble beskrevet. Et annet poeng som ble gjort i den etiske diskursen i bloggene, er at språkbruken rundt funksjonshemming kan påvirke valget om abort som foreldrene må gjøre dersom fosteret får påvist funksjonsnedsettelse (se avsnitt 5.4.3). Det ble i et innlegg beskrevet som «en dødelig språkbruk». Barnes og Mercer (2003) støtter dette, og hevder at språket vekker frykt hos oss. Denne frykten forsterkes av at så mange funksjonshemninger er synlige. Når funksjonshemmingen vises på kroppen, vekkes assosiasjoner til sykdom, og også vår opplevelse av funksjonshemmede som annerledes fra oss selv. Termer har en tuktende makt. Når den diskursive sannheten er at funksjonshemming er ensbetydende med sykdom, smerte og lidelse, vil den sosiale konsekvensen være at kvinnen velger abort fordi hun har assimilert denne sannheten. Den sosiale konsekvensen av en *disability*-forståelse er at tidlig ultralyd ikke bør innføres, fordi rasjonale for tidlig ultralyd er en feilaktig medisinsk forståelse av funksjonshemming, og fordi tidlig ultralyd vil bidra til videre diskriminering av funksjonshemmede.

## 6.6.2 Teknologiske nyvinninger = etiske tilbakeskritt?

Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) fant at debatten om tidlig ultralyd var organisert rundt tre diskurser: henholdsvis 1) screening som en teknologisk nyvinning, hovedsakelig ytret av helsepersonell, 2) problematisering av screening, ytret av de som satte spørsmål ved screeningens etikk og 3) screening som et teknisk eller etisk tema?, som videre framhevet dilemmaene ved rutinemessig bruk av screening. Da det i de norske bloggene ble diskutert om tekniske og medisinske nyvinninger bør tas i bruk uavhengig av deres etiske og moralske konsekvenser, ligner dette funnene i den islandske analysen. Ulikheten er naturligvis at disse temaene kun utgjør en liten del av den samlede diskursen i bloggene.

I den etiske diskursen i bloggene, der bruken av tidlig ultralyd ble problematisert, ble det uttrykt bekymring for at en bedring i medisinsk teknologi fører oss nærmere det Fugelli (2003) kaller en nullvisjon for helse. Når bloggerne spekulerte i om innføring av tidlig ultralyd vil ha konsekvenser for vårt syn på hva som er sunnhet og sykdom, og fører til et krav om stadig mer vellykkethet, ligner dette Fugellis beskrivelser av konsekvensene av nullvisjonen. Nullvisjonen krever at vi holder oss friske og produktive – idealet er absolutt sunnhet. Nullvisjonen er en medisinsk forståelse av kroppen. Nullvisjonen forstås av Fugelli (2003) som et verktøy som myndighetene benytter i utøvelsen av biomakt. Denne forståelsen kan knyttes opp mot den medisinske forståelsen av funksjonshemming som *impairment*. Dersom *impairment*-tankegangen vinner fram, vil funksjonshemmede gjennom diskurs etableres som syke, unormale og avvikende. De kan ikke leve opp til de kravene til funksjonsevne og yteevne som nullvisjonen dikterer. Dersom denne forståelsen får forrang, vil den sosiale konsekvensen være at tidlig ultralyd bør innføres. Ved hjelp av tidlig ultralyd kan myndighetene identifisere de avvikende kroppene. Barnes og Mercer (2003) hevder at biopolitikkens mål er å redusere, og i ytterste fall eliminere, de defekte kroppene. Dette er et syn som gjenspeiles i de blogginnleggene som hevder at formålet med tidlig ultralyd er å sortere vekk de fostrene som har Downs syndrom. Mange bloggere uttrykte også bekymring for en «nedadgående» spiral: Tidlig ultralyd innføres på bakgrunn av nullvisjonsforestillinger. Bruk av tidlig ultralyd vil gi disse nullvisjonsforestillingene enda sterkere rotfeste, som åpner opp for en stadig utvidelse av akseptable abortårsaker – ikke kun aksept for abort av Downs syndrom, men også av andre «avvik» som diabetes, kortvoksthet og risiko for hjertesykdom.

Fugelli (2003) skriver at når vi definerer helse som en stor verdi, overlater vi mye makt til helsevesenet. Vi har høy tillit til den medisinske vitenskapen og dens utøvere. Dette er interessant fordi vi også har høy tillit til teknologiske nyvinninger. Petersen og Bunton (2002) fant at medias framstilling av vitenskapelig teknologi og kunnskap, og spesielt genetisk kunnskap, vektlegger de positive mulighetene for å opprettholde og fremme helse, mens framstilling av mulige ulemper unngås. Følgene er at medisinsk teknologi gir oss en forventning om at perfekt helse er innen rekkevidde, og vi har en generell optimisme om at medisinsk utvikling kan føre til at stadig bedre helse oppnås. Teknologisk optimisme bidrar til å begrense avmaktfølelsen som sykdom medfører. Ved først å finne årsaken og deretter kuren for vanlige og ikke fullt så vanlige sykdommer og tilstander, slik som kreft, HIV/AIDS, autisme, kronisk utmattelsessyndrom og muskelsykdommer,

kommer vi nærmere friskhet. Friskhet er synonymt med kontroll. En positiv oppfattelse av teknologi farger vår forståelse og påvirker vårt valg om å ta i bruk medisinsk teknologi. Dette gjenspeiler seg i bloggene som vektla medisinsk gevinst ved tidlig ultralyd. Den sosiale konsekvensen av teknologisk optimisme er å anbefale en innføring av tidlig ultralyd.

I blogger der manglende medisinsk gevinst ble vektlagt, ble den «teknologiske optimismen» utfordret. Å tilby fosterdiagnostikk er implisitt å tilby den gravide en frisk baby. Hvis tidlig ultralyd er, som mange hevder, kun egnet til å påvise uheldige tilstander hos barnet, indikerer screeningen at disse tilstandene er et problem som den gravide ikke trenger å finne seg i. Løsningen er å avslutte graviditeten heller enn å finne måter å bedre den medisinske og sosiale situasjonen til funksjonshemmede. Medisinen setter en diagnose gjennom bruk av fosterdiagnostikk. Som mange bloggere innen etisk diskurs framhevet, er diagnosen alene lite egnet til å si noe om funksjonsevne og livskvalitet.

Ved kun å fokusere på om teknologien er egnet til å oppnå tilstrekkelig helsegevinst sett i forhold til ressursbruken, kan medisinen unngå å ta hensyn til etiske dilemmaer knyttet til tidlig ultralyd. Det at så mange bloggere med medisinsk yrkestilhørighet argumenterte for manglende helsegevinst og samtidig uttrykte negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd, kan ses som et uttrykk for dette.

Medisinen kan også velge å se bort fra de etiske dilemmaene som fosterdiagnostisk teknologi representerer ved å tillegge foreldrene ansvaret for etikken. Det er foreldrene som skal ta vare på barnet med funksjonshemming. Derfor bør de selv få velge å bære det fram eller ikke. Medisinen gir kun foreldrene muligheten til å ta valget. Etter at muligheten for å ta valget er gitt, har ikke lenger medisinen noe ansvar. Dette er en tankegang som gjenspeiles i innlegg der det ble argumentert for at mødre bør ha rett på tilgang på all mulig informasjon om fosteret hun bærer. Dermed trenger ikke medisinen lefle med etiske spørsmål, og det er fritt fram å ta i bruk teknologiske nyvinninger. Her forutsettes det naturligvis at foreldrene har en genuin mulighet for et frivillig valg. Er det så enkelt?

For at foreldre skal ha mulighet til å ta et uavhengig valg, må medisinen skille mellom objektive kriterier (diagnose) og subjektive oppfattelser hos den som mottar diagnosen. Helsepersonellens arbeidsoppgaver tar slutt når den objektive diagnosen er satt. At mange bloggere beskrev et abortpress, kan være et uttrykk for at helsepersonell ikke klarer å være ydmyke for grensen mellom det objektive og det subjektive. I stedet fortsetter de å utøve innflytelse også etter at medisinen har nådd sin begrensning. Et slikt abortpress har også vært gjenstand for en del medieoppmerksomhet, blant annet i en artikkel fra Bergens Tidende om barnelege Terje Thomassens kontroversielle utspill om at «sjuke barn har rett til å sleppe å leve» (Mjelva 2012). I april 2013 fikk tre mødre med trisomi 18-barn oppmerksomhet for sine beskrivelser av møter med helsevesenet, deriblant Anna Solberg som opplevde sterke oppfordringer til abort fordi barnet «bare var en salat», men som i dag har en ett år gammel sønn med trisomi 18 (Rydland 2013). Abortpresset kan anses som helsepersonells

utøvelse av det Foucault kaller pastoralmakt. Maktutøvelsen danner en kontekst der medisinen verdier og mål legger føringer for den gravides valg. Spesielt problematisk er dette, slik Foucaults sannhetsregime og Bourdieus' doxa beskriver, når helsepersonellet ikke er bevisst sin egen makt<sup>30</sup>. Abortpresset kan også forstås utfra helsepersonells selvilde som en hjelper og helbreder. Uhelbredelige tilstander kommer i konflikt med dette selvildet. Løsningen blir å fjerne hele konflikten, altså å tilby abort. Det som i utgangspunktet er en hjelpende intensjon fra helsepersonellens side, blir uheldig fordi det bidrar til å frata den gravide sin selvbestemmelse.

Etisk diskurs utfordrer medisinen rett til å definere menneskeverd og livskvalitet i medisinske termer. Dette gjenspeiles i blogginnlegg der bloggeren argumenterer for at gode og meningsfulle liv er mulig til tross for at man har en funksjonshemming. Etisk diskurs foreslår at omsorg bør ha større plass i medisinen. Når helsepersonell distanserer seg og unngår å ta opp etiske dilemmaer med pasienten, blir den gravide alene om valget om abort. Å ville pasientens beste er ikke nødvendigvis ensbetydende med å benytte medisinske «løsninger». Ofte er det pasientens beste å bli møtt med aksept, ikke fordømmelse. Det er når helsepersonalet klarer å ha en dialog med den gravide uten å bruke sin makt til å definere hva hun bør gjøre, at forholdene ligger til rette for å gjøre autonome beslutninger.

## 6.7 Hovedfunn 6: Etisk diskurs står i kamp med den feministiske diskursen

*I tillegg til at etisk diskurs står i kamp med den medisinske diskursen, står etisk diskurs også i kamp med den feministiske diskursen. Rundt hvilke temaer synliggjøres kampen mellom etisk og feministisk diskurs i bloggene? Hvilke verdier og interesser kommer til uttrykk i de ulike diskursive forståelsene av tematikken?*

Særlig tre ulike konfliktområder trer fram i kampen mellom etisk og medisinsk diskurs i bloggene:

- 1) ulikt syn på om kvinner og funksjonshemmede er grupper i opposisjon til hverandre,
- 2) ulikt syn på om kvinnen har en reell valgfrihet i sine beslutninger, og
- 3) ulikt syn på om man kan skille mellom selvbestemt og selektiv abort.

### 6.7.1 Delfunn 6a: Ulikt syn på om kvinner og funksjonshemmede er grupper i opposisjon

Når etisk og feministisk diskurs er i opposisjon, er det da også to grupper i opposisjon: kvinnene og de funksjonshemmede?

---

<sup>30</sup> Se avsnitt 3.2.3 for nærmere beskrivelse av begrepene sannhetsregime og doxa.

Ikke nødvendigvis. En av bloggerne skrev at kampen om økt likestilling for funksjonshemmede også er en kvinnekamp, fordi det er først når samfunnet tilbyr funksjonshemmede like muligheter som de funksjonsfriske, at den gravide kan gjøre et reelt og informert valg om hun ønsker å beholde et funksjonshemmet barn. Det er dermed først når likestilling er oppnådd for funksjonshemmede at man bør innføre et tilbud om tidlig ultralyd.

Men det var også bloggere som så de to gruppernes interesser som konflikterende. En av bloggerne skrev at kvinner har kjempet hardt og lenge for retten til kunnskap og selvbestemmelse. Å la samfunnet bestemme hvilke fostre som kan og ikke kan aborteres, er et tilbakeskritt for kvinnens rettigheter. En annen blogger brukte samme argumentasjon, men snudde den på hodet: Kampen for utviklingshemmedes rettigheter har vært lang og tøff, og dersom kvinner tillates å abortere bort barn fordi de har Downs syndrom, er dette et steg tilbake mot en tid der eugenikken var akseptert.

Dette er et konfliktspørsmål like mye innad i de to diskursene som mellom de to diskursene, da det finnes ulike syn på opposisjon i begge to.

### 6.7.2 Delfunn 6b: Det frivillig ufrivillige? Ulikt syn på reell valgfrihet

I feministisk diskurs anses screening som et tiltak som gir kvinnen mer kontroll over egen kropp og som beskytter henne mot risiko. Tidlig ultralyd gir den gravide kunnskap om fosteret hun bærer. Kunnskapen kan brukes til forberedelse, slik at hun er i bedre stand til å ivareta barnet som kommer. Kunnskapen kan også brukes til å avslutte svangerskapet hvis hun mener at det er det mest riktige. Et offentlig tilbud om tidlig ultralyd sikrer at alle kvinner har tilgang til denne nødvendige informasjonen.

I 15 av innleggene ble det diskutert om den gravide har en reell valgfrihet til ikke å benytte tidlig ultralyd dersom dette innføres. I 22 av innleggene ble den gravidens reelle valgfrihet om abort dersom tidlig ultralyd påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret problematisert (se avsnitt 5.4.7). Bloggerne brukte spesielt uttrykket *abortpress* for å beskrive forventningen om at den gravide skal ta abort når funksjonsnedsettelse påvises.

I 12 av innleggene ble det problematisert at kvinnen settes i en situasjon der hun må velge om hun vil beholde et funksjonshemmet barn, et barn hun i utgangspunktet ønsket seg (se avsnitt 5.4.5). Dersom tidlig ultralyd innføres, blir dette valget en norm. Valget beskrives som vanskelig eller umulig, og spørsmålet er om det er riktig å sette kvinnen i denne sårbare situasjonen. Både mellom diskursene og innad i den feministiske diskursen er det således uenighet om kunnskap nødvendigvis er det beste for kvinnen. Er det alltid et gode å vite? Dette ble videre problematisert når noen bloggere spurte om kvinnen egentlig har tenkt gjennom hva slags informasjon hun vil få på tidlig



ultral lyd og hvilke valg hun eventuelt vil stilles overfor. Hvis kvinnen går til tidlig ultral lyd uten å ha reflektert over de etiske dilemmaene som kan møte henne, hvordan kan man da rettferdiggjøre en innføring?

### **6.7.3 Delfunn 6c: Ulikt syn på om man kan skille mellom selvbestemt og selektiv abort**

Feministisk diskurs møter etisk diskurs når den må ta stilling til om det er en moralsk forskjell på selvbestemt og selektiv abort. Dette kommer tydeligst til syne i sorteringsdiskusjonen, var fokus for både den hyppigst benyttede argumentasjonsklyngen og var det mest benyttede argumentet i kildematerialet. Kampen stod mellom de som mente at en innføring av tidlig ultral lyd vil føre til sortering av fostre, enten som intendert eller uintentert konsekvens, og de som mente at innføring av tidlig ultral lyd verken kan sammenlignes med sortering, arvehygiene eller eugenikk (se avsnitt 5.4.1).

En videreføring av sorteringsdiskusjonen finnes i de fem innleggene der det ble hevdet at man ikke kan gjøre et skille mellom selvbestemt og selektiv abort (se avsnitt 5.4.5). Så lenge kvinnen har rett til å bestemme om hun ønsker abort, kan man ikke legge til grunn at noen årsaker til abort er mer eller mindre akseptable enn andre. De som var uenige i dette, skrev at det er snakk om to ulike praksiser. Når kvinnen ikke lenger tar et valg om hun ønsker et barn, men i stedet velger på bakgrunn av barnets egenskaper om hun ønsker nettopp dette barnet, er det snakk om selektiv abort. Dette representerer et dilemma for feministisk diskurs. Finnes det grenser for kvinnens rett til selvbestemmelse?

Til dette dilemmaet knyttet det seg en bekymring om en normalisering og trivialisering av selektiv abort. Hvis kvinnen har rett til å velge om hun ønsker å bære fram et funksjonshemmet barn, kan hun også velge bort barn med andre egenskaper som ikke er ønsket? Argumentet om forskyvning av akseptable abortårsaker ble benyttet i 12 av innleggene (se avsnitt 5.4.6).

