

Brev, 4. april 2005

Svar på henvendelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Mulige ændringer af loven om kunstig befrugtning

Indhold

Resumé

Pkt. 1 og 2: I hvilket omfang skal kunstig befrugtning finansieres af det offentlige?

Generelle overvejelser angående finansiering af kunstig befrugtning

Forskel i finansieringen af ydelsen for de involverede grupper

Pkt. 3 og 4: Ophævelse af parforholdskravet og vurdering af forældreegnethed

Generelle overvejelser angående parforholdskravet og vurdering af forældreegnethed

Barnets tarv

Holdninger til barnets tarv

Hvordan sikres det, at forældreegnetheden vurderes?

Det offentliges rolle

Pkt. 5: Donation af ubefrugtede æg

Overvejelser om donation af æg

Pkt. 6: Opbevaringstid for fosteranlæg

Overordnede argumenter om opbevaringstiden

Pkt. 7: Anonymitet i forbindelse med donation af æg og sæd

Resumé af rådets tidligere arbejde om anonymitet

Forskel i adgangen til identificerende oplysninger om donoren

Medlemmernes synspunkter

Medlemmernes synspunkter angående pkt. 1 og 2

Medlemmernes synspunkter angående punkt 3 og 4

Medlemmernes synspunkter angående punkt 5

Medlemmernes synspunkter angående punkt 6

Medlemmernes synspunkter angående punkt 7

Baggrundsmateriale

Behandling med kunstig befrugtning

Grunde til barnløshed

International regulering

Institut for Menneskerettigheders rapport fra 1993

Noter

Henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Resumé

I en henvendelse til Det Etske Råd dateret 17. december 2004 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodet rådet om en udtalelse angående nogle elementer fra loven om kunstig befrugtning, som
dgå i et udkast til et lovforslag. I det følgende opsummeres de væsentligste punkter i

Cookies

Medlemmerne er enige om, at hensynet til barnets tarv bør vægtes højest i forbindelse med en

regulering af lovens bestemmelser om forældrekrav, donoranonymitet mv. Men medlemmerne er ikke enige om, hvordan dette hensyn skal udmøntes. Dog forekommer det oplagt, at der bør etableres en højere grad af styring, herunder eventuelt en autorisationsordning og et særligt tilsyn med fertilitetsklinikker, sædbanker osv. Desuden bør det sikres, at der foretages en tilfredsstillende registrering af oplysninger inden for området.

Alle medlemmer går ind for, at det skal være muligt at afvise at behandle med kunstig befrugtning, hvis der er tale om åbenbar forældreuegnethed. Men der er uenighed om, hvad dette indebærer.

Et flertal (10 medlemmer) går ind for, at parforholdskravet bør ophæves både i privat og offentligt regi, således at også enlige og lesbiske kvinder kan blive insemineret af en læge. Et mindretal (5 medlemmer) går derimod ind for en opretholdelse eller eventuelt en skærpelse af parforholdskravet.

Ingen medlemmer af rådet kan gå ind for forslaget om selektivt at ophæve anonymiteten i forbindelse med insemination af enlige og lesbiske. Derimod går et flertal af medlemmerne ind for en generel ophævelse af anonymiteten i forbindelse med æg- og sæddonation, mens et mindretal finder, at man bør opretholde den nuværende ordning med fuld anonymitet. Et andet mindretal går ind for en valgfri ordning.

7 medlemmer går med forskellige udgangspunkter ind for forslaget om, at kvinder kan donere ubefrugtede æg uden selv at være i fertilitetsbehandling, mens 2 medlemmer går ind for at opretholde den nuværende ordning. 6 medlemmer går ind for at forbyde enhver form for donation af ubefrugtede æg.

Et flertal af rådets medlemmer (14 medlemmer) går ind for, at der på visse betingelser skal være mulighed for at forlænge opbevaringstiden for nedfrosne fosteranlæg. Et mindretal (1 medlem), finder, at de nuværende regler skal bibeholdes, idet dette medlem henholder sig til et forsigtighedsprincip og generelt ønsker at begrænse anvendelsen af kunstig befrugtning.

Et mindretal (7 medlemmer) går ind for donation af nedfrosne fosteranlæg, såkaldt prænatal adoption.

Pkt. 1 og 2: I hvilket omfang skal kunstig befrugtning finansieres af det offentlige?

I skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslås det under pkt. 1 og 2, at der i det offentlige sygehusvæsen kun må ydes behandling med kunstig befrugtning til en kvinde, der er gift eller lever sammen med en mand og kun med henblik på at få ét barn. Dog kan der eventuelt foretages oplægning af fosteranlæg med henblik på, at parret kan få barn nummer to. En konsekvens af forslaget er, at enlige eller lesbiske kvinder selv skal betale for kunstig befrugtning i privat regi, idet parforholdskravet foreslås ophævet (jævnfør pkt. 3 i skitsen).

I det følgende præsenteres først de generelle overvejelser angående finansiering af kunstig befrugtning, som efter rådets opfattelse er relevante for problemstillingen. Efterfølgende diskuteres den forskel i finansieringen af ydelsen for de involverede grupper, som forslaget i skitsen lægger op til.

Generelle overvejelser angående finansiering af kunstig befrugtning

Som udgangspunkt for at forholde sig til Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser angående finansieringen af kunstig befrugtning, har Det Ethiske Råd diskuteret to sammenhængende spørgsmål: 1) Hvad bør overhovedet være "adgangsbilletten" til at blive behandlet i det offentlige sundhedsvæsen, og 2) Hvilke typer af ydelser, bør man i givet fald have krav på at få tildelt? Medlemmerne er ikke enige om, hvordan disse spørgsmål skal besvares, og i det følgende anføres nogle af de hovedsynspunkter, som er blevet drøftet.

A: Én opfattelse har været, at den offentlige sundhedssektors opgave primært er at behandle sygdomme, selv om der altid vil være enkelte undtagelser fra denne hovedregel. I visse undtagelsestilfælde er det nærliggende, at der skulle være fuld brugerbetaling. Dette skulle gælde ved behandling med kunstig befrugtning både i offentligt og privat regi. I udgangspunktet er adgangen til det offentlige sundhedsvæsen derfor betinget af, at man har en fysiologisk fejlfunktion, som enten kan være medfødt eller opstået på et senere tidspunkt i tilværelsen.

I forbindelse med behandling for barnløshed bør man ud fra denne opfattelse kun have adgang til behandling, hvis man er infertil i medicinsk forstand, dvs. hvis den manglende frugtbarhed er forårsaget af konstaterede defekter eller fejlfunktioner af fysiologisk karakter. Hvad barnløshedsbehandlingen

nærmere skal bestå i, kan diskuteres. Ét synspunkt er, at der udelukkende bør være adgang til om muligt at få (gen)etableret den naturlige reproduktionsevne. Kunstig befrugtning kommer ud fra den betragtning ikke på tale. Et andet synspunkt er, at det skal være muligt at modtage kunstig befrugtning, hvis det ikke lader sig gøre at (gen)oprette reproduktionsevnen.

B: En anden opfattelse har været, at den offentlige sundhedssektor ganske vist primært er indrettet til at kurere og afhjælpe sygdom eller andre former for funktionsnedsættelser, men at man ikke herudfra kan konkludere noget om, hvad adgangsbilletten til den offentlige sundhedssektor bør være. Sundhedssektoren er i stand til at løse andre opgaver end at kurere sygdom og har i realiteten også en række andre funktioner, for eksempel at hjælpe mennesker til at undgå uønsket graviditet. For at afgøre, hvornår man skal have adgang til ydelser i sundhedssektoren, må man derfor i stedet tage udgangspunkt i, at sundhedssektorens etiske fundament er et hjælpemotiv, dvs. ønsket om at gavne de personer, der får adgang til systemet. Dette indebærer naturligvis ikke, at enhver bør have adgang til ydelser, blot man har en minimal gevinst af dem. Tværtimod er det ved tildelingen af ydelser væsentligt at være opmærksom på, i hvor høj grad ydelsen faktisk gavner modtageren. Det er med andre ord væsentligt at prioritere det offentlige sundhedsvæsens ressourcer således, at de gør mest mulig nytte.

I forbindelse med barnløshed fører tankegangen for det første til, at de fleste former for behandling skal udbydes, da der er tale om forholdsvis billige behandlinger med stor nytte sammenlignet med mange andre behandlingsformer. Behandlingen bør således ikke begrænse sig til at (gen)oprette reproduktionsevnen, da det i mange tilfælde er mere effektivt at udføre kunstig befrugtning. Endvidere er der ud fra opfattelsen i det mindste ikke i udgangspunktet grund til at begrænse tilbuddet om kunstig befrugtning til heteroseksuelle par med fertilitetsproblemer. Insemination med donorsæd er således en særdeles billig behandling, som der ikke er grund til at afskære enlige eller lesbiske kvinder fra at få adgang til, medmindre det af andre grunde end prioriteringshensyn er uacceptabelt.

C: Endelig har et synspunkt været, at adgangen til ydelser i sundhedsvæsenet på samme måde som adgangen til en række andre ydelser i det danske velfærdssamfund er betinget af, at borgeren har brug for hjælp til at få dækket et fundamentalt behov, således at han eller hun i videst mulig udstrækning bliver i stand at fungere på almindelige vilkår i samfundet. Har man denne opfattelse, er det i den givne sammenhæng væsentligt at få afklaret, hvordan interessen i at få børn skal klassificeres. Hvis der er tale om et fundamentalt behov, kan man nemlig argumentere for, at det offentlige sundhedsvæsen bør tilbyde behandlingen med kunstig befrugtning i det mindste til nogle grupper af barnløse. Omvendt forekommer det nærliggende, at barnløse par eller kvinder selv bør finansiere ydelsen, hvis interessen i at få børn skal klassificeres som et ønske på linje med en række andre ønsker, som det i højere grad er valgfrit og altså ikke strengt nødvendigt at få tilfredsstillet.

Det er ikke helt enkelt at afklare, om interessen i at få børn skal klassificeres som et ønske eller et fundamentalt behov. Men selv om man mener, at mennesker har et fundamentalt behov for at have eller få børn, kan man ikke uden videre konkludere noget om, hvad det offentlige eventuelle hjælpeindsats bør bestå i. Dette hænger sammen med, at der kan gives flere udlægninger af, hvad behovet nærmere består i. (2) Hvis behovet primært er at have en forælderrolle, er det for eksempel ikke givet, at det offentlige bør stille kunstig befrugtning til rådighed for alle barnløse. I stedet kunne det være gratis eller mindre omkostningsfuldt at adoptere, selv om det dog må anerkendes, at denne løsning ikke altid er uproblematisk hverken for forældrene eller for det barn, der eventuelt skal overflyttes til en anden kultur. Omvendt ville det måske være mere oplagt at muliggøre kunstig befrugtning, hvis behovet blandt andet drejer sig om at føre slægten videre.