## **6.8 Diskusjon av kvinnens suverenitet, ansvarlighet og sårbarhet som tema for feministisk og etisk diskurs**

Kvinnens rett til selvbestemmelse er sentral i den feministiske diskursen. Kvinnens suverenitet er også et sentralt prinsipp i abortloven. Det er kvinnen som kjenner sin egen situasjon best og som derfor er best i stand til å avgjøre om hun ønsker å bære fram et barn. At noen opplever seg krenket av at kvinnen gjør valg de selv ikke ville gjort, er ikke grunn nok til å frata kvinnen rettigheten til å gjøre egne valg. Tillit til at kvinnen selv vet best, var et mye benyttet argument i bloggdebatten om tidlig ultral lyd (se avsnitt 5.4.5). Williams og kollegaer (2005) kaller dette kvinnesynet for «kvinnen som aktiv agent». Suksesskriteriet for tidlig ultral lyd er i feministisk diskurs at kvinnen gis valgfrihet.

Ved å innføre tidlig ultralyd gis alle kvinner samme mulighet for valgfrihet fordi teknologi og informasjon distribueres likt.

Synet på kvinnen som aktiv agent har en parallell i at ingen blogginnlegg ble funnet som argumenterte med at abort av funksjonshemmede fostre er kostnadsbesparende (se avsnitt 5.4.4). At dette argumentet mangler, kan skyldes at man ikke finner det berettiget å tilby fosterdiagnostikk ut fra vurderinger om hvor mye funksjonshemmede koster samfunnet. Det er derimot legitimt å vektlegge byrdene den enkelte kvinne vil oppleve når funksjonshemmede barn fødes. Beslutningen tilhører den private sfære. Dette støttes av Williams og kollegaer (2005) som i sin undersøkelse fant at fosterdiagnostikk oppfattes av kvinner som et privat anliggende. Videre fant de at fosterdiagnostikkens moralske konnotasjoner gjør at kvinner også ønsker at beslutningen om å avslutte et svangerskap skal være privat.

Etisk diskurs utfordrer det suverene kvinnesynet ved å vise hvordan kvinnens suverenitet gjør henne ansvarlig. Dersom hun velger å bære fram et funksjonshemmet barn, er hun ansvarlig for å følge opp barnet, med alle de byrder dette måtte innebære. Hun risikerer også å bryte med «barmhjertighetstankegangen» og blir dermed en egoistisk mor som bærer fram et barn hvis liv vil preges av smerte og lidelse. Dersom den gravide velger abort, risikerer hun å bli en del av den sorteringsproblematikken mange mener at abort av fostre med funksjonsnedsettelse innebærer. Kvinnen anses å gi sin tilslutning til aksepten for å abortere bort funksjonshemmede fostre når hun selv utfører denne handlingen. Kvinnens suverenitet og ansvarlighet gjør henne dermed sårbar. Williams og kollegaer (2005) bruker begrepet «moralske pionerer» om kvinner som alene må gjøre valg i et felt preget av etiske problemstillinger.

Sårbarheten er tema for de blogginnleggene der ideen om suverenitet (valgfrihet) ble diskutert. I dag benytter 98 % av de gravide seg av den ordinære ultralyden i uke 17-19, til tross for at dette er et frivillig tilbud (Sosial- og helsedepartementet 2004). Vi finner tilsvarende høye tall for oppslutningen om fosterdiagnostikk i land der tidlig ultralyd er innført (Ekelund et al. 2010). At en tjeneste har så høy oppslutning, til tross for at ingen tvang foreligger, kan i følge Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) forstås som *governmentality*. Vi underlegger oss en «frivillig trelldom» fordi helse er høyt ønsket. Tidlig ultralyd blir ved offentlig innføring omgjort fra et unntak til en rutine. Den gravide er lydig og innordner seg det statlige signalet om at tidlig ultralyd er noe man benytter seg av. Den gravide gjør «det riktige valget». Ikke å motta tilbudet er å bryte diskursiv praksis. Beck-Gernsheim (2002) viser hvordan helse er en verdi som verdsettes høyt, både for oss selv og våre barn. Det sunne livet anses som det beste livet, og vi skal innrette oss slik at det sunne livet oppnås. Det å ikke benytte seg av tidlig ultralyd, er å bryte med denne verdien, og nærmest frarøve ens barn mulighet til bedre helse. Til tross for at frihet er rådende ideologi, kan presset om å benytte seg av tilgjengelig teknologi i følge Beck-Gernsheim (2002) være intenst. Fugelli (2003) hevder at medisinen har stor makt fordi den framstår som altruistisk og hjelpende. Hvis kvinnen velger å ikke motta tidlig ultralyd, bryter hun med denne diskursive sannheten. Konklusjonen er således at den enkeltes opplevelse av valgfrihet utfordres fordi sosiale normer er negative til sykdom og funksjonshemming. Alternativt kan

man si at de kvinnene som velger ikke å motta tilbudet om tidlig ultralyd eller som ikke tar abort når funksjonshemming påvises, faktisk gjør mer selvstendige valg nettopp fordi deres valg går på tvers av aksepterte diskursive sannheter. Når man bryter med sosiale normer, blir man gjerne mer bevisst verdiene som normene baseres på.

Tradisjonell abortdebatt har omhandlet kvinnens rett til selvbestemmelse kontra fosterets rett til liv. Når sannheten om kvinnens suverenitet utfordres av den etiske diskursen, nyanseres abortdebatten. Kanskje den til og med snus på hodet. Fra å omhandle retten til abort, utvides debatten til å omfatte retten til *ikke* å velge abort. Når kvinner som valgte å bære fram funksjonshemmede barn i beskrev å ha blitt utsatt for et massivt abortpress, beskrev de hva som skjer når kvinner bryter en diskursiv praksis. Når kvinnene fortalte hvordan de stadig må forsvare valget sitt og samtidig etterlyste mer informasjon og bedre støtte, beskrev de represaliene de møter når diskursiv praksis er brutt. Bloggernes beskrivelser støttes av funn av Williams og kollegaer (2005) om at kvinnen opplever en forventning om å bære fram et normalt barn. Selvbestemmelsen som feministisk diskurs så hardt vektlegger, forsvinner til en viss grad når kvinnen takker nei til abort.

Som en utvidelse av debatten om retten til *ikke* å ta abort, utfordrer etisk diskurs feministisk diskurs ved å spørre om kvinnen ikke burde slippe valget om abort. Dette gjenspeiles i innleggene der det problematiseres at kvinnen må velge om hun vil beholde et barn hun i utgangspunktet ønsket seg. Dersom tidlig ultralyd blir innført, blir dette valget en norm. Det etableres en diskursiv praksis, og praksisen blir til en selvfølge. Reynolds (2003) skriver at aksepten for fosterdiagnostikk ikke nødvendigvis er høy selv om mange gravide benytter seg av den, fordi ikke alle vurderer implikasjonene av screening før de benytter seg av tjenesten. Green (2003, i Williams et al. 2005) argumenterer for at kvinner ofte er entusiastiske for å motta ultralyd fordi de ikke anser ultralyden som en trussel. Kvinner anser i stedet ultralyd som en ufarlig prosedyre som tillater dem å se fosteret og stadfeste at det er friskt. Dette synet støttes av at ultralyd er en rutine og tilbys alle gravide. Reynold (2003) og Green (2003, i Williams et al. 2005) sine funn støtter dermed de bloggerne som problematiserer at kvinner tilbys tidlig ultralyd og derigjennom gis valget om abort ved påvist funksjonsnedsettelse. Hvis ultralydundersøkelsen ikke innebærer tilstrekkelig informasjon og genetisk veiledning i forkant, gis kvinnen liten mulighet til å forberede seg og gjøre egne etiske refleksjoner. García og kollegaer (2008) viste i sin studie at den gravide ofte gjør etiske vurderinger i etterkant av at valg er gjort, og at deres moralske prinsipper da brukes til å rettferdiggjøre og støtte beslutningen de har tatt. Feministisk diskurs har i motsetning til etisk diskurs, slik diskursene foregår i bloggene, stort fokus på kvinnens rett til å gjøre valg i etterkant av ultralydundersøkelsen, og problematiserer sjelden at manglende informasjon i forkant av undersøkelsen tar bort noe av kvinnens reelle valgfrihet.

Aasen (2003) skriver at fosterdiagnostikk representerer en mulighet for å begrense fødsel av funksjonshemmede barn. Gjennom ny teknologi kan ikke lenger kvinnen bare velge *om* hun ønsker et barn eller ikke, men også *hva slags* barn hun ønsker seg. Dette er et gjennomgående argument i etisk diskurs. Argumentasjonsklynge [a] som omhandler sortering, er den mest benyttede

argumentasjonsklyngen i bloggene. Etisk diskurs kan sies å ha lyktes i å etablere sortering som et rådende diskursivt begrep – sortering er en akseptert måte å omtale fenomenet tidlig ultralyd på. En opptelling viser at ordet sortering ble benyttet over 150 ganger i bloggene. Til sammenligning ble ordet valgfrihet benyttet 12 ganger. Feministisk diskurs utfordrer sortering som diskursiv sannhet ved å påpeke en logisk feilslutning: Hvis man hevder at det å abortere et barn med funksjonshemming er å diskriminere funksjonshemmede, er ikke da å abortere et barn (uavhengig av årsak) det samme som å diskriminere alle barn? I etisk diskurs hevdes det at alle abortgrunner ikke er like akseptable. I feministisk diskurs råder det motsatte synet. Omvendt kan man si at etisk diskurs utfordrer den feministiske diskursen når den stiller spørsmål ved om det finnes grenser for kvinnens rett til selvbestemmelse. Det stilles ikke nødvendigvis spørsmål ved kvinnens rett til å abortere bort et foster, men det introduseres et dilemma knyttet til denne retten når valget er avhengig av vurderinger av hvem som «har livets rett».

Etisk diskurs hevder at en sosial konsekvens av at feministisk diskurs holder fast ved sannheten om kvinnens ubestridte suverenitet også når det gjelder selektiv abort, kan tenkes å være en forskyving i akseptable abortårsaker. Jong og kollegaer (2010) beskriver hvordan en mer generalisert bruk av fosterdiagnostikk kan fasilitere økt bruk av selektiv abort fordi fosteret har lavere moralsk status før uke 12 og fordi abort før uke 12 er mindre psykologisk og emosjonelt traumatisk enn abort senere i svangerskapet. Retten kvinnen har til å unngå traumatiske senaborter var tema i flere blogginnlegg (se avsnitt 5.4.2), det samme var fosterets moralske status (se avsnitt 5.4.5). I feministisk diskurs anses sjelden fosteret som et barn, og det anses som uriktig å sammenligne fosteret med allerede eksisterende mennesker. Det er ikke vanlig å argumentere med at verdien av friske mennesker svekkes når friske fostre aborteres vekk, og således kan man ikke si at verdien til mennesker med Downs syndrom svekkes når fostre med kromosomavvik aborteres vekk.

Interessant sett i lys av diskusjonen rundt kvinnens suverenitet, er menns plass i debatten. 59 % av innleggene i kildematerialet var skrevet av kvinner (se avsnitt 5.3.1). Flere menn enn kvinner var negative til en innføring av tidlig ultralyd (se tabell 4). Det var flere kvinner enn menn som brukte argumentet om kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp (se avsnitt 5.4.5). I den feministiske diskursen i bloggene ble den gravides rettigheter vektlagt. Mødrene ble framstilt som de som hovedsakelig må bære omsorgsbyrden for funksjonshemmede barn. Fedrenes delansvar ble sjelden nevnt. Dette er interessant når det i den øvrige helse- og familiepolitikken gjøres en innsats for å få fedrene mer på banen, slik ønsket om flere menn inn i omsorgsyrker og debatten om kontantstøtte, pappa-permisjon og arbeidsfordeling i hjemmet er et uttrykk for. Williams og kollegaer (2005) fant i sin undersøkelse at kvinner inkluderte sine mannlige partnere når de tar en beslutning om å benytte fosterdiagnostikk, men at det avgjørende ansvaret lå på kvinnen.

Slik spørsmål om teknologiske nyvinninger tvinger medisinsk diskurs til å ta stilling til etiske dilemmaer, må feministisk diskurs gjøre det samme når suverenitet problematiseres. Etisk diskurs kan således bidra til å åpne opp for bredere debatt og en større aksept for motstridende synspunkter innad i den feministiske diskursen.

## 6.9 Hovedfunn 7: Bilder brukes i begrenset grad til å underbygge diskursive forståelser

*Som vist i kapittel 3 kan bilder brukes som visuelle hjelpemidler i en diskurs. De kan vekke følelsesmessige reaksjoner og skape assosiasjoner, som igjen både fremmer en diskursiv forståelse og underbygger meningen i skrift-teksten (Evensen og Simonsen 2010). Hvordan benyttes bildene som et ledd av en diskursiv framstilling av tidlig ultralyd i bloggene?*

40,5 % av blogginnleggene inneholdt ett eller flere bilder. I 75 % av innleggene med bilder, hadde bildene en emosjonell hensikt i teksten (se avsnitt 5.6.3). Av særlig interesse er hvordan bloggerne bruker bilder med motiver relatert til graviditeten, bilder med motiver av barn og bilder med motiver av enkeltpersoner i de diskursive framstillingene av tidlig ultralyd.

Like interessant er likevel at bilder kunne blitt benyttet i større grad enn det som gjøres. Det kunne tenkes at bloggerne ville benyttet bilder i større utstrekning. Spesielt kan det påpekes et fravær av bilder som kontekstualiserer den funksjonshemmede som en del av samfunnet. Det er også interessant at bloggerne hovedsakelig bruker bilder som skaper positive emosjoner og assosiasjoner. Det er et fravær av «ubehagelige» bilder ment å sjokkere.

### 6.9.1 Delfunn 7a: Bildenes motiv er en del av den diskursive framstillingen av tidlig ultralyd

35 % av bildene hadde motiver relatert til graviditeten (se avsnitt 5.6.2). I detaljerte bilder av fosteret framheves synet om at fosteret er et barn med menneskeverd. Slike bilder brukes ofte i innlegg som er negative til en innføring av tidlig ultralyd. Bilder av gravide som mottar ultralyd gir assosiasjoner til mødre som mottar omsorg fra helsevesenet, og er vanlige i innlegg som er positive til en innføring av tidlig ultralyd.

16,5 % av bildene var av barn, både med og uten funksjonshemming (se avsnitt 5.6.2). Alle bildene var tiltalende. Å bruke tiltalende bilder av funksjonshemmede barn, underbygger et budskap som ikke stemmer overens med det «skremselsbildet» som tegnes av sykdom og skade hos funksjonshemmede barn. Noen av bildene var profesjonelle, men det var også flere private bilder av egne barn. På alle bildene var barna i situasjoner man forventer barn i denne alderen å befinne seg i, for eksempel nyfødte liggende i en barneseng og småbarn sittende i en barnestol eller syklende på en trehjuls sykkel. På kun to av bildene ble spor av sykdom vist. Dette var på bilder av to ulike gutter der den ene hadde fotskinne og den andre hadde åpen leppe-gane-spalte.

Der enkeltpersoner var motiv, var det flere bilder av Marte Wexelsen Goksøy. Disse bildene viser Goksøy sammen med Jens Stoltenberg og på en talerstol der hun holdt tale foran en folkemengde. Her avbildes en kvinne med Downs syndrom som gjør ting vi vanligvis ikke ser mennesker med hennes diagnose gjøre. Ja, å møte statsministeren foran et kobbelt av journalister og å snakke foran store folkemengder er aktiviteter de fleste vil synes er utfordrende. Dette underbygger både budskapet om mulighetene mennesker med funksjonshemming har, samt budskapet om at mennesker med Downs syndrom er en gruppe vi undervurderer.

### 6.9.2 Delfunn 7b: Bilder kunne i større grad blitt benyttet i diskursen

Kanskje er det en tapt mulighet at de funksjonshemmede nesten alltid er eneste motiv på bildene. Det var ingen bilder der funksjonshemmede barn var fotografert sammen med søsken, foreldrene eller i lek med andre barn. Det var kun på bildene av Marte Wexelsen Goksøy at funksjonshemmede avbildes sammen med andre. Å kontekstualisere den funksjonshemmede som en del av familien og samfunnet for øvrig gjennom bilder, kunne bidratt med å styrke budskapet om at funksjonshemmede er en naturlig del av fellesskapet.

Det framstår som naturlig at det i innlegg der funksjonshemmedes positive egenskaper framstilles, at bildene også viser barn og voksne med funksjonshemminger som «like» alle andre barn. Kunne man dermed forvente at man i innlegg der funksjonshemminger beskrives i termer som byrde, sykdom, lidelse og smerte ville finne bilder av barn som støtter dette synet? Det forekommer ingen bilder som harmonerer med et slikt budskap. Alt i alt er det få, om noen bilder, som har en spesiell sjokkverdi. Det nærmeste vi kommer, er kanskje KrFUs kampanjebilde, som tydelig ønsker å vekke oppsikt og ettertanke med sitt budskap. I ett av innleggene benyttes også et bilde av en ung kvinne i en kjole med ordene «I had an abortion» trykt over nedre del av magen. I en diskusjon som omfatter argumentasjon rundt sortering, menneskeverd og abort, kunne man muligens forvente flere bilder ment å vekke sjokk, frykt og avsky hos leseren, blant annet kjent fra anti-abort-kampanjer i USA, der groteske bilder av døde fostre og plakater om Guds straff ikke er uvanlig. Dette forekom ikke i kildematerialet til dette prosjektet, noe som kan skyldes at slik bildebruk ikke anses som legitim i norsk debatt.

Evensen og Simonsen (2010) skriver at i journalistikken har sparsommelig bildebruk ofte blitt ansett som markør for seriøsitet, mens mange og store bilder er et signal om lettere og mer underholdningspreget journalistikk. Det var i dagboksjangeren at bilder var mest vanlig, mens en hovedvekt av innleggene i journalistisk sjanger manglet bilde. Ingen av innleggene i akademisk sjanger hadde bilder. 72,5 % av innleggene i mammabloggene hadde bilder, mens kun 31 % av innleggene i blogger om politikk og samfunnsspørsmål hadde bilder (se vedlegg 5.4). Dette tyder på at Evensen og Simonsens påstand også gjelder for bloggmediet.

## 6.10 Hovedfunn 8: Bloggene brukes som arena for kritisk debatt og helseaktivisme

*Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) fant i sin analyse av diskursen om tidlig ultralyd på Island at kritisk debatt knapt fant sted da landet innførte tidlig ultralyd i 2005. Forskerne sier at dette viser behovet for å fremme kritisk diskusjon om ny kunnskap og teknologi i helsetjenesten, spesielt når etiske dilemmaer er involvert. Servaes og Malikhao (2010) foreslår at sosiale medier kan brukes aktivt i helseaktivisme, blant annet gjennom å gi feedback til beslutningstakere og gjennom å gi støtte til eller vise motstand mot foreslåtte tiltak. Miller og kollegaer (2011) foreslår at blogger kan brukes som arena for sosial og politisk appellvirksomhet. Kan det sies å ha foregått kritisk debatt og helseaktivisme i de norske blogginnleggene om tidlig ultralyd?*

Kildematerialet i dette prosjektet inkluderte 119 blogginnlegg i en periode på to år som omhandlet innføringen av tidlig ultralyd i Norge. 75,5 % av innleggene var negative og drøftende til en innføring. Det ble identifisert debatt på både personlige blogger og i bloggkollektiv, og i blogger med flere ulike temafokus. Debatten foregikk i tekster med tre ulike sjangre. Begge kjønn deltok i debatten, og en rekke ulike aktørtilhørigheter ble identifisert. Det ble benyttet et bredt spekter av ulike argumenter fordelt på sju argumentasjonsklynger. Utfra argumentene ble det utledet at debatten foregår innen tre ulike diskursive praksiser. Det kan ut fra dette fastslås at debatten om innføring av tidlig ultralyd i bloggene både har vært omfattende og kritisk. Det er min oppfattelse at debatten i bloggene gjenspeiler den øvrige samfunnsdebatten, men dette er en oppfatning som ikke er etterprøvd, og som ville vært et spennende tema for videre forskning.

Spørsmålet om innføring av tidlig ultralyd er et politisk anliggende, og alle innlegg inkludert i analysen kan derfor sies å være av politisk art. 54 av de 119 blogginnleggene (45,5 %) utmerket seg likevel med et tydelig politisk budskap. Nesten halvparten av innleggene hadde således et spesifikt helseaktivistisk formål om å påvirke politisk.

Bloggenes potensiale for helseaktivisme underbygges videre av at bloggene ikke stiller de samme kravene til sjangerforståelse som øvrige skriftlige medier, slik at flere kan ytre seg i debatten. Men bloggene har også en utfordring ved at det ikke stilles de samme kravene til dokumentasjon av påstander som i øvrige medier, noe som kan føre til spredning av uriktig eller unøyaktig informasjon. En styrke er på den andre siden at det i bloggene kan gjøres plass til aktiv bruk av egne erfaringer i argumentasjonen, noe som åpner for bredere deltakelse i debatten.

### 6.10.1 Delfunn 8a: Politisk budskap i tekstene

Politiske budskap (beskrevet i kapittel 5, avsnitt 5.4.8) opererer på tvers av diskursene. 53 % av innleggene i feministisk diskurs, 45 % av innleggene i etisk diskurs og 39 % av innleggene i medisinsk diskurs hadde et politisk budskap.

Gottfredsdóttir og Björnsdóttir (2010) fant i sin analyse av diskursen om tidlig ultralyd på Island at det hovedsakelig var pårørende og helsepersonell som deltok i debatten. I debatten i de norske bloggene ble et bredt spekter av aktører identifisert. Dette vitner om stort engasjement rundt tematikken i Norge. I kildematerialet var likevel en overvekt blogger med tematikk politikk og samfunnsspørsmål. Det var også en overvekt av politiske aktører som blogget, og det var de kristne og politiske aktørene som oftest hadde et politisk budskap i tekstene sine. Dette kan reflektere at det er mennesker som allerede er vant til å uttrykke seg som tar i bruk bloggene som ytringsarena, og undergraver dermed den optimistiske tanken om bloggen som en ytringsarena for «folk flest». På den andre siden var mammabloggene og bloggene uten særskilt fokus den andre og tredje største bloggtypen, og berørte var den nest største aktørgruppen. Dette tyder på at det fremdeles er grunn til å være optimistisk på bloggens vegne.

### 6.10.2 Delfunn 8b: Manglende krav til sjangerforståelse muliggjør en bredere debatt

Bloggmediet stiller ikke det samme kravet til sjangerforståelse som øvrige skriftlige medier (Grüters 2011), og dette muliggjør at flere kan delta i debatten via sosiale medier. Som Sylfest Lomheim skriver i *Tale er gull* (2012, s. 175): «I gamle dager var det i hovudsak dei språkflinke som skreiv. I dag skriv nesten alle.» Men å skrive er ikke det samme som å bli hørt, for som Lomheim hevder (s. 176): «Ulempa er naturlegvis at elektronisk skrivning ikkje blir teken like seriøst som tradisjonell skrift.» På den andre siden er det ikke slik at det nødvendigvis er de mest seriøse aktørene i sosiale medier som blir lest. Både på blogg.no og bloggurat.net sine topplister er det de såkalte «rosabloggene» som dominerer. Dette er blogger drevet av unge jenter/kvinner som skriver om trening, klær, sminke og kosthold. De største bloggene har over 100 000 unike treff daglig. Til sammenligning har den største av mammabloggene i kildematerialet rundt 1500 daglige lesere. Mammablogger er likevel en veldig populær bloggtype i Norge, og også den bloggtypen i denne oppgavens kildemateriale der dagboksjangeren var mest populær (se tabell 1). Det kan tilføyes at bloggkollektivet Neitilsortering.no hadde per 17.04.2013 over 44 000 lesere av sitt mest populære innlegg, og til sammen 126 137 treff og 1068 kommentarer på bloggen (se vedlegg 6).

I 2012 kjøpte det norske mediehuset Nettavisen bloggselskapet Blogg.no, og fikk med dette et tilfang på rundt 360.000 aktive bloggere. Nettavisen ble med dette et av Norges største nettmedier. Sjefsredaktør i Nettavisen uttalte i forbindelse med kjøpet at dette gir avisen mulighet til å tilby stor dekning også i spesielle nisjer (Fossbakken 2012). Nettavisen promoterer i dag blogger fra blogg.no på sin forside. Det samme gjør VGs nettavis som på hver uke presenterer blogginnlegg fra en rekke



ulike typer blogger under fanen «Lesernes VG». At det lenkes direkte fra nettaviser til blogger, fører til at bloggene får økt oppmerksomhet og økte lesertall.

Lesertall sier alene lite om en bloggs påvirkningskraft, men det er ikke usannsynlig at bloggere med mange lesere vil være med på å farge folkeopinionen. Dette kan være positivt fordi det, som Servaes og Malikhao (2010) og Miller (2011) foreslår, gir et potensiale for helseaktivisme og brukermedvirkning. Men bloggeres påvirkningskraft er ikke nødvendigvis et gode. Slik man tidligere diskuterte om voldfilmer fører til voldelig atferd, frykter man i dag at innholdet i sosiale medier kan ha negative følger for leserne, slik blant annet framveksten av subkulturene «thinspiration» og «pro-ana» i sosiale medier ses som et uttrykk for (Elnan 2013). Både bloggernes påvirkning av subkulturer, folkeopinionen og politiske beslutningstakere er interessante områder for videre forskning.

### **6.10.3 Delfunn 8c: Manglende krav til dokumentasjon av påstander er en svakhet ved bloggmediet**

En ulempe med bloggene som debattarena, er bloggernes manglende krav til god dokumentasjon av påstander. Flere funn i kildematerialet eksemplifiserer dette.

I 53 % av bloggene ble det brukt påstander uten kilder og i 27 % av innleggene ble det brukt kilder som ikke er sporbare. Særlig interessant er det at innlegg i journalistisk sjanger i så stort omfang ikke brukte kilder (se tabell 28 og tabell 5.3.2 i vedlegg 5). Dette støtter at bloggtekster kun remedierer en sjanger og sjelden oppfyller alle de krav vi stiller til den opprinnelige sjangerforståelsen. Det stilles således store krav til leseren om en kritisk innstilling til de påstander som fremmes i bloggene. I blogger der teksten bærer preg av den seriøsitet vi forventer av journalistiske tekster, kan dette være spesielt uheldig.

Bloggene har dermed et stort potensiale for spredning av feilaktige eller misvisende utsagn. Dette kommer for eksempel fram i kildematerialet når man ser nærmere på bruken av begrepet «tidlig ultralyd» i tekstene. I flere innlegg skrev bloggerne at 60 % av norske gravide i dag benytter seg av tidlig ultralyd og at tidlig ultralyd kan kjøpes på private klinikker (se avsnitt 5.4.4). Dette stemmer i og for seg, men det var sjelden bloggerne tydeliggjorde at det kun er 10 % av de gravide som får utført fosterdiagnostikk, og at fosterdiagnostikk kun utføres på norske sykehus (St. meld. nr. 14 2001-02). Dette er også tydelig i begrepsbruken rundt funksjonshemming, der begreper med ulik betydning, for eksempel «syk», «utviklingshemmet» og «handikappet», benyttes for å omtale samme tilstand.

#### 6.10.4 Delfunn 8d: Bruk av egne erfaringer muliggjør en bredere debatt

Bruken av egne erfaringer og anekdotiske bevis i bloggtekstene er interessant. I akademiske tekster er denne formen for argumentasjon lite akseptert, mens journalistikken ofte benytter enkeltpersoner og enkeltsaker for å illustrere et større tema. Dette gjenkjennes i nyhetskriteriene VISAK – vesentlig, identifikasjon, sensasjon, aktualitet og konflikt, som skal fungere som rettesnor i nyhetsutvelgelsen (Oltedal 2012). Silvia og Anzur (2011) skriver at mediebrukerne ønsker å føle en tilknytning til historiene og har et ønske om å engasjere seg. Å vektlegge menneskelige elementer, gir leseren en mulighet for tilknytning og engasjement. De beste historiene er om mennesker fordi de muliggjør identifikasjon. Selvoppofrelse og kamp mot byråkratiet er sentrale temaer i denne journalistikken. I bloggene er ikke den enkelte avhengig av å fange oppmerksomheten til en journalist, vedkommende kan selv fortelle sin historie og fremme sine meninger basert på egne erfaringer. I 21,5 % av blogginnleggene ble anekdotiske bevis brukt og i 13,5 % av innleggene ble påstander om egne valg og ønsker brukt (se avsnitt 5.3.3). Det var blant kvinner, blant berørte, i mammabloggene og i dagboksjangeren at denne formen for argumentasjon dominerte (se vedlegg 5.1). Dette stemmer overens med funn av Miller og kollegaer (2011) om at kvinner oftere enn menn blogger fra et pårørende-perspektiv om sykdom.

Kan slike anekdotiske bevis ha en gjennomslagskraft som «tørre» fakta ikke har? En av mødrene til et barn med Downs syndrom skrev at hun har en kunnskap som menneskene i Regjeringen ikke har. Når mødre i mammabloggene deler sine erfaringer med mer enn 1500 lesere daglig, viser dette potensialet blogger har for opinionspåvirkning. Mange berørte, men også andre aktører, tilkjenner et behov for bedre tilrettelegging, mer informasjon og støtte fra det offentlige i bloggene. Aktører med organisasjonstilhørighet, som aktivt brukte sin tilhørighet i blogginnleggene og viste hvordan funksjonshemmede diskrimineres i samfunnet, kan også ha betydning for hvordan funksjonshemmede og deres foreldre i framtiden møtes av helsevesenet og tilgodeses når politiske beslutninger skal gjøres.

Bruk av personlige historier i bloggene kan også ha potensiale for påvirkning fordi bloggernes innhold er gjenstand for flermedialitet – innholdet kan nå publikum via ulike medieplattformer (Fosse og Bjellaanes 2008). Historier fra bloggene plukkes opp av andre medier, slik som nettaviser og trykte aviser. Bloggerne inviteres i tv-programmer og debatter. Blogger markedsføres og deles i andre sosiale medier, slik som Twitter og Facebook, og kan dermed nå mange. Et eksempel på hvordan en personlig historie som i utgangspunktet ble delt i bloggmediet, men som fikk gjennomslagskraft langt utover dette spesifikke mediet, er Evy-bloggen<sup>31</sup> (u.å.) som drives av Siri Fuglem Berg. Berg bar fram en jente med trisomi 18 som døde tre dager etter fødselen, og har i etterkant av dette vært en tydelig talskvinne for rettighetene til trisomi 18-barn og deres familier. Hun har også vært aktiv i den offentlige debatten om tidlig ultralyd. Berg har skrevet en rekke kronikker i landsdekkende aviser og deltatt i tv- og radiodebatter, samt blitt portrettert i Aftenposten (Randsborg 2012), magasinet

---

<sup>31</sup> Evy-bloggen er ikke inkludert i kildematerialet for dette prosjektet, da den faller utenfor inklusjonskriteriene fordi den spesifikt omhandler trisomi 18, ikke Downs syndrom.

Mamma (Rambøl 2012) og i Lørdagsmagasinet på TV2 (Henschien 2011). Bergs historie har i stor grad bidratt til at Helsedirektoratet nå utarbeider nasjonale retningslinjer for lindrende behandling av barn med begrensede leveutsikter, som skal foreligge høsten 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

## 6.11 Hvordan informerer analysen av bloggene folkehelsefaget om fosterdiagnostikk: Fra det individuelle til det kollektive – og tilbake igjen?

I 13 av de 119 blogginnleggene ble et tema som kan sies å ha særlig relevans innen folkehelsefeltet vektlagt: Vil en innføring av tidlig ultralyd føre til at samfunnets ansvar for funksjonshemmede mennesker minimeres? (se avsnitt 5.4.6) Når den gravide får vite at hennes barn har en funksjonshemming, men likevel velger å bære det fram, kan da samfunnet nekte henne hjelp fordi hun kunne valgt det bort? Det ble uttrykt en frykt for at familiene alene må ta den økonomiske og omsorgsmessige ekstrabelastningen det å ha funksjonshemmede barn innebærer, og i tillegg oppleve dårlig samvittighet for å legge ekstra byrder til samfunnet og kommunen barnet skal leve i.

Solar og Irwin (2007) redegjør for hvordan det i folkehelsefeltet har foregått skiftninger i hvordan vi anser determinanter for helse. Biomedisinen kan nok sies fremdeles å være den dominerende modellen i helsefeltet. I biomedisinen har fokuset hovedsakelig vært på det enkelte individ, ledsaget av utvikling av medisinsk kunnskap og teknologi. Dagens fokus på genetikk springer ut av den biomedisinske modellen. *Impairment*-tankegangen om funksjonshemming likeså. Den biomedisinske tilnærmingen til helse har senere blitt beriket av individuelle atferdsfaktorer. Her fokuseres det på helserisiko knyttet opp mot valgene den enkelte gjør, slik som livsstilsvalg og benyttelse av helsetjenester.

Solar og Irwin (2007) utfordrer den biomedisinske modellen og fokuset på atferdsfaktorer. De viser i sitt rammeverk for forståelsen av sosiale helsedeterminanter hvordan også komplekse sosioøkonomiske og politiske faktorer har relevans for individenes helse. Helse handler ikke bare om hvilke genetiske forutsetninger man er født med og hvor godt den enkelte ivaretar sin helse. Helse handler også om hvordan samfunnet legger til rette for god helse gjennom politisk styring og kulturelle og sosiale normer. Dette er et strukturelt perspektiv på helse. Her anses bedring av helse som et politisk og sosialt anliggende.