Et synspunkt under diskussionen af det offentlige rolle i forbindelse med kunstig befrugtning har i øvrigt været, at hvis IVF-behandling erkendes som et behov, som samfundet bør opfylde, skal det udelukkende foregå i offentligt regi. Det at få børn bør ikke prissættes og dermed gøres til en vare eller tingsliggøres ved, at ydelsen sælges i privat regi. Udelukkende at lægge IVF-behandling i offentligt regi viser, at man vedkender sig denne behandling som en behandling, det offentlige skal yde, og som er kontrolleret og ikke underlagt konkurrence. Det vil formodentlig også indebære, at sundhedspersonalets incitament til at igangsætte en behandling, hvor chancen for at få et barn er helt minimal, nedsættes.

Det skal bemærkes, at man i debatten om kunstig befrugtning ind imellem hører udtalelser om, at man har "ret til børn". Det Ethiske Råd ønsker at slå fast, at man ikke har en ret til børn. Hvis man overhovedet har rettigheder på dette område, kan det højest være en ret til hjælp til at få børn ved hjælp af metoder,

som det er etisk acceptabelt at anvende og givet, at det er berettiget at yde denne hjælp i betragtning af de opgaver, det i øvrigt påhviler det offentlige at varetage. Nogle medlemmer af rådet ønsker endvidere at gøre opmærksom på, at rettighedsbegrebet på ingen måde er valgt i forbindelse med børn. Børn bør i stedet ansues som en gave, der er et resultat af omstændigheder, som intet par kan kontrollere til mindste detalje. Ligesom et par ikke selv i alle detaljer kan kontrollere det kærlighedsforhold, som børn er en naturlig følge af.

Forskel i finansieringen af ydelsen for de involverede grupper

Et forslag i skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet er, at kvinder, der er gift eller lever i ægteskabslignende forhold, skal have adgang til kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen. Andre kvinder skal derimod have adgang til ydelsen i privat regi gennem selvfinansiering. Forslaget kan begrundes med, at de kvinder, der ønsker at blive behandlet med kunstig befrugtning og hverken er gift eller lever i ægteskabslignende forhold, som oftest ikke er infertile i medicinsk forstand, mens dette er tilfældet for den anden gruppe af kvinder/par.⁽³⁾ Man kan blandt andet være imod forslaget om og begrundelsen for, at der skal være en forskel i finansieringen af ydelsen for de nævnte grupper af de to grunde, som nævnes nedenfor:

- Man kan mene, at gennemførelsen af forslaget både af den almindelige befolkning og af de berørte grupper vil blive opfattet som en diskriminering af enlige og lesbiske kvinder uafhængigt af, hvad den egentlige begrundelse for forslaget er. I den forstand ville det i realiteten kunne have den effekt at stigmatisere eller marginalisere enlige og lesbiske, selv om dette ikke er tilsigtet. Men det kan diskuteres, om denne problemstilling udgør et argument for at udforme lovgivningen på en anden måde, hvis der reelt ikke er tale om nogen form for diskrimination. I så fald ville der nemlig i stedet være tale om en positiv særbehandling af de enlige og lesbiske, som ikke ville være rimelig på baggrund af medicinske og fordelingsmæssige betragtninger. Det forekommer derfor mere nærliggende, at lovgiverne sender et klart signal ud om, hvad begrundelsen for loven er. Dette kan eventuelt starte en offentlig debat om, hvorvidt der er tale om en holdbar begrundelse.
- Man kan mene, at der i forbindelse med tildelingen af offentlige ydelser bør være en nøje sammenhæng mellem betingelsen for at få tildelt en ydelse og den ydelse, man rent faktisk får. Hvis et par for eksempel er barnløst, fordi manden har en lukket sædleder, er det mest oplagte indgreb således at genetablere sædlederens funktion, hvis dette er muligt. Og helt generelt kan man hævde, at barnløshed bør behandles ved at forsøge at (gen)oprette den naturlige reproduktion, dvs. ved at udbedre det medicinske problem.

Hvis man vælger, at barnløse par, som ikke kan få (gen)etableret den naturlige fertilitet, skal tilbydes kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen, kan man derfor diskutere, om tildelingen af denne ydelse eller behandling kan være begrundet i den medicinske infertilitet. Spørgsmålet er altså, om sammenhængen mellem medicinsk infertilitet og kunstig befrugtning er tilstrækkelig tæt eller snæver til, at den medicinske infertilitet kan være adgangsbilletten til at få tilbudt kunstig befrugtning i offentligt regi? Nogle vil hævde, at dette er tilfældet, fordi den kunstige befrugtning alt andet lige afhjælper det medicinske problem. Men andre vil givetvis mene, at sammenhængen ikke er tilstrækkelig tæt. Hvis man er af den sidstnævnte opfattelse, kan man anføre, at den egentlige begrundelse for at tilbyde kunstig befrugtning i forbindelse med infertilitet så må være, at parret har et behov for eller et ønske om at få børn. Men på baggrund af denne begrundelse kan man argumentere for, at andre grupper med tilsvarende behov for at få børn også bør have adgang til kunstig befrugtning. Dette ville indebære, at også enlige kvinder og lesbiske par burde have adgang til ydelsen i offentligt regi, hvis de vurderes at have et tilsvarende behov og forudsat, at de overhovedet bør have adgang til kunstig befrugtning.

Pkt. 3 og 4: Ophævelse af parforholdskravet og vurdering af forældreegnethed

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anfører i pkt. 3 i sin skitse, at parforholdskravet kunne ophæves ved en læges behandling i privat regi, dvs. at også enlige og lesbiske kvinder kan behandles af en læge, hvis det vel at mærke foregår i privat regi. Desuden foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastlægge kriterier for forældreegnethed, som kan udgøre grundlaget for, at en læge afviser at udføre kunstig befrugtning i konkrete tilfælde.

I det følgende anføres under generelle overvejelser angående parforholdskravet og vurdering af

forældreegnethed to forhold, der er særligt relevante i forbindelse med en stillingtagen til problemstillingerne, nemlig hvordan hensynet til barnets tarv bør varetages, og hvad det offentlige rolle i forbindelse med reguleringen af kunstig befrugtning overhovedet bør være.

Generelle overvejelser angående parforholdskravet og vurdering af forældreegnethed

Barnets tarv

Der er mange interesser at tage hensyn til i forbindelse med reguleringen af kunstig befrugtning. De private fertilitetsklinikker og medicinalindustrien har en økonomisk interesse i en forholdsvis liberal lovgivning, de kommende forældre har en interesse i at få deres selvbestemmelse respekteret, og samfundet som helhed har blandt andet en interesse i, at der fødes børn, som udvikler sig til velfungerende samfundsborgere. Hvis det offentlige skal regulere området, er det nødvendigt at afveje disse interesser i forhold til hinanden, men ét hensyn synes at have en overordnet etisk vægt, nemlig hensynet til det kommende barn og dets muligheder for at få gode livsbetingelser. Dette hænger sammen med, at det eventuelle barn må betragtes som den "svageste" eller mest sårbare af de involverede parter, og samtidig er det i bogstaveligste forstand hele dets eksistens, der står på spil.

For at kunne varetage hensynet til barnets tarv på den rigtige måde, må der fastlægges et niveau for, hvornår det eventuelle barns livsmuligheder må betragtes som "acceptable", dvs. om barnet for eksempel skal have ideelle livsbetingelser, gode livsbetingelser eller blot nogenlunde normale livsbetingelser.⁽⁴⁾ Desuden må der opstilles nogle operationelle kriterier, som kan anvendes, når der skal tages stilling til, om det minimale niveau for acceptable livsbetingelser må forventes at blive opnået. Hvilke typer af kriterier, der i denne sammenhæng skal henvises til, kan i høj grad diskuteres. I forbindelse med parforholdskravet har nogle for eksempel taget udgangspunkt i, at et barn som udgangspunkt bør have både en far og en mor, blandt andet fordi det har behov for rollemodeller af begge køn. Andre har derimod henvist til rent empiriske undersøgelser, hvor blandt andet fysiologiske kriterier som hoved- og mavepine har været brugt i forbindelse med vurderingen af børnenes trivsel under forskellige familieformer.

Der kan opstilles flere forslag til, hvad der i den givne sammenhæng må betragtes som rimelige livsvilkår, for eksempel:

- Sammenligning med kravene til adoptanter, det vil blandt andet sige at ansøgerens fysiske og psykiske helbredstilstand ikke må forringe mulighederne for, at adoptionsforløbet bliver til barnets bedste; at ansøgeren råder over en bolig, der er egnet til at danne rammerne for opfostring af barnet; at ansøgeren har forsvarlige økonomiske forhold; og at ansøgeren ikke er straffet for forhold, der giver berettiget tvivl om ansøgerens egnethed til at adoptere.⁽⁵⁾ Alt i alt skulle formålet med dette krav være, at barnet som minimum bør have normale livsbetingelser i den forstand, at det må forventes at komme til at leve et liv med rimelige udfoldelses- og handlemuligheder og uden specielle psykologiske problemer. Udgangspunktet kan begrundes med, at samfundet i så fald ikke kan beskyldes for ikke at leve op til sine forpligtelser. Det har gjort hvad det kunne for at sikre, at barnets muligheder for at få et vellykket liv må betragtes som gode.
- Baggrunden for vurderingen skal være, om forældrene som udgangspunkt må forventes at kunne forsørge børnene selv uden hjælp fra det offentlige, herunder at der ikke er behov for særlige støtteforanstaltninger, for at barnet kommer til at trives og fungere godt i forskellige sammenhænge som skole etc. Hvis familien i denne forstand er selvberørende, må mulighederne for at barnet udvikler sig til en velfungerende borger være gode, hvilket er at foretrække både set fra barnets perspektiv og fra et samfundsmæssigt perspektiv.
- Sammenligning med kriterierne for tvangsfjernelse, dvs. at der skal være åbenbar risiko for, at barnets udvikling lider alvorlig skade på grund af for eksempel manglende omsorg, misbrugsproblemer eller sociale vanskeligheder i hjemmet.⁽⁶⁾ Et sådant udgangspunkt kan begrundes med, at det svarer til en allerede accepteret praksis om, hvilket minimum af beskyttelse vi som samfund skylder ethvert barn.

Det skal i øvrigt bemærkes, at hensynet til barnets tarv ikke nødvendigvis er den eneste overvejelse, der skal indgå under fastlæggelsen af et niveau for acceptable livsbetingelser, selv om dette hensyn skal vægtes højest. Hvis dette hensyn allerede er "dækket ind", kan man udmærket henvise til andre forhold efterfølgende. For eksempel kan man mene, at der ikke bør stilles nogen krav til barnets fremtidige livsmuligheder, men at man alligevel ønsker at tage udgangspunkt i kriterierne for

tvangsfjernelse på grund af de samfundsmæssige gener af blandt andet økonomisk art, der knytter sig til at frembringe børn i dårligt fungerende familier.