Bekymringen for en individualisering av ansvaret for funksjonshemmede, reflekterer de ulike tilnærmingene til helse som vi finner i folkehelsefaget. Gjennom å skille mellom diagnose og funksjonshemming, og ved å knytte biomedisinen primært til diagnose, åpnes det for en forståelse av funksjonshemmede som en diskriminert gruppe. Kampen for funksjonshemmedes rettigheter har i stor grad handlet om å dreie fokuset vekk fra medisinen og det enkelte individ, og over mot samfunnets manglende tilrettelegging for funksjonshemmede. Dette reflekteres i *disability-*

perspektivet på funksjonshemming. Spørsmålet er således om screening etter funksjonshemming, og da særlig Downs syndrom, representerer en dreining vekk fra fokuset på sosiale helsedeterminanter, og vekk fra helse som et politisk og sosialt anliggende, ved igjen å legge ansvaret over på det enkelte individs genetiske utrustning og den enkelte gravides valg.

Solar og Irwins (2007) rammeverk kan også belyse hvordan en innføring av tidlig ultralyd kan vurderes som diskriminering av funksjonshemmede, slik argumenter fra argumentasjonsklynge [c] om menneskeverd hevdet (se avsnitt 5.4.3). Dersom det ikke legges politisk til rette for at funksjonshemmede kan delta i samfunnet, reduseres deres sosiale posisjon og de gis færre helseressurser. Slik diskriminering forekommer, slik flere bloggere påpekte, når funksjonshemmede utestenges fra ordinær utdanning, arbeidsliv og boligmarked. Følgene kan være at diskriminering oppfattes som en så stor hindring at det legger føringer for den gravides valg om å beholde eller abortere bort fostre med påviste funksjonsnedsettelse. Denne føringen styrkes dersom et helsepolitisk tilbud om fosterdiagnostikk (og påfølgende abort av funksjonshemmede fostre) går på bekostning av en helse- og sosialpolitisk tilrettelegging for funksjonshemmedes sosiale deltakelse.

Solar og Irwins (2007) rammeverk kan settes i sammenheng med de diskursive kampene mellom etisk, medisinsk og feministisk diskurs som finnes i debatten om tidlig ultralyd. Avslutningsvis vil jeg derfor forsøke å synliggjøre noen viktige vurderinger som bør gjøres innen både folkehelsefaget og av den enkelte folkehelsearbeider.

*Folkehelsearbeidere bør være bevisst hvordan de benytter språket.* Språk konstruerer funksjonshemmede som enten belastninger eller berikelser for samfunnet. Slik tilskrives funksjonshemmede enten en negativ eller positiv verdi. Kulturelle og sosiale verdier har betydning for om vi ønsker å screene etter funksjonshemninger, og hvilke valg som gjøres etter at funksjonshemninger er påvist. Språket påvirker både den gravide, helsepersonell og samfunnet for øvrig. Folkehelsearbeidere bør i særskilt grad reflektere over hvordan de bruker medisinske termer når de snakker om funksjonshemming.

*Folkehelsefaget bør være bevisst hvordan økonomisk politikk påvirker oppfatninger om funksjonshemmede.* Innføring av tidlig ultralyd er underordnet helsepolitikken, men forgreiner seg også over i økonomisk politikk. Vår oppfatning av hva som er produktiv og lønnsom virksomhet har betydning for om vi konstruerer funksjonshemmede som belastninger eller berikelser for samfunnet. Barnes og Mercer (2003) hevder at funksjonshemmede gjerne oppfattes som «verdiløse» fordi de ofte ikke deltar i økonomisk virksomhet. De skriver videre at fra et samfunnsperspektiv anses funksjonshemninger som dysfunksjonelle fordi de ikke støtter majoritetens interesser og aktiviteter. Funksjonshemming sammenfaller ikke med vektleggingen av uavhengighet og konkurransedrevet prestasjon. Følgene av dette er stigmatisering og utestenging av funksjonshemmede. Debatten om tidlig ultralyd slik den foregikk i bloggene, viser at dette er et mulig rasjonalt for en innføring av tidlig ultralyd og i ytterste fall tilrettelegging for at funksjonshemmede fostre aborteres.

Folkehelsearbeidere har således et ansvar for å bidra til å muliggjøre at funksjonshemmede kan delta utfra sine individuelle forutsetninger både i økonomisk virksomhet og i samfunnet forøvrig. Folkehelsearbeidere har også et ansvar for å utfordre synet på at mennesker kan vurderes utfra hvilken økonomisk verdi de tilfører samfunnet.

*Folkehelsefeltet bør være bevisst sin rolle i velferdsstatens maktutøvelse.* Helse er ikke bare en individuell verdi, den er også et kollektivt gode. God helse i befolkningen har betydning for verdiskapningen i samfunnet, både økonomisk, sosialt og kulturelt. Det er også et mål i velferdsstaten at befolkningen har så god helse som mulig. Helsevesenet og folkehelsefaget er aktører som utøver praktisk politikk. Folkehelsearbeideren er en aktør i statens maktutøvelse – de er en av strategiene staten bruker i *governmentality* for å påvirke befolkningen i retning av bedre helse. Folkehelsefaget kan påvirke både den individuelle kroppen og «folkekroppen». Dette gir folkehelsefaget makt, men maktutøvelse kan skje nesten umerkelig. Det er således viktig at folkehelsearbeidere er bevisst sin makt, og ikke benytter den i det Fugelli (2003) ville kalt «nullvisjonens tjeneste». Foucault beskriver biopolitikken som en disiplinierende makt som setter kroppen i fokus. Velferdsstatens mål vil være å skape en diskursiv sannhet om at kroppen skal brukes, endres og forbedres gjennom selvdisciplin (Barnes og Mercer 2003). Folkehelsearbeidere bør være ydmyke for at helse, og da spesielt diagnose, ikke er den eneste verdi, og at helse alene ikke definerer menneskeverd og livskvalitet. Normaliseringsprosjektet er først og fremst maktens forsøk på å tukte mennesket, skriver Fugelli (2003). Folkehelsefaget må således ta stilling til om det aksepterer en medisinsk sannhet om funksjonshemming som avvik fra normalitet og helse. Faget bør videre reflektere over om utvidet bruk av fosterdiagnostikk representerer en etisk grense for hva det er villig til å benytte for å bedre «folkekroppens» helse.

*Folkehelsearbeidere bør være bevisst på at teknologisk optimisme bør bremses av etiske vurderinger.* Vårt syn på teknologiske nyvinninger påvirker vårt ønske om å ta dem i bruk. En uforbeholden optimisme på teknologien og medisinen vegne kan føre til at etiske implikasjoner av bruken ikke blir vurdert. Folkehelsearbeidere bør være bevisst på at screening ikke nødvendigvis er egnet i alle situasjoner, og kritisk vurdere bruk av screening opp mot etablerte kriterier for bruk. Magnus og Bakketeig (2003) skriver at sykdommen det screenes etter bør være et viktig helseproblem av rimelig hyppighet, og være slik at tidlig behandling har positiv innflytelse på sykdomsforløpet. Screeningprosedyren skal være enkel, valid og økonomisk forsvarlig i forhold til utbyttet. Dette er medisinske kriterier vi kjenner igjen fra den medisinske diskursen. Innad i den medisinske diskursen om tidlig ultralyd kommer det til syne stor uenighet om disse kriteriene møtes. Magnus og Bakketeig (2003) skriver videre at screeningen skal være akseptabel for befolkningen. Dette er et tema innen den etiske diskursen om tidlig ultralyd. Når etisk diskurs utfordrer medisinsk diskurs i så stor grad som analysen i denne oppgaven viser, er det rimelig å slutte at tidlig ultralyd mangler bred aksept. Dette synliggjør det ansvar folkehelsearbeidere har for kritisk distanse til teknologisk optimisme.

## Kapittel 7. Oppsummering og konklusjon

Ledende problemstilling for dette prosjektet var å kartlegge hvilke aktører, argumenter og diskurser som preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i norske blogger i 2011-2012. Problemstillingen kan leses i sin helhet i kapittel 1. I dette kapittelet oppsummeres de viktigste funnene gjort i prosjektet. Avslutningsvis i kapittelet kommer forslag til videre forskning synliggjort av analysen i dette prosjektet.

### 7.1 Typologier, inkludert aktører og argumenter, som preget debatten om tidlig ultralyd i norske blogger

Det ble tatt utgangspunkt i et kildemateriale på 119 norske blogginnlegg. Innleggene ble organisert i typologier og undersøkt med enkel deskriptiv statistikk. Analysen resulterte i seks typologier. Typologiene ble benyttet til å finne svar på hovedproblemstillingens spørsmål om hvilke aktører og argumenter som preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom (se avsnitt 1.1). Viktige undermomenter var å finne ut om det i blogginnleggene ble tatt tydelige standpunkt *for* eller *mot* en innføring av tidlig ultralyd, om noen aktørtilhørigheter utmerket seg i debatten, samt om aktørtilhørigheten spilte en viktig rolle for standpunkt som ble tatt og argumenter som ble benyttet. Videre ble det undersøkt hvilke argumenter som kjennetegnet debatten på tilhenger- og motstandersiden, samt hvilke argumenter som ikke fikk plass i debatten (se avsnitt 1.2).

Herunder følger en oversikt over de mest sentrale elementene i hver typologi. Typologiene, deres underkategorier og fordelingen mellom dem ble presentert i sin helhet i Kapittel 5: Empiri.

- *Typologi 1: Bloggenes temafokus og sjanger*  
Det ble identifisert fire bloggtyper som innleggene var publisert på: 1) politikk og samfunnsspørsmål, 2) mammablogger, 3) helse og medisin, 4) religion, etikk, filosofi og vitenskap, samt en kategori blogger uten tydelig temafokus. Blogger om politikk og samfunnsspørsmål dominerte. Det ble videre identifisert tre sjangre som blogginnlegget remediert: 1) dagboktekst, 2) journalistisk tekst, og 3) akademisk tekst, hvorav journalistisk sjanger dominerte.
- *Typologi 2: Standpunkt*  
En klar hovedvekt av innleggene var negative til en innføring av tidlig ultralyd (62 %). 24,5 % av innleggene var positive til en innføring, og 13,5 % av innleggene drøftet spørsmålet uten å ta standpunkt.

- *Typologi 3: Aktører*

59 % av innleggene ble skrevet av kvinner, 38,5 % av innleggene av menn. I 2,5 % av innleggene var kjønn ikke oppgitt. Det var en større prosentandel kvinner enn menn som tok et positivt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd. Bloggerne kunne kategoriseres i fem tydelige aktørgrupper, her oppgitt etter gruppestørrelse i synkende rekkefølge: 1) politisk tilhørighet, 2) berørte, 3) medisinsk yrkestilhørighet, 4) organisasjonstilhørighet og/eller 5) kristen tilhørighet. I tillegg ble en siste gruppe av bloggere uten oppgitt aktørtilhørighet tilføyd. Det var i aktørgruppen med kristen tilhørighet at motstand mot innføring av tidlig ultralyd var størst – samtlige innlegg skrevet av aktører i denne gruppen var negative. Et negativt standpunkt hadde også tydelig dominans blant aktører med organisasjonstilhørighet og blant aktører med medisinsk yrkestilhørighet. Blant berørte var langt flere innlegg negative enn positive. Ingen foreldre til barn med Downs syndrom og ingen personer som selv har kronisk funksjonsnedsettelse var positive til en innføring av tidlig ultralyd. Det var blant aktører med politisk tilhørighet at det ble funnet flest positive innlegg. Det ble oftest brukt en synsvinkel som utenforstående i blogginnleggene, men også aktiv bruk av egen tilhørighet og bruk av egne erfaringer var vanlig.

- *Typologi 4: Argumentasjonsklynger og argumenter*

Det ble funnet et bredt spekter ulike argumenter i bloggene. Argumentene ble organisert i sju argumentasjonsklynger, henholdsvis argumentasjon som dreide seg om innføring av tidlig ultralyd a) vil føre til sortering av fostre, b) har medisinsk gevinst, c) har betydning for vårt syn på menneskeverdet, d) bør finansieres og driftes gjennom offentlige ressurser, e) er knyttet til retten til fri abort, f) vil ha negative konsekvenser på individ- og samfunnsnivå og g) avgjøres av samfunnskontekst.

- a) Mest populære var argumenter som omhandlet spørsmålet om innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, dominerte knapt. Argumenter fra denne klyngen ble brukt i 71 av innleggene. Argumenter fra denne klyngen var mest populære i innlegg med negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd, og argumentene ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet. De vanligste argumentene i klyngen dreide seg om at tidlig ultralyd fører til sortering av fostre og til at det fødes færre barn med Downs syndrom.
- b) Argumenter som omhandlet den medisinske gevinsten av tidlig ultralyd, utgjorde den nest mest populære argumentasjonsklyngen, og ble brukt i 70 av innleggene. Argumenter fra denne klyngen var mest populære i innlegg med positivt standpunkt til innføring av tidlig ultralyd. I positive innlegg ble det fokusert på at tidlig ultralyd er egnet til å oppdage medisinske tilstander, gir den gravide trygghet, gir den gravide mulighet for forberedelse når funksjonshemming påvises hos fosteret og forhindrer uheldige senaborter. Det mest brukte argumentet i denne klyngen var likevel at tidlig ultralyd ikke har helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom, noe som for aktørene som brukte argumentet taler mot en innføring. Argumenter fra denne klyngen var mest populære blant aktører med politisk tilhørighet.

- c) Argumenter som knyttet bruk av tidlig ultralyd opp mot menneskeverd, ble benyttet i 52 av blogginnleggene. Argumenter fra denne klyngen var mest populære i innlegg med negativt standpunkt til en innføring av tidlig ultralyd. Argumentene ble oftest benyttet av aktører med kristen tilhørighet, organisasjonstilhørighet og berørte. De vanligste argumentene i klyngen dreide seg om at tidlig ultralyd strider mot menneskets iboende verdi og innebærer diskriminering av funksjonshemmede. Mindre vanlig, men eksisterende, var også argumenter som tok til orde for at funksjonshemmede bør slippe å leve (barmhjertighetsargumenter) og at funksjonshemmede barn er en så stor byrde for foreldre og samfunn at det rettfærdiggjør abort. Disse argumentene ble ikke benyttet av aktører med kristen tilhørighet, og var mest populært hos aktører med politisk tilhørighet.
- d) Argumenter som taler enten for eller mot at tidlig ultralyd bør finansieres og driftes som universell helsetjeneste gjennom offentlige ressurser, ble funnet i 48 innlegg. Flere innlegg som var negative enn positive til en innføring av tidlig ultralyd, brukte argumenter fra denne klyngen. Argumentene var mest populære blant aktører med medisinsk yrkestilhørighet og politisk tilhørighet. Vanligst var utjamningsargumenter, der det ble diskutert hvorvidt det at tidlig ultralyd kan kjøpes hos private tilbydere, taler for en offentlig finansiering. Populært var også argumentet om at offentlige ressurser bør benyttes til andre formål enn tidlig ultralyd, noe som videre ble understøttet av en oppfattelse av at tidlig ultralyd ikke gir tilstrekkelig medisinsk gevinst.
- e) Argumentasjon som omhandlet problemstillinger sentrale for retten til fri abort, ble benyttet i 42 av innleggene. Disse argumentene var mest populære i innlegg positive til en innføring av tidlig ultralyd, og var mest populære blant kvinner og politiske aktører. Det mest benyttede argumentet i denne klyngen var at gravide har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp, men i klyngen fantes også argumenter som problematiserte det vanskelige valget om abort som kvinnen må gjøre dersom funksjonshemming påvises hos fosteret.
- f) Argumenter der det ble uttrykt bekymring for hvilke konsekvenser en innføring av tidlig ultralyd kan ha for individet og samfunnet, ble funnet i 42 blogginnlegg. Argumentasjonen var vanligst i innlegg negative til en innføring og sjeldent benyttet i positive innlegg. Argumentasjonen var mest populært hos aktører med organisasjonstilhørighet og medisinsk yrkestilhørighet. Det ble her fokusert på at tidlig ultralyd kan innebære en forskyvning av ansvar for funksjonshemmede barn fra samfunn til individ og at tjenestetilbudet til funksjonshemmede kan bli dårligere, samt ha følger for vårt syn på helse, solidaritet og integrering.
- g) Argumenter som pekte på samfunnskontekstens betydning for de valg den gravide gjør, både når hun skal velge om hun ønsker å benytte seg av tidlig ultralyd og når hun skal avgjøre om hun ønsker å beholde et barn med påvist funksjonsnedsettelse, ble benyttet i 36 av innleggene. Argumentasjonen var mest benyttet i innlegg negative til en innføring av tidlig ultralyd, og mest populært blant kvinner, berørte og aktører med organisasjonstilhørighet.



- *Typologi 5: Kildebruk*

Det ble identifisert fire vanlige måter å legge fram argumentasjon/påstander på: 1) å benytte påstander med sporbare kilder, 2) å benytte påstander med kildehenvisning som ikke kan spores, 3) å bruke påstander uten henvisning til kilde, og 4) ikke benytte påstander som krever kilde. Benyttelse av påstander uten kilder var vanligst, dette forekom i 53 % av innleggene. Bruk av sporbare kilder forekom i 47 % av innleggene. De vanligste formene for sporbare kilder var artikler og kronikker/debatt i avis.

- *Typologi 6: Bildebruk*

Det ble benyttet bilder i 40,5 % av innleggene. Bildebruk var vanligst i mammabloggene og i dagboksjangeren og minst utbredt i helsebloggene og akademisk sjanger. Flere kvinner enn menn benyttet bilder. Bilder var vanligst i innlegg med positivt standpunkt. Det var vanligst å benytte motiver relatert til graviditeten, samt av barn og enkeltpersoner. Størsteparten av bildene hadde en emosjonell hensikt – de er ment å vekke sympati eller andre følelser hos leseren. Disse bildene understøttet budskapet i tekstene.

## 7.2 Diskursive forståelser av tidlig ultralyd slik de kom til syne i norske blogger

Det ble med utgangspunkt i de konstruerte typologiene, identifisert hvilke diskurser som opererte i debatten om tidlig ultralyd i bloggene. Hensikten var å finne svar på hovedproblemstillingens spørsmål om hvilke diskurser som preget debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom i norske blogger i 2011-2012 (se avsnitt 1.1). Viktige undermomenter var å identifisere kjennetegn ved diskursene og diskursive sannheter, samt å undersøke om noen diskurser dominerte og hvordan diskursiv kamp kom til syne. Det var også et mål med prosjektet å undersøke hvordan bloggene ble brukt i debatten om tidlig ultralyd (se avsnitt 1.2).

Det ble gjort 8 hovedfunn med tilhørende delfunn. Herunder følger en oversikt over de mest sentrale elementene i funnene. Hovedfunn og delfunn ble presentert i sin helhet i Kapittel 6: Funn og diskusjon.

- *Hovedfunn 1: Tre diskursive praksiser opererte i bloggdebatten: etisk, medisinsk og feministisk.*
  - a) *Delfunn 1a: Etisk diskurs* kjennetegnes av argumentene som omhandler sortering, menneskeverd og diskriminering, altså argumenter fra argumentasjonsklynge [a], [c], [f] og [g]. Det er en sannhet i denne diskursen at tidlig ultralyd fører til sortering av fostre og gir signaler om at mennesker med funksjonshemming har lavere menneskeverd enn funksjonsfriske. Tidlig ultralyd forstås således som diskriminering av funksjonshemmede i etisk diskurs.

- b) *Delfunn 1b: Medisinsk diskurs* kjennetegnes av argumentene som omhandler medisinsk gevinst og ressursbruk ved tidlig ultralyd. Det er uenighet innad i diskursen om tidlig ultralyd har medisinsk gevinst. En hovedvekt av aktørene med medisinsk tilhørighet er negative til en innføring av tidlig ultralyd og argumentet om manglende helsegevinst er det største argumentet i klynge [b]. På samme tid ble argumentet om eksisterende medisinsk gevinst oftest benyttet i positive innlegg. Det er også uenighet innad i diskursen om tidlig ultralyd bør finansieres og driftes av det offentlige.
  - c) *Delfunn 1c: I feministisk diskurs* diskuteres omfanget av kvinnens rett til selvbestemt abort. Det er en sannhet i diskursen at kvinnen bør ha rett til selv å bestemme om hun ønsker å ta abort, noe som støttes av at kvinnens rett til kunnskap og selvbestemmelse er det mest populære argumentet i argumentasjonsklynge [e]. Det er derimot uenighet innad i diskursen om retten til selvbestemmelse inkluderer retten til å velge abort på grunnlag av barnets egenskaper (selektiv abort).
- *Hovedfunn 2: Diskursene eksisterer i noen blogginnlegg side om side, men er hovedsakelig i kamp.*
  - a) *Delfunn 2a: Kun et fåtall av blogginnleggene hadde fravær av diskursiv kamp.*
  - b) *Delfunn 2b: I en hovedvekt av innleggene var diskursiv kamp framtreddende.* Kampen kom til syne ved at bloggerne enten 1) ikke anerkjente at det fantes flere diskurser enn den de selv opererte innenfor, 2) argumenterte for at en diskursiv forståelse er mer tungtveiende enn andre diskursive forståelser eller 3) avviste andre diskursers gyldighet.
- *Hovedfunn 3: Definerings og diskreditering av meningsmotstandere er et middel i den diskursive kampen.* Å diskreditere meningsmotstandere skjer ved å sette spørsmålstegn ved deres moral, påpeke svakheter i deres argumentasjon, anklage meningsmotstandere for uærlige hensikter og/eller uvitenhet, samt å ta meningsfeller i forsvar.
- *Hovedfunn 4: Etisk diskurs er dominerende, og var å finne i en hovedvekt av argumentene.*
- *Hovedfunn 5: Etisk diskurs står i kamp med den medisinske diskursen.* Kampen kommer til syne gjennom:
  - a) *Delfunn 5a: Ulikt syn på medisinsk gevinst,* det vil si uenighet om tidlig ultralyd innebærer tilstrekkelig helsegevinst sett i sammenheng med ressursbruken.
  - b) *Delfunn 5b: Ulikt syn på bruken av teknologiske nyvinninger.* Der man i medisinsk diskurs kan argumentere for at bruk av teknologiske nyvinninger kun bør vurderes ut fra et kostnad/nytte-perspektiv, hevdes det i etisk diskurs at også moralske konsekvenser av bruken må inkluderes i vurderingen. En sannhet i den etiske diskursen er at fosterdiagnostikk riktignok er et medisinsk framskritt, men et etisk tilbakeskritt, fordi det innebærer en muliggjøring av sortering av fostre på bakgrunn av deres egenskaper. Etisk diskurs utfordrer også medisinenes optimisme på teknologiens vegne ved å vise hvordan bruken kan føre til urealistisk høye forventninger om god helse, noe Fugelli (2003) kaller

en *nullvisjon* om helse. En medisinsk forståelse av kroppen, slik vi finner i medisinsk diskurs og *impairment*-forståelsen av funksjonshemming, er i konflikt med den diskursive sannhet om likt menneskeverd og like rettigheter som vi finner i etisk diskurs og i *disability*-forståelsen av funksjonshemming. Bruken av fosterdiagnostikk kan ses i lys av Foucaults konsepter om *governmentality* og *biomakt*, og kommer blant annet til syne som abortpress. Etisk diskurs utfordrer således medisinenes rett til å legge føringer for vår helse og våre kroppene gjennom sitt fokus på menneskeverd og likeverd.

- c) *Delfunn 5c: Ulik språkbruk om funksjonshemming.* I medisinsk diskurs settes det i større grad likhetstegn mellom funksjonshemming og sykdom, og det er medisinsk kunnskap som definerer hvordan funksjonshemming skal behandles. Her kjenner vi igjen barmhjertighets- og byrdeargumenter som taler for en innføring av tidlig ultralyd fordi tidlig ultralyd muliggjør abort av fostre med funksjonshemming. Etisk diskurs utfordrer denne forståelsen ved å vise hvordan medisinske termer som sykdom, smerte og lidelse, gjør at funksjonshemmede oppleves som annerledes enn «normale» og fører til diskriminering.
  
- *Hovedfunn 6: Etisk diskurs står i kamp med den feministiske diskursen.* Kampen kom til syne gjennom:
  - a) *Delfunn 6a: Ulikt syn på om kvinner og funksjonshemmede er grupper i opposisjon til hverandre.*
  - b) *Delfunn 6b: Ulikt syn på om kvinnen har en reell valgfrihet i sine beslutninger.* I feministisk diskurs anes kvinnen som suveren, og ved å innføre tidlig ultralyd styrkes denne suvereniteten. Etisk diskurs utfordrer kvinnens suverenitet ved å vise at den gjør henne ansvarlig og sårbar. Ansvarlig fordi hun må stå alene med ansvaret for det valget hun har gjort. Sårbar fordi valget hun må gjøre innebærer en risiko for å bryte med diskursive sannheter – både ved ikke å benytte tilbudet om fosterdiagnostikk og dermed begrense fosterets rett til helse, og ved å ta abort og dermed gi sin tilslutning til sortering av fostre. Når sannheten om kvinnens suverenitet utfordres av etiske diskurs, utvides den tradisjonelle abortdebatten fra bare å omhandle retten til abort til også å omhandle retten til *ikke* å ta abort.
  - c) *Delfunn 6c: Ulikt syn på om man kan skille mellom selvbestemt og selektiv abort.* Det diskuteres hvor omfattende kvinnens rett til selvbestemmelse bør være. Dette kan også ses som et stridsspørsmål innad i feministisk diskurs. Bør kvinnen ha rett til å abortere bort et foster hun i utgangspunktet ønsket seg fordi det viser seg at fosteret har en funksjonsnedsettelse?
  
- *Hovedfunn 7: Bilder brukes i begrenset grad til å underbygge diskursive forståelser.*
  - a) *Delfunn 7a: Bildenes motiv er en del av den diskursive framstillingen av tidlig ultralyd.* Bilder av foster og av barn med og uten funksjonshemming brukes til å framheve menneskeverd og utfordre en medisinsk forståelse av kroppen, mens bilder av gravide som mottar ultralyd og omsorg fra helsevesenet brukes i innlegg positive til en innføring av tidlig ultralyd.

b) *Delfunn 7b: Bilder kunne i større grad blitt benyttet i diskursene.* Det mangler bilder som viser funksjonshemmede som kontekstualiserer funksjonshemmede som en del av familien og samfunnet for øvrig. Det mangler også bilder ment å sjokkere eller opprøre.

- *Hovedfunn 8: Blogger brukes som arena for kritisk diskurs og helseaktivisme.* Både det store kildematerialet og rikheten i materialet viser at bloggene i stor grad ble brukt som arena for kritisk debatt. Bloggene ble også benyttet med et helseaktivistisk formål, noe som blant annet kom til syne gjennom at 45,5 % av innleggene hadde et tydelig politisk budskap. Bloggenes potensiale for helseaktivisme kom også til syne ved at manglende krav til sjangerforståelse muliggjør bredere deltakelse fra flere aktører og ved at blogger er tilgjengelige for store lesergrupper. En annen styrke ved bloggene er at bruk av personlige historier skaper identifisering og engasjement, samt at disse historiene kan bli gjenstand for flermedialitet. En ulempe med bloggene som debattarena, er deres manglende krav til god dokumentasjon av påstander, noe som i kildematerialet ble synliggjort ved at det i kun 47 % av innleggene ble brukt påstander med sporbare kilder.

### 7.3 Hvordan informerer analysen av bloggene folkehelsefaget om fosterdiagnostikk?

En av underproblemstillingene i dette prosjektet var å undersøke hvordan debatten om tidlig ultralyd i bloggmediet kan informere folkehelsefaget – kom det til syne temaer og synspunkter med spesiell relevans for folkehelsefaget? (se avsnitt 1.2) Problemstilling, kildemateriale, analysemetode og teori ble valgt med den hensikt å gjøre aktører innen medisin og folkehelse mer bevisst på sin egen rolle som deltakere i diskursiv praksis. Derigjennom kan yrkesutøvere i medisin og folkehelse benytte sin definisjonsmakt til å bedre befolkningens helse uten at dette fører til diskriminering av de mennesker som ikke lever opp til en idealisert forståelse av helse. Det var også et mål at funnene i prosjektet kan bidra til en bredere forståelse av hvordan helse- og sosialpolitikk påvirker og påvirkes av «sannheter» om helse og fosterdiagnostikk, jamfør Solar og Irwin (2007) rammeverk for sosiale helsedeterminanter. Diskusjonen om hvordan analysen av bloggene informerer folkehelsefaget om fosterdiagnostikk, kan leses i sin helhet i Kapittel 6: Funn og diskusjon.

- Det språk og de begreper som brukes for å beskrive funksjonshemming, vil legge føringer for ønsket om å innføre og benytte fosterdiagnostikk. Folkehelsearbeidere bør unngå språkbruk som konstruerer funksjonshemmede som syke og lidende, og som derigjennom skaper sannheter om funksjonshemmede som belastninger for samfunnet.
- En medisinsk forståelse av funksjonshemming kan føre til at en forskyvning vekk fra en strukturell forståelse av helse som et sosialt og politisk anliggende, mot en forståelse av helse som et individuelt anliggende. Fosterdiagnostikk i form av tidlig ultralyd kan fremme en slik individualisert forståelse ved å legge ansvaret for helse over på det enkelte individs genetiske utrustning og den enkelte gravides valg.

- Folkehelsearbeidere har et ansvar for å fremme politisk tilrettelegging for at funksjonshemmede kan delta aktivt i både sosial og produktiv virksomhet. Marginalisering og diskriminering utfra funksjonsevne bidrar til en oppfattelse av funksjonshemmede som en samfunnsbyrde. En følge av at funksjonshemmede ikke gis sosial posisjon, kan være en rettferdiggjøring av bruk av fosterdiagnostikk og abort av funksjonshemmede fostre.
- Folkehelsearbeidere bør være bevisst sin rolle som maktutøvere, og være etisk reflektert rundt de metoder som tas i bruk for å fremme helse og forebygge sykdom. Dette inkluderer en kritisk bevissthet rundt teknologisk optimisme, samt ydmykhet for at den medisinske forståelsen av helse alene ikke definerer livskvalitet og menneskeverd.

## 7.4 Konklusjon og forslag til videre forskning

Prosjektet har vist at blogger i stor grad benyttes som arena for kritisk debatt rundt en rekke etiske, medisinske og feministiske dilemmaer knyttet til en innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom. Dette er dilemmaer som også har stor relevans for folkehelsefaget. Debatten bærer i seg helseaktivisme og ønske om å påvirke politiske beslutningstakere. Det er, med veksten i sosiale medier og et stadig større fokus på helse i befolkningen, grunn til å anta at tendensen til å ta i bruk blogger som kommunikasjons- og debattarena vil være økende. Dermed synliggjøres også det potensialet toveiskommunikasjon i sosiale medier har som verktøy for folkehelsefaget.

I dette prosjektet ble det utelukkende fokusert på debatten om innføring av tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom slik den foregikk i norske blogger. Prosjektet har således synliggjort andre aktuelle og nærliggende områder for empiriske undersøkelser.

Et bredere fokus, der for eksempel andre typer sosiale medier, screening etter andre sykdommer/funksjonshemminger eller en lengre tidsperiode ble inkludert, ville muligens gi andre funn. Det ville videre vært interessant å utvide fokuset til hvordan debatten om tidlig ultralyd artet seg i andre medier, og således se om denne debatten skiller seg fra eller ligner bloggdebatten.

Videre er empowerment-aspektet ved sosiale medier et spennende område for forskning. Er blogger en arena for meningsytring for de som ikke har tilgang til andre medier? Dermed er det også interessant å undersøke om kritisk debatt slik den forekommer i blogger har reell innflytelse når politiske beslutninger skal gjøres. Oppnår for eksempel et bloggkollektiv organisert rundt en spesifikk sak, slik som Neitilsortering.no, målene sine om politisk innflytelse? Dette prosjektet diskuterer om ulike kjennetegn ved bloggene, slik som manglende krav til sjangerforståelse og bruk av personlige historier, kan bidra til at bloggere har innflytelse over opinionsmeninger og beslutningstakere. Dette er et spennende område for empirisk etterprøving. Snur man problemstillingen på hodet, er det interessant å undersøke om helseaktører lykkes i meningsfull toveiskommunikasjon med brukerne av

sosiale medier. Funn i dette prosjektet kan også utvides ved hjelp av andre metoder enn diskursanalyse, for eksempel intervju eller surveys der man undersøker hvordan bloggerne selv opplever bruk av sosiale medier og hvilken funksjon de mener det å blogge om aktuelle helsepolitiske temaer har.

Innen folkehelsefeltet ville det også vært interessant å utforske hvordan diskurs kan gi oss ny innsikt om helsedeterminanter. En undersøkelse av hvordan folkehelsearbeidere selv oppfatter helse og bruker sin definisjonsmakt til å påvirke andre i retning av god helse, ville vært av særlig interesse. Jeg slutter meg således til Larson og Hrastinkis (2011) sin etterlysning av flere bloggstudier i det sosialmedisinske feltet som kan gi oss en bedre forståelse av helse og helsetjenester.

## Kapittel 8.0 Kilder

Aasen, H. S. (2003): Fosterdiagnostikk og retten til å være annerledes. I: Markussen, E. (red): *Menneskeverd funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Austad, T. (1980): Den ideelle fordring og det etiske kompromiss i abortsaken. I: Roland, M. og Schjøth, A. E. (red): *Aktuelle problemer i medisinsk etikk*. Oslo: Luther Forlag.

Bakke, T., Kolberg, M. og Bjurstrøm, A. (2013): *Helseministeren snur og sier ja til kreftmedisin*. Lokalisert på World Wide Web 08.04.2013: <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.10946055>

Barnes, C. og Mercer, G. (2003): *Disability*. Cambridge: Polity Press.