Holdninger til barnets tarv

Det vel nok mest udbredte synspunkt er, at det er væsentligt at have både en far og en mor. Et synspunkt er, at en familie med to heteroseksuelle voksne i udgangspunktet sikrer, at børnene har rollemodeller af begge køn, hvilket spiller en afgørende rolle for dannelsen af børnenes identitet og personlighed, for eksempel ved at undgå en "feminisering" af familierne, som kunne tænkes at påvirke drengebørnenes kønsidentitet i en uheldig retning. En familieform med både en mor og far indeholder således en dynamisk og alsidig interaktion mellem de voksne af begge køn samt mellem de voksne af begge køn og børnene, der tjener som "skitse" for børnenes eget fremtidige familieliv. Et andet synspunkt er, at det i udgangspunktet er en naturlig ret at have forældre af begge køn, fordi denne familieform repræsenterer de grundforhold, der knytter sig til selve reproduktionen.

Som forarbejde til det svenske lovforslag om at give homoseksuelle par lov til at adoptere, som blev vedtaget i 2002, blev der udarbejdet en meget omfattende redegørelse om børns vilkår i homoseksuelle familier med titlen Barn i homoseksuelle familier.(7) Redegørelsen indeholder blandt andet en forskningsoversigt (3.del) med henvisning til 80 arbejder, primært amerikanske og engelske, men også nogle svenske. Konklusionen i redegørelsen citeres her fra sammenfatningens side 15 og 22:

Den samlade forskningen visar att barn med homosexuella föräldrar har utvecklats psykologiskt och socialt på liknande sätt som de barn de jämförts med. Inga skillnader har heller framkommit vad gäller barnens könsutveckling. För en del barn kan det i vissa skeenden av uppväxten uppstå konflikter som är relaterade till föräldrarnas homosexuella läggning. Det handlar främst om att de under de tidiga tonåren kan uppleva föräldrarnas homosexuella läggning problematisk sett i relation till kamratgrupper och jämnåriga. Forskningen visar att barns förmåga att hantera sådana konflikter är beroende av hur relationen är till föräldrarna. ... Traditionellt har inställningen varit den att det är bäst för barnet att ha föräldrar av olika kön. Men de utredningar som kommittén har tagit del av och låtit genomföra visar att ett barns utvecklingsmöjligheter är lika goda i en homosexuell familjebildning som i en heterosexuell familjebildning. För att ett barn skall utvecklas väl spelar det alltså ingen roll om föräldrarna är av olika eller samma kön.

En del af rådets medlemmer har den opfattelse, at sådanne empiriske undersøgelser af børns vilkår har deres begrænsninger, og at de er behæftede med metodiske problemer, blandt andet fordi det er vanskeligt at opstille plausible og objektive kriterier, som kan anvendes under vurderingen af børnenes udvikling og trivsel, ligesom det er umuligt at opstille strengt videnskabelige forsøg, da man ikke kan finde - og heller ikke kan eller bør tillade forsøg med - genetisk ens børn, der er opvokset i sådanne forskellige familier. Derfor er det til en vis grad nødvendigt at støtte sig til egne og eventuelt andres personlige erfaringer.

Det Ethiske Råd har ikke fundet frem til relevante empiriske undersøgelser angående børns vilkår hos enlige, men det skal bemærkes, at enlige kvinder godt kan godkendes som adoptanter. Af Civilretsdirektoratets vejledning om international adoption fremgår det, at der i dette tilfælde lægges vægt på, "om ansøgeren er i besiddelse af nogle - til forskel fra samlevende - yderligere eller særlige kvalifikationer, der gør ansøgeren velegnet til at opfostre børn alene" (afsnit 2.5.4). Af adoptionsnævnets årsrapport fra 2001 afsnit 6.3.4 fremgår det, at de særlige kvalifikationer i praksis vedrører de enlige adoptanters netværk, idet den enlige ikke vil kunne dele ansvaret med at opfostre barnet med en ægtefælle. Af samme grund lægges der vægt på, at den enlige ansøger utvivlsomt er i besiddelse af gode personlige ressourcer. Det fremgår i øvrigt, at Adoptionsnævnet i 2001 i alt modtog 40 sager, hvor samrådene traf afgørelse vedrørende enlige adoptionsansøgere. 39 af ansøgerne var kvinder, og der blev givet 6 afslag. Gennemsnitsalderen var 39,8 år, og det var karakteristisk for ansøgerne, at de i overvejende grad ikke havde været samlevende med en partner. Man kunne måske have en formodning om, at der er et vist sammenfald eller en vis lighed mellem enlige, kvindelige adoptanter og de kvinder, der kunne ønske at gøre brug af kunstig befrugtning uden at leve i ægteskabslignende forhold.

Hvordan sikres det, at forældreegentheden vurderes?

Ifølge § 1 gælder loven om kunstig befrugtning kun for "kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning mv., der foretages af en læge eller under en læges ansvar, jf. dog §

18, hvor graviditet hos en kvinde søges etableret på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand". Det er imidlertid ikke forbudt for andre end læger at udføre insemination med sæd, da der ikke er tale om et invasivt indgreb, dvs. et indgreb, hvor man gennemtrænger dele af kroppen.(8) Det Ethiske Råd har i Høring over udkast til lov om ændring af lov om kunstig befrugtning (2004) peget på, at denne retstilstand hverken forekommer rimelig eller tilsigtet, idet andre hermed kan udføre insemination på måder, som er forbudt for læger. I særdeleshed er der intet til hinder for, at der udføres insemination med sæd, selv om kvinden hverken er gift eller lever sammen med en mand i et ægteskabslignende forhold. Dette er forbudt for læger ifølge § 3.

Skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet løser det nævnte problem, da forslaget jo er, at det ikke længere skal være forbudt for læger at inseminere enlige og lesbiske. Men efter rådets vurdering kan der opstå et tilsvarende problem i forbindelse med vurderingen af forældreegnethed. Efter medlemmernes mening fremgår det således ikke med ønskelig tydelighed, om fastlæggelsen af kriterier for forældreegnethed som adgang til behandling med kunstig befrugtning alene gælder i forbindelse med behandling, der udføres under en læges ansvar. Dette ville rådet finde problematisk, da forældreegnede kvinder eller par i givet fald blot ville kunne lade sig behandle af andre personer end læger i de tilfælde, hvor der alene er tale om insemination.

På den anden side er det ikke uden problemer at pålægge andre personer end læger at forholde sig til kvindens eller parrets forældreegnethed. For insemination er et så lavteknologisk indgreb, at det i princippet kan foretages af alle. Men det forekommer ikke nærliggende at regulere denne type aktiviteter, hvis de udføres under helt private forhold. Det er derfor oplagt at etablere en ordning, hvor enhver, der udfører kunstig befrugtning under erhvervsmæssige forhold, skal have autorisation. Den person, der har autorisationen, pålægges herefter ansvaret for, at de relevante krav og restriktioner i forbindelse med udførelsen af kunstig befrugtning overholdes. Dette kunne kontrolleres gennem jævnlige inspektioner afholdt af de relevante myndigheder, sådan som det sker inden for en række andre brancher. Det er herunder en mulighed at stille krav om, at kunstig befrugtning kun må foregå under en læges ansvar. Under alle omstændigheder finder medlemmerne af rådet, at der eksplicit bør tages stilling til den nævnte problemstilling i lovgivningen.

Et andet problem er, at hverken læger eller andet sundhedspersonale må anses for at have nogen særlig kompetence til at afgøre, om en kvinde eller et par må anses for at være forældreegnede. Efter rådets opfattelse bør det derfor overvejes, om der bør åbnes mulighed for, at man kan indklage en afgørelse om ikke at behandle til en højere instans.(9) En mulighed er også, at der altid skal være andre end læger og andet sundhedspersonale involveret i vurderingen af forældreegnheden. For eksempel et nævn, som i hvert enkelt tilfælde skal vurdere, om det enkelte par eller den enkelte kvinde kan få behandlingen udført.

Det offentlige rolle

Det er nødvendigt at tage stilling til, i hvilket omfang det er en offentlig opgave at bestemme, hvem der skal have adgang til at anvende kunstig befrugtning. På den ene side kan man mene, at statsmagten ikke bør gribe mere ind i den kunstige befrugtning end i den naturlige reproduktion, hvor det som bekendt er helt op til parterne selv at tage stilling til, om de vil have børn. Hensynet til kvindens eller parrets selvbestemmelse taler således for, at det offentlige undlader at regulere området, i det mindste hvis behandlingen udføres i det private sundhedssystem og for kvindens eller parrets egen regning. (10) Dette udelukker naturligvis ikke, at det offentlige må gribe ind, efter at der er kommet et barn til verden. I så fald kan et indgreb for eksempel begrundes med, at barnet forvoldes skade ved at være i familien.

På den anden side kan man anføre, at den kunstige befrugtning er en praksis, som samfundet som helhed har været med til at udvikle og stille til rådighed. Af den grund har det offentlige allerede i udgangspunktet et ansvar for det kommende barns livsbetingelser, idet det offentlige er én af de aktører, der er involveret i dets tilblivelse. I forbindelse med rådets drøftelser er der blevet fremført tre synspunkter om, efter hvilke retningslinjer det offentlige skal regulere området:

A. Et synspunkt har været, at staten generelt set bør forholde sig neutralt i forhold til, hvilke livsformer der udvikler sig, medmindre nogle af disse livsformer kan siges direkte at skade andre personer eller ødelægge deres livsbetingelser. På det familiemæssige område indebærer tankegangen, at familiens autonomi som udgangspunkt skal respekteres, dvs. at staten ikke skal forholde sig til, om nogle familieformer er bedre eller mere værdifulde end andre. Det må familiemedlemmerne selv afgøre. Ud

fra dette synspunkt er der derfor tale om diskrimination, hvis nogle grupper uden en god begrundelse gives bedre muligheder for at få udført kunstig befrugtning end andre. En relevant begrundelse for at udelukke singler og homoseksuelle par fra at få udført kunstig befrugtning i offentligt regi er, at de ikke er infertile i medicinsk forstand. Ud fra tanken om, at staten bør forholde sig neutralt i forhold til de forskellige livsformer, er denne begrundelse for at undlade at tilbyde kunstig befrugtning i bestemte situationer ikke diskriminerende. Men der bliver tale om diskrimination, hvis tankegangen benyttes til at afvise alle singler og lesbiske, selv om infertile heteroseksuelle par har adgang til ydelsen. På baggrund af tankegangen bør singler eller lesbiske således også have adgang til kunstig befrugtning, hvis de er infertile i medicinsk forstand.