Beck-Gernsheim, E. (2002): Health and responsibility: From social change to technological change and vice versa. I Adam, B., Beck U. og Van Loon, J., (eds): *The Risk Society and Beyond*. London: Sage.

Berg, S. F. (u.å): *Evy-bloggen*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013: <http://www.evykristine.com/evykristine.com/Blogg/Blogg.html>

Bioteknologinemda (2011a): *Fosterdiagnostikk*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013: <http://www.bion.no/temaer/fosterdiagnostikk/>

Bioteknologinemda (2011b): *Tidlig ultralyd: Sier nei til rutinekontroll*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013: <http://www.bion.no/2012/04/tidlig-ultralyd-sier-nei-til-rutinekontroll/>

Brandtzæg, P. B. og Lüders, M. (2008): *eBorger 2.0: den alminnelige borger som leverandør av offentlig informasjon?* SINTEF rapport: A8642. Trondheim: SINTEF IKT.

Brekke, M. (2006): Analyse og fortolkning av tekst i forskningen. I: Brekke, M. (red.): *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Burr, V. (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. London: Sage.

Casper, M. (1998): *The making of the unborn patient*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Cheek, J. (2004): *At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research*. *Qualitative Health Research*, Vol. 14 No. 8, 2004; 1140-1150.

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009): *Internett-forskning*. Lokalisert på World Wide Web 28.03.2013: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/Internett-forskning/>

Ekelund, C. K. et al. (2010): *Risikovurdering for Downs syndrom i Danmark – sekundærpublikation*. *Ugeskr Læger* 2010; 172(23): 1777.

Elnan, C. (2013): *Instagram stopper sykdomsbilder av spiseforstyrrelser*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.10900196>

Engelstad, F. (1999): *Maktbegrepet etter Max Weber*. I: Engelstad F. (red.): *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Evensen, J. P. og Simonsen, A. H. (2010): *Se! Lærebok i visuell journalistikk*. Kristiansand: IJ-forlaget.

Fangen, K. (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2009): *Statens kommunikasjonspolitikk*.

Foss, G. S. (2012): *Gentesting. Trenger regler mer enn noen gang*. *GENialt* nr. 1/2012: 16-17.

Fossbakken, E. (2012): *Nettavisen kjøper blogg-selskap*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2012: <http://www.kampanje.com/medier/article6399675.ece>



Fosse, S. S. og Bjellaanes, O. K (2008): *Flermedialitet og journalistisk kvalitet: Gamle standarder i en ny verden*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013:  
<http://www.mediehus.org/2008/10/flermedialitet-og-journalistisk-kvalitet-gamle-standarder-i-en-ny-verden/>

Foucault, M. (2007): *Security, territory, population: lectures at the Collège de France, 1977-78*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Fugelli, P. (2003): *0-visjonen. Essays om helse og frihet*. Universitetsforlaget.

Gitlesen, J. P (2012): *Kjære SV-medlem, tenk deg om*. Lokalisert på World Wide Web 01.05.2013:  
<http://neitilsortering.no/2012/04/22/kjaere-sv-medlem-tenk-deg-om/#more-991>

Goksøy, M. W (2011): *Hva var det uverdige?* Lokalisert på World Wide Web 03.04.2013:  
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article4048021.ece#UVwQlpN7L0c>

Hegvik, G. K og Johnsen, A. B (2011): *Oppvask etter at Marte møtte Jens*. Lokalisert på World Wide Web 03.04.2013: <http://pluss.vg.no/2011/02/18/209/l88aZY7>

Helsedirektoratet (2011): *Evaluering av bioteknologiloven*. IS-1897 Rapport.

Helsedirektoratet (2012a): *Senaborter etter uke 22*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013:  
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/senaborter-etter-22-uke.aspx>

Helsedirektoratet (2012b): *Utfordrer til «hvite uker»*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013:  
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/utfordrer-til-hvite-uker.aspx>

Helsedirektoratet (2012c): *Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013: <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjossikkerhet/dokumenter/veiledere/Sider/veileder-for-sosiale-medier.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Lindrende omsorg for barn med begrensede leveutsikter*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/lindrende-omsorg-for-barn-med-begrensede.html?id=712675>

Henschien, S. (2011): *Siri valgte å la datteren leve*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013:  
<http://www.tv2.no/nyheter/magasinet/siri-valgte-aa-la-datteren-leve-3382085.html>

Hovdenak, S. S (2006): Tekstanalyse i diskursanalytisk og hermeneutisk perspektiv. I: Brekke, M. (red.): *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

ICD-10 (2013): *F70-F79 Psykisk utviklingshemming*. 10. revisjon. Helsedirektoratet, elektronisk søkeverktøy ICD-10 versjon 1 for 2013. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013:  
<http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|2596295|flow>

Jong, A. de, Dondorp, W. J, Die-Smulders C., Frints S. og Wert, G. (2010): *Non-invasive prenatal testing: ethical issues explored*. European Journal of Human Genetics 18:272-277.

Jørgensen, M. W. og Phillips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

Kress, G. (1985): *Linguistic processes in socio-cultural practice*. Victoria, Australia: Deakin University Press.

García, E., Timmermans, D. og Leeuwen E. van (2008): *The impact of ethical beliefs on decisions about prenatal screening tests: Searching for justification*. Social Science & Medicine 66:753-764.

Gottfredsdóttir, H. og Björnsdóttir, K. (2010): *'Have you had the test?' A discourse analysis of media presentation of prenatal screening in Iceland*. Scand J Caring Sci; 2010; 24; 414-421.

Grue, L. (2003): Medisinsk og sosial forståelse av funksjonshemming. Implikasjoner for deltaking og likestilling. I: Markussen, E. (red): *Menneskeverd funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Grüters, R. (2011): *Refleksjon i blogg: En hermeneutisk studie av refleksjon og dens tekstlige og retoriske manifestasjoner i en ny type skrive- og arkiveringsteknologi*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det humanistiske fakultet, Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013:  
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:no:ntnu:diva-12512>

Larsen, S og Solvoll, M. K. (2012): *Medieplanlegging*. Bergen: Fagbokforlaget.

Larsson, A. O. og Hrastinski, S. (2011): *Blogs and blogging: Current trends and future directions*. First Monday, vol. 16, nr. 3.

Lauvrak, V. et. al (2012): *Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen*. Notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Tidlig+ultralyd+i+svangerskapsomsorgen.14395.cms?threepagenor=1>

Lomheim, Sylfest (2012): *Tale er gull*. Oslo: Det Norske Samlaget.

LOV 1975-06-13 nr 50: *Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Magnus, P. og Bakketeig, L. S. (2003): *Epidemiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Markussen, E. (2003): *Funksjonshemmede – hvem snakker vi om? I: Markussen, E. (red) (2003): Menneskeverd funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Miller, E. A., Pole, A. og Bateman, C. (2011): *Variation in Health Blog Features and Elements by Gender, Occupation, and Perspective*. Journal of Health Communication: International Perspectives. 16:7, 726-749.

Misje, H. K. og Heggdal, Ø (2013): *- Uten tolk har jeg ingenting å leve for*. Lokalisert på World Wide Web 08.04.2013: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10108070>

Mjelva, H. K. (2012): *-Sjuke barn har rett til å sleppe å leve*. Lokalisert på World Wide Web 25.03.2012: <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/--Sjuke-barn-har-rett-til-a-sleppe-a-leve-2680858.html#.UVCg3Bwz30c>

Mo, E., Seliussen, I., Irgens, L. M. og Gåsemyr, K. (2006): *Rapport 2005 om nemndbehandlede svangerskapsavbrudd*. Bergen: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2013): *Medisinsk fødselsregisters statistikkbank*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2010): *Diagnose: Antall fødsler med utviklingshemming*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013: <http://naku.no/node/203>

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2011): *Vedtak i saken om etablering av et offentlig tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013: <http://www.kvalitetogprioritering.no/Nyheter/Vedtak+i+saken+om+etablering+av+et+offentlig+tilbud+om+tidlig+ultralyd+i+svangerskapet.14298.cms>

Neitilsortering.no (2013a): *Partiene*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013: <http://neitilsortering.no/partiene/>

Neitilsortering.no (2013b): *Om neitilsortering.no*. Lokalisert på World Wide Web 01.05.2013: <http://neitilsortering.no/omnettsiden/>

Nicolaides, K., Heath, V. og Liao, A. (2000): *The 11-14 week scan*. *Ballieres Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology* 14:581-594.

NTB (2012a): *Ultralyd-debatten utsatt*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013: <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.8213124>

NTB (2012b): *Norsk studie tyder på at jentefostre blir valgt bort*. Lokalisert på World Wide Web 28.03.2013: <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/norsk-studie-tyder-paa-at-jentefostre-blir-valgt-bort-3677337.html>

Oltedal, A. (2012): *Vesentleg og viktig?: Om profesjonsverdier i journalistkvardagen*. Kristiansand: IJ-forlag.

Patton, M. Q. (2002): *Qualitative evaluation and research methods*. 3. edition. Newsbury Park: Sage.

Petersen, A. og Bunton, R. (2002): *The New Genetics and the Public's Health*. London: Routledge.

Rambøl, I. B. (2012): *Siri valgte å bære frem et barn med alvorlig kromosomfeil*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013: <http://www.mamma.no/mammaliv/siris-valg>

Randsborg, E. (2012): *Livredderen*. Lokalisert på World Wide Web 19.04.2013: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Livredderen-6952505.html#.UXEHGrV7L0c>

Raphael, D. (2011): *A discourse analysis of the social determinants of health*. *Critical Public Health*, vol. 21, No. 2, 221-236.

Reynolds, T. M. (2003): *Down's syndrome screening is unethical: views of today's research ethics committees*. *J Clin Pathol* 2003; 56: 268-270.

Rundskriv I-40/2001: *Indikasjon for innvilgelse av svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke - retningslinjer for abortnemndens skjønnsutøvelse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Rydland, S. (2013): *«Eg følte eg var rar og egoistisk fordi eg ikkje greidde å ta abort»*. Lokalisert på World Wide Web 18.04.2013: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.10975100>

Sarwar, S. og Åsebø, S. (2012): *Tror jentefostre blir valgt bort*. Lokalisert på World Wide Web 25.03.2013: <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10074849>

Servaes, J. og Malikhao, P. (2010): *Advocacy strategies for health communication*. Public Relations Review 36 (2010) 42-49.

Sharma, G., McCullough, L. B. og Chervenak, F. A. (2007): *Ethical Considerations of Early (First vs. Second Trimester) Risk Assessment Disclosure for Trisomy 21 and Patient Choice in Screening Versus Diagnostic Testing*. Am J Med Genet Part C Semin Med Genet 145C:99-104.

Silvia, T. og Anzur, T. (2011): *Power Performance. Multimedia Storytelling for Journalism and Public Relations*. London: Wiley-Blackwell.

Smith, A.(1980): Det bibelske normgrunnlaget i abortsaken. I: Roland, M. og Schjøth, A. E. (red): *Aktuelle problemer i medisinsk etikk*. Oslo: Luther Forlag.

Solar, O. og Irwin, A. (2007): *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. The Minority Health and Health Equity Archive. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

Sosial- og helsedepartementet (2004): *Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet*. Rundskriv IS-23/2004.

St.meld. nr. 23 (1977-78): *Om funksjonshemmede i samfunnet*. Sosialdepartementet, Oslo.

St. meld. nr. 34 (1996-97): *Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Arbeidsdepartementet, Oslo.

St.meld. nr. 8 (1998-99): *Om handlingsplan for funksjonshemma – Deltaking og likestilling*. Sosialdepartementet, Oslo.

St. meld. nr. 14 (2001-02): *Evaluering av lov om medisinsk bruk av bioteknologi*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

St. meld. nr. 16 (2010-11): *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Store medisinske leksikon (2013): *Downs syndrom*. Lokalisert på World Wide Web 28.02.2013:  
[http://snl.no/Downs\\_syndrom](http://snl.no/Downs_syndrom)

Stray-Pedersen, S. (1980): Prenatal diagnostikk. I: Roland, M. og Schjoth, A. E. (red): *Aktuelle problemer i medisinsk etikk*. Oslo: Luther Forlag.

Tidsskriftet blogg (u.å): *Serie: #SoMedisin*. Lokalisert på World Wide Web 01.03.2013:  
<http://blogg.tidsskriftet.no/category/serie/somedisin/>

Tønnesson, J. L. (2008): *Hva er sakprosa?* Oslo: Universitetsforlaget.

Valgprat.no (u.å): *Bloggoversikt*. Lokalisert på World Wide Web 08.04.2013:  
<http://valgprat.no/bloggoversikt/>

Voll-utvalget (1990): *Abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av fosterskade*. Helsedirektoratets utredningsserie nr. 8.

Williams C., Sandall, J., Lewando-Hundt, G., Heyman, B., Spencer, K. og Grellier, R. (2005): *Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening*. *Social Science & Medicine* 61: 1983-1992

Wimmer, R. D. og Dominick, J. R. (2006): *Mass media research: An introduction*. 8. utg. Belmont, Calif.

## Vedlegg 1. Informasjonsskriv om masteroppgave i folkehelsevitenskap

Jeg kontakter deg angående ditt/dine blogginnlegg om tidlig ultralyd på bloggen \_ , skrevet \_

Jeg er masterstudent i folkehelse på Universitetet for miljø- og biovitenskap på Ås, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er debatten om tidlig ultralyd og screening etter Downs syndrom. Jeg er interessert i å undersøke hvordan diskusjonen om dette temaet har artet seg her i Norge. Jeg ønsker blant annet å se på hvilke grupper som engasjerer seg i debatten (pårørende, politikere, yrkesgrupper, osv), hvilke argumenter som benyttes, og om noen av disse argumentene brukes oftere og tillegges mer vekt enn andre.

I den forbindelse ønsker jeg å gjøre en analyse av alle blogginnlegg skrevet om dette temaet i Norge i 2011 og 2012. Jeg ønsker å inkludere ditt/dine blogginnlegg i analysen. Alle som har skrevet slike blogginnlegg i denne perioden får en slik mail av meg, det dreier seg i overkant av 100 stykker. *Jeg vil understreke at det ikke vil være mulig å gjenkjenne ditt/dine blogginnlegg i oppgaven og at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.* Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen andre enn meg vil ha tilgang til personidentifiserbare data.

Debatten om hvorvidt tidlig ultralyd bør innføres som universell tjeneste i Norge er etter mitt syn svært viktig og interessant, og det finnes vektige argumenter både på motstander- og tilhengersiden. Dine/Ditt blogginnlegg vil derfor være svært relevant i min analyse, jeg håper naturligvis å få et så bredt analysegrunnlag som mulig. Blogginnlegg er i utgangspunktet offentlig tilgjengelig materiale, men jeg ønsker likevel gi deg mulighet til å motsette deg at innlegget ditt/innleggene dine blir brukt i analysen. Du trenger ikke gi noen forklaring på hvorfor du ikke ønsker at jeg skal benytte ditt/dine blogginnlegg.

Hvis det er noe du lurer på, eller hvis du ikke ønsker at jeg skal bruke ditt/dine blogginnlegg i analysen, kan jeg kontaktes på telefon 98640294 eller på e-post [marianne\\_eidem@hotmail.com](mailto:marianne_eidem@hotmail.com).

Studiet er meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen Marianne Eidem



## Vedlegg 2. Beskjed til kommentarfelt

Hei! Jeg heter Marianne Eidem og er masterstudent i folkehelsevitenskap på Universitetet på Ås. Jeg skriver masteroppgaven min om tidlig ultralyd, og er interessert i å inkludere ditt/dine blogginnlegg i min analyse. Jeg hadde satt pris på om du kunne sende meg en mail på [marianne\\_eidem@hotmail.com](mailto:marianne_eidem@hotmail.com), slik at jeg kan sende deg mer informasjon. Din kontaktinformasjon vil behandles konfidensielt av meg, jeg vil ikke gi navnet og e-post-adressen din videre til andre.

## Vedlegg 3. Transkripsjonsskjema for blogginnleggene

Blogginnlegg nr:

Plattform:

Type blogg/tema for bloggen:

### **Standpunkt**

*Er innlegget positiv (P), negativ (N) eller drøftende (D) til innføring av tidlig ultralyd?*

### **Sjanger**

*Hvilken sjanger er innlegget skrevet i?*

### **Aktør**

*Er bloggeren mann eller kvinne?*

*Hvilken tilhørighet har bloggeren? Eks: pårørende/omsorgsgiver, yrkestilhørighet, politisk tilhørighet?*

*Framkommer demografisk informasjon av innlegget/bloggen?*

*Hva slags:*

### **Innfallsvinkel**

*Er innlegget skrevet ut fra synsvinkelen selvopplevd (S) eller av en utenforstående (U)?*

*Er aktørens tilhørighet sentralt i innlegget?*

## **Kildebruk**

*Bruker avsender kilder? J/N*

*Hvilke:*

*Brukes anekdotiske bevis (benytter avsender selvopplevde erfaringer som kilde)? J/N*

*Utdyp:*

*Benyttes påstander uten kildehenvisning? J/N*

*Utdyp:*

*Brukes offisielle nettsteder som kilde? Hvilke?*

## **Argumentasjon**

*Hvilke argumenter benyttes?*

*Er det spesielle ord/uttrykk som benyttes?*

*Uttrykkes ekstreme synspunkter/ytterpunkter? J/N*

*Utdyp:*

*Omtaler bloggeren meningsmotstandere? J/N*

*Hvis ja, hvordan?:*

*Kommer innlegget med politiske oppfordringer eller omtales politiske partier?*

*Er innlegget skrevet av en politiker?*

*Hvordan omtales funksjonshemming?*

*Defineres debatten («denne debatten handler om»)?*

### **Bildebruk**

*Benyttes bilde? J/N*

*Antall:*

*Hva forestiller bildet?*

*Hvor er bildet hentet fra?*

*Passer bildet overens med budskapet i teksten?*

*Kjennetegnes bildet av å være sjokkerende, empativekkende eller ha andre «undertoner»?*

*Utdyp:*

## Vedlegg 4. Tilbakemelding fra NSD

Nor mfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havist 11 fagres gate 29  
1 - 007 Oslø  
Norway  
tel: +47-22 58 21 1/  
fax: +47-22 58 90 50  
nsd@nso.uio.no  
www.nsd.uio.no  
Orgnr: 905 11 054

Grete Grindal Patil  
Institutt for plante- og miljøvitenskap  
Universitetet for miljø og biovitenskap  
Postboks 5003  
1432 ÅS

Vf dato: 25.09.2012

Vr ref:1980 / 3 / MAS

Dens dato:

Dens ref:

### TILBAKEMELDING PA MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31650	<i>En diskursanalyse av debatten om prenatal smerting etter Downs syndrom i norske keleblogger</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Grete Grindal Patil/</i>
Student	<i>Marianne Eldem</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilfildling forutsetter at prosjektet gjennomføres i trill med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom píl at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uio.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uio.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal ogul gis melding etter tre ar dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2013, rette en beavendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

V Jnlíg hilsen

\;: .JL -

Vi C!ls Namtreedt Kvalheim



Prosjektet er en diskursanalyse av norske blogginnlegg mellom 2011-2012 rundt temaene prenatal undersøkelse og Downs syndrom.

Utvalget i datamaterialet representeres av rundt 100 blogginnlegg fra forskjellige bloggere. Disse rekrutteres ved at studenten tar kontakt gjennom skriftlig informasjon. Ombudet legger til grunn for vurderingen at blogger, og personopplysninger som fremgår av disse, er omsluttet av personopplysningsloven og kan ildce fritt benyttes til forskningsformal. Det forutsettes dermed, i trid med prosjektmeldingen, at studien er samtykkebasert og at bloggere kan reservere seg mot a delta i studien samt mot a fa sine blogginnlegg benyttet.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtyldce basert pa skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkar.

Ombudet finner det sannsynlig at det blir registrert sensitive personopplysninger om politisk, filosofisk eller religios oppfatning jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 a).

Innsamlede opplysninger registreres pa privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfolger Universitetet for miljo- og biovitenskap sine interne mtiner for datasildderhet, spesielt med tanke pa bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet sicalavsluttes 15.05.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnokkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjonn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 5. Tillegg til kapittel 5

### Vedlegg 5.1 Fordeling av aktørenes bruk av egen tilhørighet på bloggtype, standpunkt, sjanger, kjønn og aktørtilhørighet

Tabell 5.1.1: Fordeling av bloggtype på aktørenes bruk av tilhørighet

Bloggtype	Aktørenes bruk av tilhørighet			
	Utenforstående	Sentral tilhørighet	Anekdotiske bevis	Påstander om egne valg
Politikk og samfunnsspørsmål	37 (66 %)	23 (72 %)	11 (42,5 %)	6 (38 %)
Mammablogg	5 (9 %)	1 (3 %)	13 (50 %)	5 (31 %)
Inget særskilt fokus	4 (7 %)	1 (3 %)	2 (7,5 %)	5 (31 %)
Helse og medisin	7 (12,5 %)	5 (15,5 %)	0 (-)	0 (-)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	3 (5,5 %)	2 (6,5 %)	0 (-)	0 (-)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	26 (100 %)	16 (100 %)

Tabell 5.1.2: Fordeling av standpunkt på aktørenes bruk av tilhørighet

Standpunkt	Aktørenes bruk av tilhørighet			
	Utenforstående	Sentral tilhørighet	Anekdotiske bevis	Påstander om egne valg
Positiv	11 (19,5 %)	4 (12,5 %)	7 (27 %)	8 (50 %)
Negativ	36 (64,5 %)	28 (87,5 %)	16 (61,5 %)	3 (19 %)
Uavklart	9 (16 %)	0 (-)	3 (11,5 %)	5 (31 %)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	26 (100 %)	16 (100 %)

Tabell 5.1.3: Fordeling av sjanger på aktørenes bruk av tilhørighet

Sjanger	Aktørenes bruk av tilhørighet			
	Utenforstående	Sentral tilhørighet	Anekdotiske bevis	Påstander om egne valg
Dagbok	9 (16 %)	1 (3 %)	12 (46 %)	8 (50 %)
Journalistisk	45 (80,5 %)	31 (97 %)	14 (54 %)	8 (50 %)
Akademisk	2 (3,5 %)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	26 (100 %)	16 (100 %)

**Tabell 5.1.4: Fordeling av kjønn på aktørens bruk av tilhørighet**

Kjønn	Aktørens bruk av tilhørighet			
	Utenforstående	Sentral tilhørighet	Anekdotiske bevis	Påstander om egne valg
Kvinne	26 (46,5 %)	14 (44 %)	22 (84,5 %)	14 (87,5 %)
Mann	30 (53,5 %)	15 (47 %)	3 (11,5 %)	2 (12,5 %)
Ikke oppgitt	0 (-)	3 (9 %)	1 (4 %)	0 (-)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	26 (100 %)	16 (100 %)

**Tabell 5.1.5: Fordeling av aktørtilhørighet på aktørens bruk av tilhørighet**

Aktørtilhørighet <sup>32</sup>	Aktørens bruk av tilhørighet			
	Utenforstående	Sentral tilhørighet	Anekdotiske bevis	Påstander om egne valg
Politisk tilhørighet	26 (46,5 %)	17 (53 %)	3 (11,5 %)	5 (6,5 %)
Berørte	8 (14,5 %)	10 (31,5 %)	24 (92,5 %)	1 (6,5 %)
Ingen tilhørighet oppgitt	9 (16 %)	0 (-)	1 (4 %)	10 (62,5 %)
Medisinsk yrkestilhørighet	15 (27 %)	8 (25 %)	2 (7,5 %)	1 (6,5 %)
Organisasjons-tilhørighet	10 (18 %)	12 (37,5 %)	5 (19 %)	0 (-)
Kristen tilhørighet	8 (14,5 %)	9 (28 %)	0 (-)	0 (-)
Sum	56	32	26	16

<sup>32</sup> Tilhørighetene kan overlappe hverandre, sluttsummen blir derfor ikke 100 %.



## Vedlegg 5.2 Fordeling av aktørenes bruk av argumentasjonsklynger og argumenter

Tabell 5.2.1: Fordeling av argumentasjonsklynger på aktørtilhørighet. I parentes vises prosent av antall innlegg skrevet av aktørene som inneholder argumenter fra klyngen.

	Politisk tilhørighet	Berørte	Ingen tilhørighet oppgitt	Medisinsk yrkes-tilhørighet	Organisasjons-tilhørighet	Kristen tilhørighet
<b>Klynge [a]: Sortering</b>	33 (70 %)	17 (48,5 %)	9 (45 %)	14 (52 %)	14 (61 %)	16 (94 %)
<b>Klynge [b]: Medisinsk gevinst</b>	30 (64 %)	18 (51,5 %)	12 (60 %)	13 (56,5 %)	9 (39 %)	10 (59 %)
<b>Klynge [c]: Menneskeverd</b>	18 (38 %)	18 (51,5 %)	6 (30 %)	9 (39 %)	13 (52 %)	17 (76,5 %)
<b>Klynge [d]: Ressursbruk</b>	22 (47 %)	12 (34 %)	7 (35 %)	11 (48 %)	9 (39 %)	6 (35 %)
<b>Klynge [e]: Abort-spørsmål</b>	20 (42,5 %)	10 (28,5 %)	7 (35 %)	8 (35 %)	4 (17 %)	3 (18 %)
<b>Klynge [f]: Konsekvensbekymring</b>	18 (38 %)	14 (40 %)	4 (20 %)	12 (52 %)	15 (65 %)	4 (23,5 %)
<b>Klynge [g]: Samfunns-kontekst</b>	12 (25,5 %)	16 (46 %)	5 (25 %)	9 (39 %)	10 (43,5 %)	0 (-)

**Tabell 5.2.2: Fordeling av aktørgruppenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, enten som intendert eller uintendert konsekvens».**

<i>Innføring av tidlig ultralyd vil føre til sortering av fostre, enten som intendert eller uintendert konsekvens</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (av totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	16 (av 47)	34 %
Berørte	11 (av 35)	31,5 %
Ingen tilhørighet	3 (av 20)	15 %
Medisinsk yrkestilhørighet	7 (av 23)	30,5 %
Organisasjonstilhørighet	8 (av 23)	35 %
Kristen tilhørighet	11 (av 17)	64,5 %

**Tabell 5.2.3: Fordeling av aktørgruppenes bruk av argumentet «Det er likhet mellom innføring av tidlig ultralyd og arvehygiene/eugenikk»**

<i>Det er likhet mellom innføring av tidlig ultralyd og arvehygiene/eugenikk</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (av totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	1 (av 47)	2 %
Berørte	4 (av 35)	11,5 %
Ingen tilhørighet	1 (av 20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	0 (av 23)	0 %
Organisasjonstilhørighet	3 (av 23)	13 %
Kristen tilhørighet	1 (av 17)	6 %

**Tabell 5.2.4: Fordeling av aktørgruppens bruk av argumentet «Det er likheter mellom kjønnsselektiv abort og abort av fostre med funksjonsnedsettelse»**

<i>Det er likheter mellom kjønnsselektiv abort og abort av fostre med funksjonsnedsettelse</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (av totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	3 (47)	6,5 %
Berørte	4 (35)	11,5 %
Ingen tilhørighet	0 (av 20)	0 %
Medisinsk yrkestilhørighet	2 (23)	8,5 %
Organisasjonstilhørighet	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	3 (17)	17,5 %

**Tabell 5.2.5: Fordeling av aktørgruppens bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd vil føre til at det fødes færre barn med Downs syndrom</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	12 (47)	25,5 %
Berørte	6 (35)	17 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	7 (23)	30,5 %
Organisasjonstilhørighet	8 (23)	35 %
Kristen tilhørighet	10 (17)	59 %

**Tabell 5.2.6: Fordeling av aktørgruppenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd dreier seg ikke om sortering, og kan ikke sammenlignes med arvehygiene eller eugenikk»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd dreier seg ikke om sortering, og kan ikke sammenlignes med arvehygiene eller eugenikk</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	10 (47)	21 %
Berørte	0 (35)	-
Ingen tilhørighet	3 (20)	15 %
Medisinsk yrkestilhørighet	1 (23)	4 %
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-
Kristen tilhørighet	0 (17)	-

**Tabell 5.2.7: Fordeling av aktørgruppenes bruk av argumentet «Tidlig ultralyd har ingen helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom»**

<i>Tidlig ultralyd har ingen helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	16 (47)	34 %
Berørte	5 (35)	14,5 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	8 (23)	35 %
Organisasjonstilhørighet	6 (23)	26 %
Kristen tilhørighet	8 (17)	47 %

**Tabell 5.2.8: Fordeling av aktørgruppens bruk av argumentet «Tidlig ultralyd har helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom – er egnet til å oppdage andre tilstander»**

<i>Tidlig ultralyd har helsegevinst utover det å oppdage Downs syndrom – er egnet til å oppdage andre tilstander</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	5 (47)	10,5 %
Berørte	7 (35)	20 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	1 (23)	4,5 %
Organisasjonstilhørighet	1 (23)	4,5 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-

**Tabell 5.2.9: Fordeling av aktørgruppens bruk av trygghetsargumentet**

<i>Trygghetsargumentet (tidlig ultralyd fører eller fører ikke til større trygghet for den gravide)</i>				
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Gir trygghet</b>		<b>Gir ikke trygghet</b>	
	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %	3 (47)	6,5 %
Berørte	1 (35)	3 %	2 (35)	5,5 %
Ingen tilhørighet	4 (20)	20 %	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	1 (23)	4,5 %	4 (23)	17,5 %
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-	1 (17)	6 %

**Tabell 5.2.10: Fordeling av aktørenes bruk av forberedelsesargumentet**

<b>Forberedelsesargumentet (tidlig ultralyd gir eller gir ikke den gravide mulighet til å forberede seg når funksjonsnedsettelse oppdages)</b>				
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Gir tid til forberedelse</b>		<b>Gir ikke tid til forberedelse</b>	
	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i
Politisk tilhørighet	2 (47)	4,5 %	2 (47)	4,5 %
Berørte	4 (35)	11,5 %	1 (35)	3 %
Ingen tilhørighet	3 (20)	15 %	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	0 (23)	-	0 (23)	-
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-	0 (23)	-
Kristen tilhørighet	0 (17)	-	0 (17)	-

**Tabell 5.2.11: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Tidlig ultralyd har for lav spesifisitet og sensitivitet»**

<b>Tidlig ultralyd har for lav spesifisitet og sensitivitet</b>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	10 (47)	21,5 %
Berørte	1 (35)	3 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	2 (23)	8,5 %
Organisasjonstilhørighet	4 (23)	17,5 %
Kristen tilhørighet	3 (17)	17,5 %

**Tabell 5.2.12: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Alle mennesker har samme verdi»**

<i>Alle mennesker har samme verdi</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	9 (47)	19 %
Berørte	5 (35)	14,5 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	4 (23)	17,5 %
Organisasjonstilhørighet	5 (23)	21,5 %
Kristen tilhørighet	10 (17)	58,5 %

**Tabell 5.2.13: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at mennesker har ulik verdi»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd gir et signal om at mennesker har ulik verdi</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %
Berørte	4 (35)	11,5 %
Ingen tilhørighet	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	4 (23)	17,5 %
Organisasjonstilhørighet	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	7 (17)	41 %

**Tabell 5.2.14: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres»**

<i>Mennesker med funksjonsnedsettelse diskrimineres</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %
Berørte	11 (35)	31,5 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	3 (23)	13 %
Organisasjonstilhørighet	7 (23)	30,5 %
Kristen tilhørighet	2 (17)	12 %

**Tabell 5.2.15: Fordeling av aktørenes bruk av «barn av solen»-argumenter**

<i>Mennesker med funksjonsnedsettelse har positive egenskaper som tilsier at de ikke er en byrde for foreldrene og/eller samfunnet - taler mot innføring av tidlig ultralyd</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %
Berørte	6 (35)	17 %
Ingen tilhørighet	3 (20)	15 %
Medisinsk yrkestilhørighet	0 (23)	-
Organisasjonstilhørighet	2 (23)	8,5 %
Kristen tilhørighet	2 (17)	12 %



**Tabell 5.2.16: Fordeling av aktørenes bruk av utjamningsargumentet**

<b>Utjamningsargumenter/rettferdighetsargumenter: At tidlig ultralyd kan kjøpes hos private tilbydere, <i>taler</i> eller <i>taler ikke</i> for offentlig finansiering</b>				
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Utjamning taler for offentlig finansiering</b>		<b>Utjamning taler ikke for offentlig finansiering</b>	
	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i
Politisk tilhørighet	6 (47)	13 %	7 (47)	15 %
Berørte	3 (35)	8,5 %	2 (35)	5,5 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	0 (23)	-	5 (23)	21,5 %
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-	4 (23)	17,5 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-	2 (17)	12 %

**Tabell 5.2.17: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Offentlige ressurser bør benyttes til andre formål enn tidlig ultralyd»**

<b>Offentlige ressurser bør benyttes til andre formål enn tidlig ultralyd</b>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	10 (47)	21,5 %
Berørte	5 (35)	14,5 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	4 (23)	17,5 %
Organisasjonstilhørighet	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	2 (17)	12 %

**Tabell 5.2.18: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Manglende medisinsk utbytte taler mot offentlig finansiering av tidlig ultralyd»**

<i>Manglende medisinsk utbytte taler mot offentlig finansiering av tidlig ultralyd</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	3 (47)	6,5 %
Berørte	2 (35)	5,5 %
Ingen tilhørighet	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	8 (23)	35 %
Organisasjonstilhørighet	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	1 (17)	6 %