B. Et andet synspunkt har været, at staten hverken kan eller skal være neutral hvad angår det familiemæssige område. Synspunktet kan illustreres med, at den danske stat forbyder flerkoneri og polyandri (flere mænd) og dermed understøtter en bestemt opfattelse af, hvad en familie er, hvilket de færreste danskere har problemer med at acceptere. Tilsvarende må staten i forbindelse med reguleringen af kunstig befrugtning tage udgangspunkt i, at nogle familieformer må betragtes som anerkendte og afprøvede familieformer, der er bundet op på bestemte idealer om, hvordan familiemedlemmerne bedst lever op til deres forpligtelser over for hinanden. Dette gælder i særdeleshed i forbindelse med kernefamilien, der samtidig udgør en så almindelig livsform, at børnene ikke fra starten kommer til at udgøre en undtagelse alene på grund af den familiemæssige baggrund. Desuden er kernefamilien indrettet sådan, at børnene må forventes at få gode opvækstbetingelser her, blandt andet fordi det normalt er en ressourcestærk enhed. Som oftest er der både økonomisk råderum, hvilket giver frihed til at indrette sig efter familiens behov og ønsker, og mulighed for, at forældrene kan aflaste hinanden i hverdagen og tage et fælles ansvar for børnenes trivsel. I den sammenhæng må det samtidig bemærkes, at lovgivningen har en signalværdi, som man ikke kan se bort fra. Hvis man for eksempel vælger at ophæve det parforholdskrav, der for øjeblikket er knyttet til den kunstige befrugtning, kan dette således blive taget til indtægt for en blåstempling af den opløsning af det traditionelle ideal om kernefamilien, der har fundet sted de senere år. I den forbindelse skal man ikke være blind for den glidebane, en opløsning af idealet om kernefamilien kunne afstedkomme. Man kan for eksempel have det synspunkt, at en konsekvens af at acceptere insemination af lesbiske i det lange løb uundgåeligt vil være, at også bøsser får lov til at få børn, i dette tilfælde ved hjælp af en rugemoder.

C. Endelig har et synspunkt i Det Ethiske Råds debat været, at man må skelne mellem, om behandlingen udføres i privat eller offentligt regi. Hvis behandlingen udføres i offentligt regi og for offentlige midler, er der tale om en ydelse, som samfundet som helhed bidrager til at stille til rådighed. Af den grund er staten i høj grad berettiget til at regulere adgangen til ydelsen dels ud fra økonomiske betragtninger og dels på baggrund af værdier, som afspejler samfundsmæssigt anerkendte synspunkter og opfattelser. Foregår behandlingen derimod i privat regi, må det i højere grad overlades til kvinden/parret og behandleren selv at afgøre, om det er acceptabelt at foretage kunstig befrugtning. Dog er det ikke givet, at det i privat regi er acceptabelt at udføre kunstig befrugtning i alle tilfælde. Nogle hensyn, for eksempel hensynet til det kommende barn, kan have så stor vægt, at staten er berettiget til at lovgive på baggrund af dem i både det ene og det andet regi. Men det er væsentligt at afklare, præcis hvilke hensyn der har en sådan tyngde.

Pkt. 5: Donation af ubefrugtede æg

Indenrigs- og Sundhedsministeriet foreslår i skitsen, at det skal være tilladt for kvinder, der ikke selv er i fertilitetsbehandling, at donere æg. Desuden nævnes det, at der eventuelt kan opstilles etiske kriterier for, hvornår der må doneres, for eksempel at donoren selv har børn.

I det følgende anføres nogle generelle overvejelser om donation af æg.

Overvejelser om donation af æg

Det Ethiske Råd har behandlet spørgsmålet om donation af æg i Det Ethiske Råds udtalelse om donation af ubefrugtede æg fra februar 2004.(11) Væsentlige diskussionspunkter i udtalelsen var blandt andet de følgende.

Hensynet til barnet og parret: For øjeblikket er der på de fleste fertilitetsklinikker meget lange ventetider på at modtage et doneret æg, mens andre klinikker helt har undladt at udbyde behandlingen. Dette hænger sammen med, at den eneste tilladte form for donation er anonym donation fra kvinder, der selv

er i fertilitetsbehandling. Hvis man tillader andre former for donation, vil det være muligt at skaffe flere æg og dermed tilgodese flere infertile par ønske om at opnå graviditet på den måde. I særdeleshed ville det skaffe flere æg, hvis donation til familie eller venner blev tilladt, enten i form af krydsdonation eller direkte donation. Ved krydsdonation giver en kvinde ét eller flere æg til et infertilt par (formodentlig familie eller bekendte), der giver ægget til en "pulje", som de så selv får et æg fra, som et andet infertilt par har leveret via en donor. Ved krydsdonation kan anonymiteten mellem donoren og det modtagende par bibeholdes. Det udelukker selvfølgelig ikke, at personen undfanget gennem donation som voksen kan få adgang til oplysninger om donoren.

Om man tillader nye former for donation, bør imidlertid ikke kun være dikteret af ønsket om at skaffe flere æg. Hensynet til det infertile par må være underordnet hensynet til den person, der undfanges gennem donation. Det er imidlertid vanskeligt at give underbyggede svar på, hvordan de forskellige ordninger angående donation af æg påvirker livsmulighederne for de børn, der undfanges efter donation. En stillingtagen til spørgsmålet kommer derfor let til at basere sig på en rent holdningsmæssig vurdering af de forskellige familieformers fordele og ulemper.

Forskellen på æg- og sæddonation: Hos mænd produceres og udtømmes der til stadighed store mængder sædceller, og mænd er på naturligvis vis i stand til at befrugte en mængde kvinder. Derimod har kvinder ikke flere æg, end de fødes med. Antallet er begrænset, og kvinder modner kun ét eller nogle få æg ca. en gang om måneden. Æggene kan ikke overføres til et andet individ, uden at der finder et medicinsk indgreb sted.

Ét synspunkt i rådet er, at de nævnte forskelle ikke er etisk relevante, hvorfor æg- og sæddonorer principielt set skal behandles på samme måde. Et andet synspunkt er, at forskellene på æg- og sæddonation er etisk relevante af flere grunde. Der er en vis risiko for kvinden ved at gennemføre den hormonbehandling og ægudtagning, der er nødvendig for at kunne donere. En sådan risiko er der ikke ved sæddonation. Af hensyn til kvinden kan man derfor finde det problematisk at tillade ægdonation. Desuden kan man mene, at de fleste kvinder har et mere intimt forhold til deres æg, end mænd har til deres sæd, fordi æggene i vid udstrækning er en integreret del af kvindens krop. Derfor er det et større forlangende at bede en kvinde om at donere et æg, end at bede en mand om at donere sæd.

Donorens selvbestemmelse: Noget af den skepsis, man kan have i forhold til ægdonation, drejer sig om hensynet til den kvinde, der skal donere. Umiddelbart kan man mene, at denne tankegang ikke er velbegrunderet. Donorens selvbestemmelse skal naturligvis respekteres i forbindelse med donationen, dvs. at hun skal samtykke til behandlingen på baggrund af en tilstrækkelig mængde informationer om forløbet. Så hvis hun ikke finder det acceptabelt at donere, kan hun blot undlade at gøre det. I stedet for at spekulere over, hvilket forhold kvinder har til deres æg, og om risikoen ved donationen er for stor, kan man altså lade kvinden selv forholde sig til disse spørgsmål og træffe sin beslutning herefter. Dette sikrer, at det er kvindens egne værdier og egen selvopfattelse, der bliver udgangspunktet for forløbet - og ikke statsmagts eller andres opfattelse af disse forhold.

Et problem i forbindelse med at respektere donorens selvbestemmelse er imidlertid, at der kan være forskellige former for pres knyttet til den situation, hvor donoren skal tage stilling til donation. Hvis dette pres er stærkt nok, er donorens beslutning ikke nødvendigvis udtryk for hendes selvbestemmelse. Under den nuværende ordning er det kun tilladt for kvinder, der allerede er i fertilitetsbehandling, at donere æg. Man kan forestille sig, at det for nogle af disse kvinder kan være vanskeligt at afvise en anmodning om at donere, hvis den fremsættes af de samme personer, som forestår behandlingen. Som det er blevet nævnt i debatten, beder man heller ikke patienter, der er indlagt på sygehuset, om at donere blod. Men også i forbindelse med andre mulige donationsordninger kan det være vanskeligt at afslå en anmodning om at donere. Ikke mindst gælder dette, hvis der er tale om donation internt i familie og vennekreds. Selv om en given kvinde egentlig ikke ønsker at være donor, kan det givetvis være svært at afvise en anmodning fra en infertil søster, blandt andet fordi der kan være en frygt for, at det vil påvirke forholdet i negativ retning. Den form for donation, hvor der er mindst pres i forhold til at donere, er formodentlig donation til ukendte par fra kvinder, der ikke er i fertilitetsbehandling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anfører i sin skitse, at det skal overvejes, om der skal opstilles særlige kriterier af etisk tilsnit for ægdonation. Sådanne kriterier forekommer ikke mindst velvalgte i betragtning af, at den enkelte donor kan være udsat for et pres. Af mulige foranstaltninger kan blandt andet nævnes, at kvinder i fertilitetsbehandling (hvis denne form for donation fortsat tillades) kun kan donere, når de har taget en vis mængde æg - for eksempel 4 eller 5 - fra til sig selv. Eller at kvinder

mere generelt kun kan donere, hvis de selv har børn i forvejen. I så fald ved de, hvad forældreskabet involverer og risikerer ikke, at de har biologiske børn uden selv at være sociale forældre. Endelig kunne man forestille sig en grænse for, hvor mange gange man må donere, for eksempel 1 eller 2 gange.

Man kan imidlertid argumentere for, at de nævnte former for pres ikke skal tillægges nogen særlig betydning. Hvis man mener, at det af etiske grunde er en god eller prisværdig handling at donere et æg til en anden kvinde, forekommer presset formodentlig ikke så problematisk. Alt andet lige synes det mere acceptabelt at blive presset til at udføre gode handlinger eller handlinger, man ligefrem er forpligtet til at udføre, end til at udføre slette eller etisk set neutrale handlinger. Dette understøttes af, at man også i andre sundhedsmæssige sammenhænge accepterer eksistensen af et pres, hvis dette kan have gode konsekvenser. Dette gælder for eksempel i forbindelse med organdonation til slægtninge. Desuden er det et åbent spørgsmål, om det er lovgivningsmagtens opgave at modvirke de beskrevne typer af pres. Alternativt kunne man mene, at de involverede aktører selv må sørge for, at tingene foregår på en acceptabel måde, og at den enkelte selv har et ansvar for at sige til og fra på de rigtige tidspunkter.

Bioetikkonventionen og kommercialisering: Bioetikkonventionens artikel 21 fastslår, at den menneskelige krop og dens dele ikke som sådan skal kunne give mulighed for økonomisk gevinst.⁽¹²⁾ Det indebærer, at det ikke skal kunne være muligt at sælge dele fra den menneskelige krop (herunder menneskelige æg og sæd) og opnå økonomisk gevinst.

Det fremgår af de forklarende bemærkninger til konventionens artikel 21, at organer, væv og blod ikke må kunne sælges og købes og derved give mulighed for økonomisk gevinst for den person, som de er fjernet fra, eller for en tredjepart, hvad enten denne tredjepart er en person, et firma eller et hospital. Dog må tekniske procedurer som for eksempel indsamling, testning, oprensning, transport mv. godt give anledning til en rimelig godtgørelse. Endvidere forhindrer denne artikel ikke, at en person, der har givet organer, væv eller lignende, får en rimelig kompensation for udgifter eller for tab af indtægt, for eksempel i forbindelse med hospitalsindlæggelse.

Et synspunkt i rådet har været, at det kan være problematisk at yde nogen som helst form for kompensation i forbindelse med ægdonation. Hvis forskellige former for kompensation accepteres, kan det ad bagvejen føre til en form for kommercialisering, fordi en realistisk kompensation ville kunne udgøre et anseeligt beløb, for eksempel hvis der ydes tabt arbejdsfortjeneste for både behandlingsforløb og efterfølgende rekreation. Af samme grund ville det økonomiske incitament formodentlig kunne få nogle kvinder til at donere, som ikke ville have gjort det udelukkende af altruistiske (godtgørende) grunde.

Pkt. 6: Opbevaringstid for fosteranlæg

I skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet nævnes det, at den maksimale opbevaringstid for nedfrosne æg kunne forlænges fra 2 til 5 år.

I det følgende anføres nogle af de overordnede argumenter om opbevaringstiden, der er relevante for en stillingtagen til spørgsmålet. Rådet forholder sig alene til spørgsmålet om nedfrysning af fosteranlæg.⁽¹³⁾

Overordnede argumenter om opbevaringstiden

Fosteranlæggets etiske status: En væsentlig problemstilling er, hvilken etisk status fosteranlægget har, dvs. i hvilken grad det har krav på at blive taget hensyn til og beskyttet i sin egen ret. Hvis man mener, at fosteranlægget har samme eller delvist samme etiske status⁽¹⁴⁾ som andre menneskelige liv, kan dette bruges som argument for, at der etableres en praksis, hvor der ikke er fosteranlæg "tilovers" efter en behandling. Som oftest ender nogle af disse fosteranlæg med at blive destrueret, og man kan hævde, at nedfrysningen i sig selv udgør en form for krænkelse. I praksis har et par ret til ikke at få udtaget og befrugtet flere æg, end parret umiddelbart ønsker at gøre brug af uden at benytte nedfrysning. Denne ret er udtryk for den opfattelse, at det er vigtigt, det enkelte pars holdning til fosteranlæggets etiske status respekteres, således at par, der lægger vægt på det, kan sikre, at der ikke ved behandlingen skabes flere fosteranlæg, end der lægges op i kvindens livmoder.

Hvis nedfrysning af fosteranlæg ikke desto mindre faktisk er tilladt, er det imidlertid ikke nærliggende at tilslutte sig en opbevaringstid på to år, hvis man mener, at fosteranlægget har samme eller delvist samme etiske status som andre menneskelige liv. Tværtimod kan der være grund til at tilslutte sig en

forlængelse af opbevaringstiden, så sandsynligheden for at fosteranlægget sættes op i livmoderen og får mulighed for at udvikle sig til et levedygtigt individ forøges. Ligeledes kan det komme på tale at gå ind for donation af fosteranlægget til personer uden et biologisk slægtskabsforhold til det med henblik på at sikre dets overlevelse. En sådan form for donation kan betegnes som "prænatal adoption". Denne ordning er taget i brug i Spanien. Den indebærer, at par, der har nedfrosne fosteranlæg, og som ikke selv ønsker at benytte dem med henblik på at få (flere) børn, ikke tvinges til at få deres fosteranlæg destrueret. Et synspunkt i rådet har været, at tilladelsen til nedfrysning af fosteranlæg skal gøres afhængig af et tilsagn om prænatal adoption, hvis den tilladte opbevaringstid udløber. På denne måde bliver der ikke tale om at donere til forskningsformål.

Desuden er det synspunkt blevet fremført i rådet, at et fosteranlæg i etisk forstand skal sidestilles med et barn. Tilhængerne af dette synspunkt mener, at nedfrysning derfor kun bør ske, hvis der er en tilvished grænsende sandsynlighed for, at barnet bliver opsat i en livmoder.

Hvis man mener, at fosteranlægget har en ubetydelig etisk status eller ikke har etisk status overhovedet, vil det næppe være hensynet til fosteranlægget som sådan, der afgør holdningen til opbevaringstiden. Det vil i stedet være andre hensyn, for eksempel hensynet til de eventuelle forældre.

Det skal bemærkes, at en række undersøgelser peger på, at der er flere problemer knyttet til flerfoldsgraviditeter end til graviditeter med kun ét foster. Disse undersøgelser kan bruges som argument for, at det kun bør være muligt at lægge ét fosteranlæg op i livmoderen ved IVF-behandling. I en redegørelse om fosterreduktion fra 2000 pegede Det Ethiske Råd på, at flerfoldsgraviditeter ved kunstig befrugtning bør undgås, blandt andet ved som hovedregel kun at lægge ét fosteranlæg op i livmoderen, medmindre parret erklærede sig villig til at gennemføre en flerfoldsgraviditet. I så fald ville det efter rådets opfattelse være acceptabelt at lægge højst 2 fosteranlæg op. Hvis der kan påvises forøgede eller væsentligt forøgede sundhedsmæssige risici for børnene allerede ved graviditet med to fostre(15), kan det imidlertid diskuteres, om det overhovedet er acceptabelt nogen sinde at lægge to fosteranlæg op. Et synspunkt i rådet har i denne sammenhæng været, at der på grund af risikoen ved flerfoldsgraviditeter aldrig bør lægges mere end ét fosteranlæg op i livmoderen.

Hensynet til forældrene: En væsentlig begrundelse for at forlænge den nuværende maksimale opbevaringstid på 2 år er, at nogle par ønsker at anvende fosteranlæggene, efter at 2-års grænsen er overskredet. Dette kan skyldes, at parret efter at have fået det første barn gerne vil have ét til, men ikke er parate til at påbegynde forløbet, inden de to år er gået. Det kan også skyldes, at kvinden skal igennem én eller flere oplægninger af æg, før behandlingen fører til fødsel af et barn - enten fordi fosteranlægget ikke sætter sig fast i livmoderen, eller fordi kvinden under graviditeten får en spontan abort. I disse tilfælde ville det være hensigtsmæssigt med en tilladt opbevaringstid på mere end 2 år. Under alle omstændigheder kan det være problematisk at stille par, der er nødsaget til at anvende kunstig befrugtning, ringere end andre par, og den naturlige reproduktion er som bekendt ikke begrænset til en periode på 2 år.

Det skal bemærkes, at de nedfrosne fosteranlæg ifølge den eksisterende lovgivning skal destrueres eller doneres i tilfælde af blandt andet dødsfald eller skilsmisse.(16) Eksistensen af disse bestemmelser kan tale for, at der opereres med en fastlagt maksimal opbevaringstid på mere end 2 år, for eksempel 5 år. En anden mulighed er, at der ikke skal eksistere en fast tidsgrænse, men at opbevaringstiden afhænger af relevante kriterier som samlivsforhold mv., så den tilladte opbevaringstid varierer i de enkelte tilfælde.

Hvor vægtigt det beskrevne hensyn til de eventuelle forældre er, kan naturligvis diskuteres. Hvis man ikke mener, dette hensyn vejer særlig tungt, kan det i al almindelighed komme på tale at begrænse anvendelsen af kunstig befrugtning og specifikt at fastlåse den nuværende opbevaringstid på 2 år, fordi det er umuligt at forudsige, hvilke følgevirkninger udviklingen på længere sigt vil have for vores opfattelse af mennesket og menneskelivet, herunder vores idéer om kønnet, kærligheden, familien og den genetiske variation. Det eneste, der kan siges med sikkerhed, er, at det givetvis ville have en gennemgribende betydning for vores forståelse af disse forhold, hvis det blev meget udbredt at anvende kunstig befrugtning. Man kan også anføre, at de langsigtede konsekvenser af at nedfryse fosteranlæg principielt set er ukendte, hvorfor man bør være tilbageholdende med at udvide opbevaringstiden, før man har tilstrækkelig evidens for, at det ikke har negative konsekvenser for det kommende barn. Dette kan tale for, at den maksimale opbevaringstid for fosteranlæg fastlægges ud fra et forsigtighedsprincip. Tilsvarende overvejelser kan bruges i forbindelse med en række andre

anvendelser af kunstig befrugtning og taler for, at man mere generelt bør henholde sig til et forsigtighedsprincip inden for området og altså bør være varsom med ligefrem at udvide handlemulighederne.

Pkt. 7: Anonymitet i forbindelse med donation af æg og sæd

I skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet nævnes det som en mulighed at ophæve anonymitet ved ægdonation og ved sæddonation i forbindelse med behandling af en enlig kvinde eller et lesbisk par.

I det følgende gives der et resumé af rådets tidligere arbejde om anonymitet, hvorefter den forskel i adgangen til identificerende oplysninger om donoren, som forslaget lægger op til, diskuteres.

Resumé af rådets tidligere arbejde om anonymitet

Det Etske Råd har i en udgivelse fra 2002(17) givet en grundig redegørelse for, hvilke problemer der knytter sig til henholdsvis anonym og ikke-anonym sæddonation. I Det Etske Råds Udtalelse om donation af Ubefrugtede Æg fra 2004 har rådet desuden beskrevet de særlige problemer, der knytter sig til henholdsvis anonym og ikke-anonym donation af æg.(18) Det er muligt at uddrage de følgende tre konklusioner af rådets hidtidige udgivelser på området:

1. Uafhængigt af, om personen undfanget gennem donation som voksen har adgang til identificerende oplysninger om donoren eller ej, bør han eller hun allerede som barn oplyses om, at undfangelsen har fundet sted ved hjælp af donation. Det kan være et stort problem for personen undfanget gennem donation at få oplysningen om donationsforholdet senere i tilværelsen, eventuelt endda utilsigtet for eksempel under et skænderi eller ved en fortællelse. Muligvis påvirker fortielsen af forholdet også stemningen i familien i negativ retning. Fortielse bør derfor undgås, men det skal bemærkes, at en ophævelse af anonymiteten ikke nødvendigvis løser problemet med fortielse.
2. Man kan ikke med bestemthed udtale sig om, hvordan de forskellige donationsordninger påvirker barnets livskvalitet og livsmuligheder. Dette gælder både i forbindelse med spørgsmålet om anonym versus ikke-anonym donation og spørgsmålet om, hvorvidt donation til familie eller venner kan skabe problemer for barnet, fordi donoren har svært ved at fralægge sig en forælderrolle.
3. Hensynet til barnet har ikke alene at gøre med, om det må forventes at få tilstrækkeligt god livskvalitet og tilstrækkelige livsmuligheder under de enkelte donationsordninger. Der må også tages stilling til, om personen undfanget gennem donation af principielle grunde bør have en ret til som voksen at få adgang til oplysninger om sit genetiske ophav.
4. Langt de fleste par foretrækker at anvende en anonym sæddonor, ligesom det er lettest at få tilstrækkeligt mange donorer under en anonym ordning. Derimod må det antages, at det er lettest at skaffe æg til donation gennem enten krydsdonation eller donation internt i familien og vennekredsen.