**Tabell 5.2.19: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp»**

<i>Den gravide kvinnen har rett til kunnskap og selvbestemmelse over egen kropp</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	10 (47)	21,5 %
Berørte	2 (35)	5,5 %
Ingen tilhørighet	5 (20)	25 %
Medisinsk yrkestilhørighet	1 (23)	4,5 %
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-
Kristen tilhørighet	0 (17)	-

**Tabell 5.2.20: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Den gravide kvinnen stilles overfor et vanskelig/umulig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret»**

<i>Den gravide kvinnen stilles overfor et vanskelig/umulig valg når ultralydundersøkelsen påviser funksjonsnedsettelse hos fosteret</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %
Berørte	4 (35)	11,5 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	3 (23)	13 %
Organisasjonstilhørighet	1 (23)	-
Kristen tilhørighet	0 (17)	-

**Tabell 5.2.21: Fordeling av aktørenes bruk av argumenter om hvorvidt det kan skilles mellom selvbestemt og selektiv abort eller ikke**

<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Det kan ikke skilles mellom selvbestemt og selektiv abort</b>		<b>Det går et skille mellom selvbestemt og selektiv abort</b>	
	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	3 (47)	6,5 %	4 (47)	8,5 %
Berørte	0 (35)	-	5 (35)	14,5 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	1 (23)	4,5 %	3 (23)	13 %
Organisasjonstilhørighet	1 (23)	4,5 %	3 (23)	13 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-	0 (17)	-

**Tabell 5.2.22: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på individnivå»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på individnivå</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	10 (47)	21,5 %
Berørte	6 (35)	17 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %
Medisinsk yrkestilhørighet	8 (23)	35 %
Organisasjonstilhørighet	9 (23)	39 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-

**Tabell 5.2.23: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på samfunnsnivå»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd kan ha negative konsekvenser på samfunnsnivå</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	5 (47)	10,5 %
Berørte	6 (35)	17 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	2 (23)	8,5 %
Organisasjonstilhørighet	1 (23)	4,5 %
Kristen tilhørighet	1 (17)	6 %

**Tabell 5.2.24: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Innføring av tidlig ultralyd kan forskyve vår oppfatning av hva som er akseptable årsaker til å ta abort»**

<i>Innføring av tidlig ultralyd kan forskyve vår oppfatning av hva som er akseptable årsaker til å ta abort</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	4 (47)	8,5 %
Berørte	3 (35)	8,5 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	3 (23)	13 %
Organisasjonstilhørighet	4 (23)	17,5 %
Kristen tilhørighet	3 (17)	17,5 %

**Tabell 5.2.25: Fordeling av aktørenes bruk av argumentet «Den gravide har ikke reell valgfrihet når det gjelder å ta abort ved påvisning av funksjonsnedsettelse hos fosteret»**

<i>Den gravide har ikke reell valgfrihet når det gjelder å ta abort ved påvisning av funksjonsnedsettelse hos fosteret</i>		
<b>Aktørens tilhørighet</b>	<b>Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)</b>	<b>Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i</b>
Politisk tilhørighet	7 (47)	15 %
Berørte	10 (35)	28,5 %
Ingen tilhørighet	2 (20)	10 %
Medisinsk yrkestilhørighet	8 (23)	35 %
Organisasjonstilhørighet	8 (23)	35 %
Kristen tilhørighet	0	-

**Tabell 5.2.26: Fordeling av aktørenes bruk av argumenter om hvorvidt den gravide har reell valgfrihet i benyttelsen av tidlig ultralyd**

Den gravide <i>har</i> eller <i>har ikke</i> reell valgfrihet når det gjelder å benytte seg av tidlig ultralyd dersom det innføres som universell tjeneste				
Aktørens tilhørighet	Har reell valgfrihet		Har ikke reell valgfrihet	
	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i	Antall innlegg argumentet benyttes i (totalt antall innlegg skrevet av aktør med aktuell tilhørighet)	Prosent av innlegg skrevet av aktøren som argumentet benyttes i
Politisk tilhørighet	0 (47)	-	6 (47)	13 %
Berørte	3 (35)	8,5 %	4 (35)	11,5 %
Ingen tilhørighet	1 (20)	5 %	0 (20)	-
Medisinsk yrkestilhørighet	0 (23)	-	2 (23)	8,5 %
Kristen tilhørighet	0 (17)	-	0 (17)	-
Organisasjonstilhørighet	0 (23)	-	3 (23)	13 %

## Vedlegg 5.3 Fordeling av kildebruk etter bloggtype, sjanger, kjønn og aktørtilhørighet

**Tabell 5.3.1: Fordeling av bloggtype etter kildebruk**

Bloggtype	Kildebruk			
	Kategori 1: Brukte sporbare kilder	Kategori 2: Brukte kilder som ikke kan spores	Kategori 3: Brukte påstander uten kilder	Kategori 4: Brukte påstander som ikke krever kilde
Politikk og samfunnsspørsmål	38 (68 %)	19 (60 %)	38 (60,5 %)	5 (25 %)
Mammablogg	5 (9 %)	4 (18 %)	8 (12,5 %)	10 (50 %)
Annet/inget særskilt fokus	5 (9 %)	0 (-)	6 (9,5 %)	4 (20 %)
Helse og medisin	5 (9 %)	6 (12,5 %)	8 (12,5 %)	1 (5 %)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	3 (5 %)	3 (9,5 %)	3 (5 %)	0 (-)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	63 (100 %)	20 (100 %)

**Tabell 5.3.2: Fordeling av sjanger etter kildebruk**

Sjanger	Kildebruk			
	Kategori 1: Brukte sporbare kilder	Kategori 2: Brukte kilder som ikke kan spores	Kategori 3: Brukte påstander uten kilder	Kategori 4: Brukte påstander som ikke krever kilde
Dagbok	6 (11 %)	5 (15 %)	11 (17,5 %)	13 (65 %)
Journalistisk	48 (85,5 %)	27 (85 %)	52 (82,5 %)	7 (35 %)
Akademisk	2 (3,5 %)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	63 (100 %)	20 (100 %)

**Tabell 5.3.3: Fordeling av kjønn etter kildebruk**

Kjønn	Kildebruk			
	Kategori 1: Brukte sporbare kilder	Kategori 2: Brukte kilder som ikke kan spores	Kategori 3: Brukte påstander uten kilder	Kategori 4: Brukte påstander som ikke krever kilder
Kvinner	25 (44,5 %)	15 (47 %)	35 (55,5 %)	17 (85 %)
Menn	31 (55,5 %)	17 (53 %)	27 (43 %)	1 (5 %)
Ikke oppgitt	0 (-)	0 (-)	1 (1,5 %)	2 (10 %)
Sum	56 (100 %)	32 (100 %)	63 (100 %)	20 (100 %)

**Tabell 5.3.4: Fordeling av aktørtilhørighet etter kildebruk**

Aktørens tilhørighet <sup>33</sup>	Kildebruk			
	Kategori 1: Brukte sporbare kilder	Kategori 2: Brukte kilder som ikke kan spores	Kategori 3: Brukte påstander uten kilder	Kategori 4: Brukte påstander som ikke krever kilde
Politisk tilhørighet	25 (44,5 %)	17 (53 %)	29 (46 %)	1 (5 %)
Berørte	14 (25 %)	5 (15,5 %)	13 (20,5 %)	13 (65 %)
Ingen tilhørighet	8 (14,5 %)	2 (6,5 %)	9 (14,5 %)	6 (30 %)
Medisinsk yrkestilhørighet	13 (23 %)	11 (34,5 %)	14 (22 %)	1 (5 %)
Organisasjonstilhørighet	16 (28,5 %)	8 (25 %)	13 (20,5 %)	1 (5 %)
Kristen tilhørighet	10 (18 %)	10 (31,5 %)	12 (19 %)	0 (-)
Sum	56	32	63	20

<sup>33</sup> Tilhørighetene kan overlappe hverandre, sluttsummen blir derfor ikke 100 %.



## Vedlegg 5.4 Fordeling av bildebruk etter bloggtype, sjanger, standpunkt, kjønn og aktørtilhørighet

Tabell 5.4.1: Fordeling av bloggtyper etter bildebruk

Bloggtype	Har bilde (%)	Har ikke bilde (%)
Politikk og samfunnsspørsmål	21 (43,5 %)	47 (66 %)
Mammablogg	16 (33,5 %)	6 (8,5 %)
Annet/inget særskilt fokus	6 (12,5 %)	6 (8,5 %)
Helse og medisin	2 (4 %)	10 (14 %)
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	3 (6,5 %)	2 (3 %)
Sum	48 (100 %)	71 (100 %)

Tabell 5.4.2: Fordeling av sjanger etter bildebruk

Sjanger	Har bilde (%)	Har ikke bilde (%)
Dagbok	17 (35,5 %)	12 (17 %)
Journalistisk	31 (64,5 %)	57 (80,5 %)
Akademisk	0 (-)	2 (2,5 %)
Sum	48 (100 %)	71 (100 %)

Tabell 5.4.3: Fordeling av standpunkt etter bildebruk

Standpunkt	Har bilde (%)	Har ikke bilde (%)
Positiv	15 (31,5 %)	14 (20 %)
Negativ	22 (45,5 %)	52 (73 %)
Uavklart	11 (23 %)	5 (7 %)
Sum	48 (100 %)	71 (100 %)

Tabell 5.4.4: Fordeling av kjønn etter bildebruk

Kjønn	Har bilde (%)	Har ikke bilde (%)
Kvinner	29 (60,5 %)	41 (58 %)
Menn	18 (37,5 %)	28 (39,5 %)
Ikke oppgitt	1 (2 %)	2 (2,5 %)
Sum	48 (100 %)	71 (100 %)

**Tabell 5.4.5: Fordeling av aktørtilhørighet etter bildebruk**

<b>Aktørens tilhørighet<sup>34</sup></b>	<b>Har bilde (%)</b>	<b>Har ikke bilde (%)</b>
Politisk tilhørighet	18 (37,5 %)	29 (40,5 %)
Berørte	10 (20,5 %)	25 (35 %)
Ingen tilhørighet	14 (29 %)	6 (8,5 %)
Medisinsk yrkestilhørighet	6 (12,5 %)	17 (24 %)
Organisasjonstilhørighet	6 (12,5 %)	17 (24 %)
Kristen tilhørighet	9 (18,5 %)	8 (11,5 %)
Sum	48	71

---

<sup>34</sup> Tilhørighetene kan være overlappende, slik at sluttsummen ikke blir 100 %.

## Vedlegg 5.5 Fordeling av motiv etter bloggtype, sjanger, standpunkt og kjønn

Tabell 5.5.1: Fordeling av bloggtype etter motiv

Bloggtype	Motiv					
	Bilder relatert til graviditeten	Bilder av barn	Bilder av enkelt-personer	KrFUs kampanje-bilde	Humoristisk bilde	Annet bilde
Politikk og samfunnsspørsmål	7 (37 %)	2 (22 %)	6 (67 %)	1 (33,3 %)	1 (50 %)	7 (58,5 %)
Mammablogg	8 (42 %)	6 (67 %)	1 (11 %)	0	0	2 (16,5 %)
Annet/inget særskilt fokus	2 (10 %)	1 (11 %)	1 (11 %)	1 (33,3 %)	1 (50 %)	0
Helse og medisin	1 (5,5 %)	0	1 (11 %)	0	0	0
Religion, filosofi, etikk og vitenskap	1 (5,5 %)	0	0	1 (33,3 %)	0	3 (25 %)
Sum	19 (100 %)	9 (100 %)	9 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)	12 (100 %)

Tabell 5.5.2: Fordeling av sjanger etter motiv

Sjanger	Motiv					
	Bilder relatert til graviditeten	Bilder av barn	Bilder av enkelt-personer	KrFUs kampanje-bilde	Humoristisk bilde	Annet bilde
Dagbok	9 (47,5 %)	5 (55,5 %)	2 (22 %)	1 (33,5 %)	0	3 (25 %)
Journalistisk	10 (52,5 %)	4 (44,5 %)	7 (78 %)	2 (66,5 %)	2 (100 %)	9 (75 %)
Akademisk	0	0	0	0	0	0
Sum	19 (100 %)	9 (100 %)	9 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)	12 (100 %)

Tabell 5.5.3: Fordeling av standpunkt etter motiv

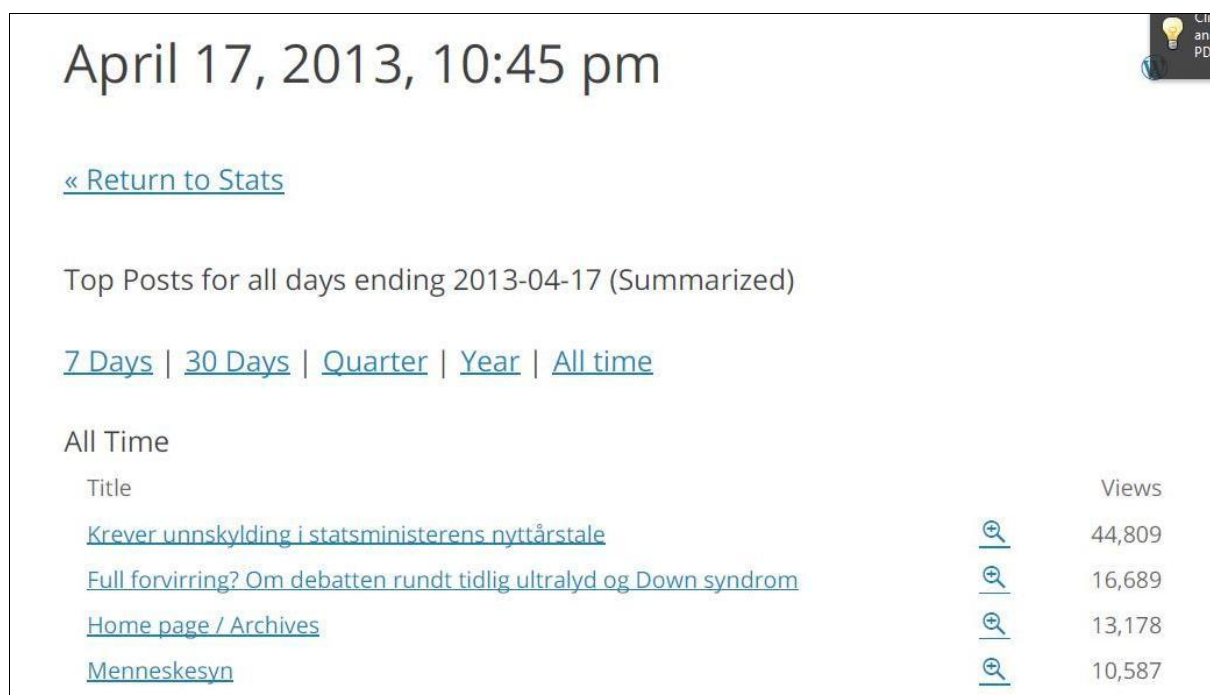
Standpunkt	Motiv					
	Bilder relatert til graviditeten	Bilder av barn	Bilder av enkelt-personer	KrFUs kampanje-bilde	Humoristisk bilde	Annet bilde
Positiv	9 (47,5 %)	3 (33,3 %)	2 (22 %)	0	0	2 (17 %)
Negativ	6 (31,5 %)	3 (33,3 %)	7 (78 %)	2 (66,5 %)	2 (100 %)	5 (41,5 %)
Uavklart	4 (21 %)	3 (33,3 %)	0	1 (33,5 %)	0	5 (41,5 %)
Sum	19 (100 %)	9 (100 %)	9 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)	12 (100 %)

**Tabell 5.5.4: Fordeling av kjønn etter motiv**

Kjønn	Motiv					
	Bilder relatert til graviditeten	Bilder av barn	Bilder av enkeltpersoner	KrFUs kampanjebilde	Humoristisk bilde	Annet bilde
Kvinner	12 (63 %)	8 (89 %)	3 (33,5 %)	1 (33,5 %)	0	5 (41,5 %)
Menn	7 (37 %)	1 (11 %)	4 (44,5 %)	2 (66,5 %)	2 (100 %)	7 (58,5 %)
Ikke oppgitt	0	0	2 (22 %)	0	0	0
Sum	19 (100 %)	9 (100 %)	9 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)	12 (100 %)

## Vedlegg 6. Skjermdump fra Neitilsortering.no sin leserstatistikk

Figur 6.1 og 6.2 viser leserstatistikk datert 17.04.2013 for Neitilsortering.no. Leserstatistikken ble gjort tilgjengelig for dette prosjektet av Jens Petter Gitlesen, initiativtaker til Neitilsortering.no.



Figur 6.1: Skjermdump fra Neitilsortering sin leserstatistikk fra 17.04.2013.



Figur 6.2: Skjermdump fra Neitilsortering sin leserstatistikk fra 17.04.2013