I redegørelsen om sæddonation fra 2002 blev det anbefalet, at det kun skal være muligt at drive en sædbank, hvis der forudgående er givet en form for licens eller autorisation af sundhedsmyndighederne. En sådan autorisation kunne eventuelt være betinget af, at sædbankens aktiviteter foregår under en læges ansvar. Også det nuværende råd anbefaler enstemmigt, at der indføres en autorisationsordning, som bør kombineres med inspektion fra sundhedsmyndighedernes side.

Forskel i adgangen til identificerende oplysninger om donoren

I udkastet fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet nævnes det, at en mulighed kunne være at ophæve donoranonymiteten for sæddonorer i forbindelse med insemination af en enlig kvinde eller en kvinde i et lesbisk parforhold. Hvis dette forslag bliver fulgt, vil det altså være nødvendigt med både et anonymt og et ikke-anonymt donorkorps i Danmark, og det bør under ingen omstændigheder være muligt på et senere tidspunkt at ophæve anonymiteten for de donorer, der har doneret under den anonyme ordning. Ligeledes anføres det i udkastet, at en mulighed kunne være at ophæve donoranonymiteten for ægdonorer. Forslagene lægger altså op til, at der kan være forskel på donorbørnenes adgang til identificerende oplysninger(19) om det genetiske ophav afhængigt af, hvilken "ordning" børnene er undfanget under. I det følgende skal det diskuteres, om en sådan forskel kan være berettiget.

Først skal det diskuteres, om det kan være på sin plads, at der er forskel i adgangen til identificerende oplysninger om sæddonoren for de personer undfanget gennem donation, der er vokset op hos

henholdsvis et heteroseksuelt par og en enlig kvinde eller et lesbisk par. Begrundelsen i skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet er, at en sådan ordning ville kunne afhjælpe problemet med, at der ikke findes en social far ved insemination af enlige og lesbiske. Om dette rent faktisk ville være tilfældet, kan man imidlertid være i tvivl om. Dette hænger sammen med, at den genetiske far i realiteten vil have en meget lille rolle at spille i de første år af barnets liv, hvor der ikke er adgang til oplysningerne om donoren. For barnet er donoren således ikke andet end et navn i et register, som det kan få adgang til, når det en gang er blevet voksent. Dette kan givetvis have en betydning for barnets identitetsforståelse, men det kan næppe sammenlignes med endside erstatte den daglige kontakt med en social far.

Hvis ophævelsen af donoranonymiteten ved insemination af enlige og lesbiske kvinder irens selvbestemmelsekke i nogen relevant forstand afhjælper problemet med, at der ikke findes en social far, forekommer det ikke uden videre rimeligt, at donorbørn af enlige og lesbiske skal have adgang til oplysninger om den genetiske far, når børn af heteroseksuelle par ikke har det. Der synes dog at være to andre mulige begrundelser for denne forskelsbehandling. Den ene er, at det kan have betydning for den sociale far i det heteroseksuelle par, hvis barnet har adgang til oplysninger om sin genetiske far. Flere undersøgelser demonstrerer således, at den sociale far klart foretrækker, at donoren er anonym. Dette skyldes blandt andet, at den sociale far kan opleve sin faderrolle truet af den genetiske far, hvis der er tale om ikke-anonym donation. Desuden kan den sociale far føle sin maskulinitet draget i tvivl derved, at det har været nødvendigt at anvende en sæddonor, og for nogle mænd er det lettere at fortrænge dette forhold, hvis der er tale om anonym donation.(20)

Man kan imidlertid diskutere, om dette hensyn til faderens ønsker er tilstrækkeligt til at begrunde, at barnet i den heteroseksuelle familie ikke skal have adgang til oplysningerne om den genetiske far, hvis barnet hos den enlige mor eller i den homoseksuelle familie skal. Man kunne således mene, at hensynet til barnet under alle omstændigheder skal prioriteres højere end hensynet til den sociale far. Hvis det er bedst for barnet at have adgang til oplysninger om den genetiske far, skal det altså have en sådan adgang uafhængigt af faderens ønsker.

En anden mulig begrundelse for den beskrevne forskelsbehandling på de to grupper af børn er, at det går ud over relationen mellem den sociale far og barnet i den heteroseksuelle familie, hvis barnet har adgang til oplysninger om den genetiske far. Hvis faderen føler sig mindre sikker i sin faderrolle og ikke er fuldstændigt indforstået med vilkårene for familiedannelsen, er det oplagt, at dette kan have betydning for relationen og dermed også for barnets trivsel i familien. Hvis dette rent faktisk er tilfældet, kan det eventuelt begrunde forskellen i adgangen til informationer, også selv om denne forskelsbehandling i udgangspunktet må betragtes som negativ i sig selv. Som tidligere nævnt er det vanskeligt at lave undersøgelser om disse forhold, men de undersøgelser, der er lavet, synes ikke at bekræfte forholdet. For eksempel konkluderer ESHRE (European Society of Human Reproduction) på baggrund af en undersøgelse offentliggjort i november 2004, at undersøgelsen "burde berolige dem, der er bekymrede for, at en ophævelse af sæddonors anonymitet kan skabe problemer for børnene eller deres biologiske fædre".(21) Tilsvarende konklusioner synes at kunne udledes af undersøgelser fra Sverige.(22)

Et andet problem er, om det er rimeligt at ophæve anonymiteten i forbindelse med ægdonation, men ikke i forbindelse med sæddonation.(23) Om dette er tilfældet afhænger naturligvis af, hvad begrundelsen for at operere med en sådan asymmetri er. Men i de fleste tilfælde kan man argumentere for, at en fuldstændig asymmetri næppe er rimelig. Dette hænger sammen med, at man dårligt kan tillade sig at ophæve anonymiteten i forbindelse med ægdonation, hvis dette skønnes at være i klar modstrid med barnets tarv - hensynet til barnet synes således alt andet lige at være det, der må prioriteres højest. Men hvis det ikke er i modstrid med barnets tarv at ophæve anonymiteten ved ægdonation, forekommer det nærliggende at antage, at dette heller ikke er tilfældet ved sæddonation. Der synes derfor ikke at være grund til ligefrem at foreskrive anonymitet ved sæddonation, hvis man ophæver anonymiteten ved ægdonation. Enten må anonymiteten også ophæves ved sæddonation (hvis ikke-anonym donation anses for at være bedst for barnet), eller også må det i det mindste være valgfrit for donoren og parret, om der skal anvendes anonym eller ikke-anonym donor (hvis de to muligheder anses for at være lige gode for barnet).

Medlemmernes synspunkter

Medlemmernes synspunkter angående pkt. 1 og 2

I henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet anføres det, at de følgende elementer kunne danne grundlag for nærmere drøftelser om ændringer i loven om kunstig befrugtning:

1. Fastsættelse af en bestemmelse om, at der i det offentlige sygehusvæsen kun må ydes behandling med kunstig befrugtning til en kvinde, der er gift eller lever i et ægteskabslignende forhold med en mand og kun med henblik på at få ét barn.

2. Sygehusvæsenet kan - såfremt parret allerede har nedfrosne æg fra den 1. behandlingscyklus - foretage oplægning af æg med henblik på, at parret eventuelt kan få barn nummer 2 (svarende til praksis i dag).

I det følgende vil medlemmerne forholde sig samlet til de to anførte punkter. Medlemmernes synspunkter er udtryk for, hvordan man vurderer og afvejer de argumenter, der findes andre steder i teksten.

1. synspunkt: Nogle medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Lise Kingo, Kathrine Lilleør, Annemarie Morris, Anne Skare Nielsen, Anne-Marie Skov og Peter Øhrstrøm) er af den opfattelse, at alle de grupper, der overhovedet skal have adgang til kunstig befrugtning, bør have mulighed for at blive behandlet i offentligt regi.(24)

2. synspunkt: Nogle medlemmer (Morten Kvist) finder, at heteroseksuelle par skal have mulighed for at blive behandlet med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen, mens enlige og lesbiske kvinder må opsøge det private system, hvis de ønsker behandling.

Medlemmerne under synspunkt 1 og 2 har en forskellig opfattelse af, hvor omfattende behandlingstilbuddet for de grupper, der skal have adgang til behandling i det offentlige sundhedsvæsen, bør være i forbindelse med IVF-behandling. Nogle medlemmer (Kathrine Lilleør) mener, at det bør være muligt at blive behandlet, indtil der er født et levende barn. Nogle medlemmer (Lise Kingo, Morten Kvist, Annemarie Morris, Anne-Marie Skov og Peter Øhrstrøm) mener, at det bør være muligt at blive behandlet med IVF, indtil der er født et barn, hvorefter det skal være muligt at anvende nedfrosne æg til at få yderligere ét barn (Anne-Marie Skov) eller flere børn (Lise Kingo, Morten Kvist, Annemarie Morris og Peter Øhrstrøm). Endelig mener nogle medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen og Klemens Kappel), at det under alle omstændigheder bør være muligt at få to eller flere børn ved hjælp af IVF, om nødvendigt efter en ny hormonbehandling og ægudtagning.

Nogle af medlemmerne under synspunkt 1 og 2 (Ole Hartling) ønsker at tilføje, at hvis IVF-behandling erkendes som et behov, som samfundet bør opfylde, skal det udelukkende foregå i offentligt regi.

3. synspunkt: Nogle medlemmer (Niels Jørgen Langkilde, Anette R. Nissen, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) finder, at behandlingen med kunstig befrugtning udelukkende bør foregå med fuld brugerbetaling enten i privat eller offentligt regi.

Medlemmernes synspunkter angående punkt 3 og 4

I henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet anføres det, at de følgende elementer kunne danne grundlag for nærmere drøftelser om ændringer i loven om kunstig befrugtning:

3. Ophævelse af parforholdskravet ved en læges behandling i privat regi. I dette tilfælde bliver der tale om selvfinansiering. Konsekvensen af forslaget vil være, at det ikke længere er forbudt læger at behandle enlige kvinder med kunstig befrugtning. Én af problemstillingerne er, at der i disse tilfælde hverken findes en "social" far eller en "genetisk" far, således som det er tilfældet ved behandling med donorsæd i et heteroseksuelt parforhold, hvor der i udgangspunktet eksisterer en "social" far. Denne situation vil kunne afhjælpes ved at ophæve donoranonymiteten for sæddonor i disse situationer, således at børn født af enlige kvinder eller i lesbiske parforhold senere i livet vil få mulighed for at få kendskab til deres genetiske fars identitet.

4. Bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastlægge kriterier for forældreegnethed som adgang til behandling med kunstig befrugtning på grundlag af en konkret vurdering. Der skal tages udgangspunkt i kriteriet om åbenbar tvivl om parrets mulighed for at tage vare på et barn efter fødslen. En læges opgave i forbindelse med påbegyndelse af behandling med kunstig befrugtning vil derfor ikke være at tage positivt stilling til parrets forhold. Kriterierne skal nærmere defineres og klageadgang vurderes.

På baggrund af de argumenter, der er præsenteret tidligere i teksten, forholder rådet sig i det følgende til de anførte punkter, idet dog spørgsmålet om ophævelse af donoranonymiteten ved insemination af enlige og lesbiske først behandles under punkt 7. Rådet tager endvidere stilling til, om kunstig befrugtning udelukkende bør udføres under en læges ansvar.

Skal kunstig befrugtning udføres under en læges ansvar?

Nogle medlemmer (Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Lise Kingo, Niels Jørgen Langkilde, Annemarie Morris, Anette R. Nissen, Anne-Marie Skov, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) mener, at kunstig befrugtning altid bør udføres under en læges ansvar.

Andre medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Klemens Kappel, Morten Kvist, Kathrine Lilleør og Anne Skare Nielsen) mener derimod godt, at nogle former for kunstig befrugtning kan udføres i ikke-lægeligt regi.

Skal parforholdskravet ophæves?

Nogle medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Lise Kingo, Kathrine Lilleør, Anne Skare Nielsen, Anette R. Nissen og Anne-Marie Skov) finder, at parforholdskravet bør ophæves, således at også enlige og lesbiske kvinder har adgang til behandling med kunstig befrugtning udført under en læges ansvar.

Andre medlemmer (Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Annemarie Morris, Kit Louise strand og Peter Øhrstrøm) mener, at parforholdskravet skal bibeholdes eller skærpes.

Angående vurdering af forældreegnethed

Alle medlemmer af Det Ethiske Råd kan gå ind for, at der finder en vurdering af forældreegnetheden sted forud for behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedssystem.

Nogle medlemmer (Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Anne Skare Nielsen, Anette R. Nissen, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) finder, at der også bør foretages en sådan vurdering i forbindelse med behandling i det private system, mens andre medlemmer (Jon Andersen, Lise Kingo, Kathrine Lilleør, Annemarie Morris og Anne-Marie Skov) er af den opfattelse, at der ikke bør foretages en vurdering i dette tilfælde.

Nogle medlemmer (Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Lise Kingo, Anne-Marie Skov og Peter Øhrstrøm) mener, at kriteriet for at afvise at behandle under henvisning til forældreegnetheden må være, at barnet med stor sandsynlighed efterfølgende vil blive tvangsfjernet. De nævnte medlemmerne finder, at denne vurdering skal træffes af den ansvarlige læge, men at der skal være en ankenmulighed.

Nogle medlemmer (Kathrine Lilleør, Anne Skare Nielsen og Anette R. Nissen) finder, at udgangspunktet for at afvise at behandle med henvisning til forældreegnetheden skal være, om forældrene i udgangspunktet må forventes at kunne opfostre og forsørge børnene, uden at det offentlige er nødsaget til at sætte ind med særlige støtteforanstaltninger. Nogle medlemmer (Kathrine Lilleør og Anette R. Nissen) mener, at vurderingen bør træffes af et nævn eller lignende, mens et andet medlem (Anne Skare Nielsen) finder, at vurderingen skal træffes af den ansvarlige læge, men at der skal være en ankenmulighed.

Nogle medlemmer (Jon Andersen, Lise Kingo, Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Annemarie Morris og Kit Louise Strand) er af den opfattelse, at vurderingen af forældreegnetheden må svare til den, der foretages i forbindelse med godkendelsen af adoptanter, idet nogle af medlemmerne dog anfører, at godkendelseskravene her er for strikse. Nogle af medlemmerne (Jon Andersen, Niels Jørgen Langkilde og Kit Louise Strand) finder, at vurderingen bør træffes af et nævn eller lignende, mens andre (Morten Kvist og Anne-Marie Morris) mener, at vurderingen skal træffes af den ansvarlige læge, men at der skal være en ankenmulighed.

Nogle medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Ole Hartling, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Lise Kingo, Kathrine Lilleør, Anette R. Nissen, Anne-Marie Skov og Kit Louise Strand) mener, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan udforme de nærmere kriterier, der skal indgå under vurderingen af forældreegnetheden. Alle de nævnte medlemmer undtagen Kathrine Lilleør mener dog, at andre instanser skal høres.

Nogle medlemmer (Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Annemarie Morris, Anne Skare Nielsen og Peter Øhrstrøm) mener, at der bør laves en lovgivning, som er tilstrækkeligt klar til, at det ikke er

nødvendigt at udforme nærmere kriterier.

Medlemmernes synspunkter angående punkt 5

I henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet anføres det, at det følgende punkt kunne danne grundlag for drøftelser om ændringer i loven om kunstig befrugtning:

5. Tilladelse til, at kvinder kan donere æg, uden at de selv er i fertilitetsbehandling. Ordningen kan indrettes på forskellige måder. Én af mulighederne er, at forældreparret (kvinden) ikke kan få oplysninger om donor, ligesom donor heller ikke skal få oplysninger om parret (kvinden). Andre muligheder vil være at tillade donation fra en af parret (kvinden) kendt donor. Det skal samtidig overvejes, om der skal opstilles særlige kriterier for ægdonation dels af sundhedsfaglig art (hormonstimulation, alder) dels af mere etisk tilsnit, for eksempel spørgsmålet om at begrænse ægdonation til de kvinder, der allerede har fået børn. Det kan også indgå i overvejelserne, om ændring af donationsreglerne kan skabe risiko for handel med æg, hvilket kan gøre krydsdonation betænkelig. Det kan endvidere overvejes at ophæve donoranonymiteten for ægdonor, således at et kommende barn på et senere tidspunkt i livet vil kunne få oplysninger om sine genetiske forhold.

På baggrund af argumenterne tidligere i teksten tager medlemmerne i det følgende stilling til, hvilke kvinder det skal være muligt for at donere æg samt hvilke etiske kriterier, der eventuelt skal eksistere i forbindelse med donationen.

Nogle medlemmer (Ole Hartling, Lise Kingo, Morten Kvist, Anne-Marie Skov, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) mener ikke, at ægdonation bør være tilladt.

Nogle medlemmer (Karen Gausland og Annemarie Morris) mener, at kvinder bør kunne foretage ikke-anonym donation til et ukendt par, hvad enten de er i fertilitetsbehandling eller ej. Medlemmerne finder, at der bør fastlægges en nedre grænse for, hvor mange æg kvinden skal have tilbage til sig selv, hvis hun donerer i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Nogle medlemmer (Thomas G. Jensen og Anette R. Nissen) kan gå ind for, at kvinder i fertilitetsbehandling må donere anonymt, hvis der fastlægges en nedre grænse for, hvor mange æg kvinderne skal have tilbage til sig selv.

Nogle medlemmer (Jon Andersen, Niels Jørgen Langkilde og Kathrine Lilleør) kan gå ind for ikke-anonym donation til et par, donoren kender i forvejen, og ét medlem (Jon Andersen) kan endvidere gå ind for ikke-anonym krydsdonation. Nogle medlemmer (Jon Andersen og Niels Jørgen Langkilde) finder desuden, at det kun må være muligt at donere et begrænset antal gange. To medlemmer (Niels Jørgen Langkilde og Kathrine Lilleør) er også af den opfattelse, at donoren allerede selv bør have fået mindst ét levendefødt barn.

Nogle medlemmer (Klemens Kappel og Anne Skare Nielsen) mener, at det bør være muligt for alle kvinder at donere.

Nogle medlemmer (Klemens Kappel, Niels Jørgen Langkilde, Kathrine Lilleør, Anne Skare Nielsen og Peter Øhrstrøm) er desuden af den opfattelse, at det ikke bør være muligt at få godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste eller andre former for kompensation eller betaling i forbindelse med donationen, ligegyldigt hvilken type af ægdonation der måtte være tale om.

Medlemmernes synspunkter angående punkt 6

I henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet anføres det, at det følgende punkt kunne danne grundlag for nærmere drøftelser om ændringer i loven om kunstig befrugtning:

6. Den maksimale opbevaringstid for nedfrosne æg kunne forlænges fra 2 til 5 år. Nedfrosne æg er underkastet andre bestemmelser i lovgivningen end opbevaringstidens længde. Der findes eksempelvis krav om destruktion i tilfælde af dødsfald eller skilsmisse, regler om donation til anden kvinde, bestemmelser om samtykke ved donation til forskning etc. For at sikre overholdelse af disse bestemmelser kunne der fastsættes en maksimal opbevaringsfrist på 5 år efter udtagningen, selv om denne tidsfrist ikke kan begrundes rent sundhedsfagligt.

I det følgende præsenteres medlemmernes synspunkter angående opbevaringstiden for fosteranlæg.

Ét Medlem (Kit Louise Strand) mener, at den maksimale opbevaringstid bør være to år.

Nogle medlemmer (Lise Kingo, Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Anette R. Nissen og Peter Øhrstrøm) finder, at den maksimale opbevaringstid bør være 5 år.

Nogle medlemmer (Karen Gausland, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Annemarie Morris og Anne Skare Nielsen) mener, at der ikke bør eksistere en fast opbevaringstid. Opbevaringstiden skal i stedet afgøres ud fra kriterier som kvindens alder, om samlivet ophører mv. og vil altså variere i forhold til til det enkelte pars situation.

Nogle medlemmer (Ole Hartling og Kathrine Lilleør) mener, at fosteranlæggene skal kunne opbevares indtil fødslen af et eller eventuelt to levedygtige børn.

Nogle medlemmer (Ole Hartling, Klemens Kappel, Niels Jørgen Langkilde, Annemarie Morris, Anne Skare Nielsen, Anette R. Nissen og Peter Øhrstrøm) mener, at det bør være muligt at donere "overskydende" fosteranlæg til et andet par. Dette kan betegnes som "prænatal adoption". Nogle af disse medlemmer (Niels Jørgen Langkilde og Peter Øhrstrøm) ser dette i relation til §1 i Loven om Det Ethiske Råd, hvori det hedder: "Respekt for menneskets integritet og værdighed omfatter også det menneskelige livs første faser, herunder befrugtede æg og fosteranlæg". I det medlemmerne finder, at menneskets integritet og værdighed bl.a. må omfatte fysisk ukrænkelighed(25), påpeger de, at eksperimenter, der indebærer destruktion af menneskelige liv, kategorisk bør afvises. Kunstig befrugtning bør derfor gennemføres således, at teknikken ikke frister til en uværdig anvendelse af tidlige menneskelige liv i forskningen. I praksis bør et par maksimalt kunne forsøge at få befrugtet det antal æg, som parret ønsker, at kvinden skal have implanteret inden for den tilladte periode. Der bør være en til vished grænsende sandsynlighed for, at fosteranlæggene - eller børnene som Niels Jørgen Langkilde foretrækker at kalde dem - i løbet af den tilladte periode lægges op i kvindens livmoder. Hvis der alligevel skulle blive overskydende fosteranlæg (evt. efter udløb af den tilladte frysetid), bør det efter medlemmernes opfattelse være en forudsætning for behandlingen, at der på forhånd er givet tilsagn om prænatal adoption. Det bør også være en forudsætning, at børn født efter prænatal adoption som voksne kan få oplysninger om deres genetiske forældre.

Medlemmernes synspunkter angående punkt 7

I henvendelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet anføres det, at det følgende element kunne danne grundlag for drøftelser om ændringer i loven om kunstig befrugtning:

7. Donor anonymiteten for ægdonation kan overvejes ophævet, jf. ovenfor under punkt 5.

Donor anonymiteten for sæddonation til heteroseksuelle par kan overvejes fastholdt.

Donor anonymiteten for sæddonation ved behandling med kunstig befrugtning af en enlig kvinde kan overvejes ophævet, jf. ovenfor under punkt 3.

Efter at have forholdt sig til de argumenter, der er anført tidligere i teksten, giver medlemmerne i det følgende deres mening til kende angående anonymitet i forbindelse med sæddonation.

Ingen medlemmer af rådet går ind for forslaget om at ophæve anonymiteten alene i forbindelse med insemination af enlige og lesbiske.

Nogle medlemmer (Jon Andersen, Karen Gausland, Lise Kingo, Niels Jørgen Langkilde, Kathrine Lilleør, Annemarie Morris, Anne-Marie Skov, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) mener, at donoren aldrig bør være permanent anonym i forhold til personen undfanget gennem donation.

Nogle medlemmer (Klemens Kappel, Morten Kvist, Anne Skare Nielsen og Anette R. Nissen) mener, at donorerne og parret selv må vælge, hvilken ordning de foretrækker. Disse valg bliver så afgørende for, om donoren i det konkrete tilfælde er anonym eller ej.

Nogle medlemmer (Ole Hartling og Thomas G. Jensen) mener, at donoren altid bør være anonym både i forhold til parret og personen undfanget gennem donation.

Baggrundsmateriale

Det Ethiske Råd mener, at det er nødvendigt at have en vis viden om forskellige aspekter ved kunstig befrugtning for at kunne tage kvalificeret stilling til punkterne i skitsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.(26) I det følgende vil rådet derfor give en kortfattet fremstilling af 1) omfanget af, prisen på og risikoen ved de enkelte typer af behandling; 2) grunde til barnløshed og om fertiliteten er dalende; 3) bestemmelserne i relevante internationale konventioner mv.

Behandling med kunstig befrugtning(27)

Antallet af behandlinger mv. i 2003 med de respektive metoder til kunstig befrugtning fremgår af de to

skemaer nedenfor, som er kopieret fra Dansk Fertilitetsselskabs hjemmeside.(28) De senest offentliggjorte samlede tal fra Sundhedsstyrelsen er fra år 2000. Rådet finder det ikke tilfredsstillende, at styrelsen ikke har opdaterede tal, da rådet finder det væsentligt, at det er muligt løbende at holde øje med udviklingen inden for området. For øjeblikket arbejdes der på at lave en online-indberetning af oplysningerne, hvilket er et initiativ, Det Ethiske Råd påskønner.

De anførte metoder er:

1. IVF: In Vitro Fertilization, dvs. reagensglasbefrugtning.
2. ICSI: Intra Cytoplasmatisk sædcelle injektion, dvs. mikroinsemination, hvor én enkelt sædcelle indføres direkte i ægcellen.
3. FER: Frozen Embryo Replacement, dvs. opsætning af nedfrosset fosteranlæg
4. Donation: Ægdonation.
5. IUI-H: Insemination med partners sæd.
6. IUI-D: Insemination med sæd fra donor.

Resultaterne dækker alle de behandlinger, der er udført i Danmark i 2004.

2004	IVF	ICSI	FER	Donation	I alt
Påbegyndte behandlinger (antal)	5575	4023	1853	67	11.518
Ægudtagninger (antal)	5299	3915	-	-	9214
Ægoplægninger (antal)	4466	3329	1384	58	9237
Kliniske graviditeter* (antal)	1479	1084	256	22	2841
Kliniske graviditeter pr. behandling (%)	26,5	26,9	13,8	32,8	24,7
Kliniske graviditeter pr. ægoplægning (%)	33,1	32,6	18,5	37,9	30,8

*Kliniske graviditeter, defineret efter WHO/ICMART som extrauterine og intrauterine graviditeter med eller uden hjerteaktivitet.

Registrering af IUI-behandlinger i 2004.

Tallene er baseret på indberetninger fra 9 offentlige fertilitetsklinikker, 11 private fertilitetsklinikker, 12 Gynækologisk-obstetriske afdelinger, 17 speciallæger, i alt ca. 95 % af de foretagne inseminationer

2004 – IUI	IUI-H <40år	IUI-H >40år	IUI-D <40år	IUI-D >40år	I alt
Antal inseminationer	7774	390	1433	143	9740
Antal afsluttede kliniske graviditeter*	1113	25	257	10	1405
Afsluttede kliniske graviditeter pr. insemination (%)	14,3	6,4	17,9	7,0	14,4
Procent flerfoldsgraviditeter (%)	16	12	13	0	15,2

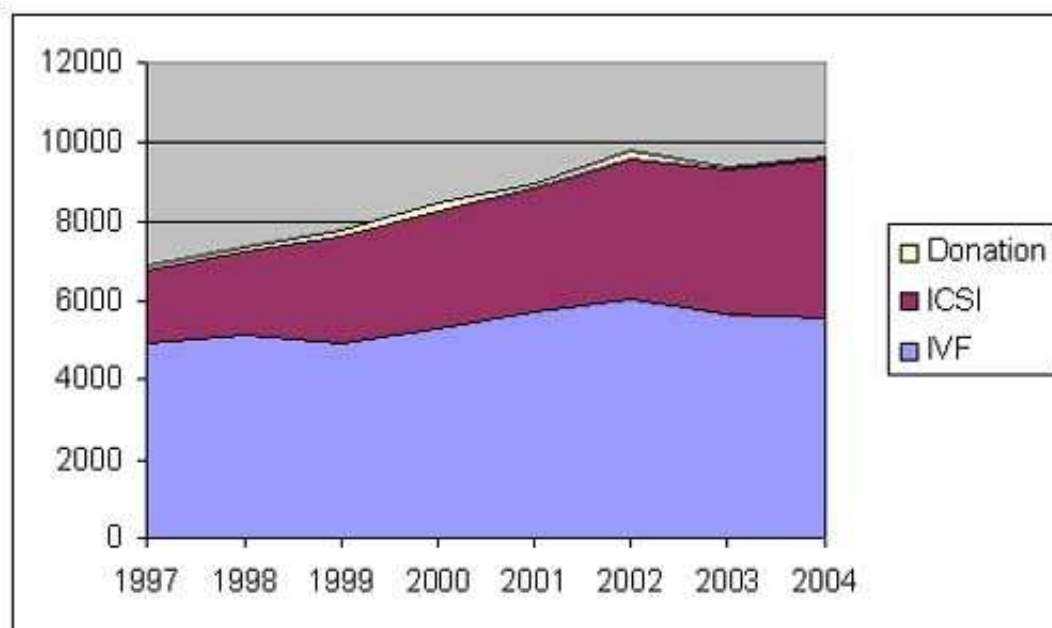
*Afsluttede kliniske graviditeter, defineret som intrauterine graviditeter med levende foster i 8. uge.

I det følgende skema kan man se udviklingen i antallet af påbegyndte behandlinger/inseminationer i årene fra 1997- 2004 (for IUI dog kun 2001-2004)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
IVF	4948	5180	4941	5278	5672	6067	5639	5575
ICSI	1820	2101	2683	3004	3133	3563	3653	4023
Donation	144	121	150	158	159	148	82	67
IUI-H	-	-	-	-	6935	7932	6923	7611
IUI-D	-	-	-	-	2289	1594	2882	1507
I alt	6912	7402	7774	8440	18.188	19.304	19.179	18.783

Kilde: Årsrapport fra Dansk Fertilitetsselskab

Grafisk illustration af udviklingen i antallet af behandlinger med IVF, ICSI og ægdonation i perioden 1997-2004



Tallene ovenfor dækker de behandlinger, der blev udført i Danmark, hvad enten den behandlede person var fra Danmark eller et andet land. Det skal i den forbindelse bemærkes, at nogle udenlandske par vælger at blive behandlet i Danmark, blandt andet fordi sæddonorerne her er anonyme, mens omvendt nogle danskere tager til udlandet for at modtage behandling, blandt andet i forbindelse med ægdonation.

Som det ses, er den mest markante stigning i antallet af påbegyndte behandlinger sket i forbindelse med ICSI, hvilket blandt andet hænger sammen med, at metoden først blev indført i Danmark i 1993.

Det har været diskuteret, om anvendelsen af IVF og/eller ICSI giver en forøget risiko for skader hos de pågældende børn. Der findes en række undersøgelser om emnet, men de kan være vanskelige at sammenholde, da de baserer sig på forskellige typer af undersøgelsesmetoder og materialer. Der er imidlertid lavet en metaanalyse af undersøgelserne, hvor det konkluderes, at analysen "tyder på en statistisk signifikant 30-40 % forøget risiko for fødselsskader i forbindelse med ART [assisteret reproduktionsteknologi]".(29) Endvidere anføres det, at det ikke har været muligt at spore den store forskel på risikoen ved henholdsvis IVF og ICSI: "Det var ikke emnet for denne oversigt, men et antal undersøgelser har sammenlignet risikoen for fødselsskader ved henholdsvis IVF og ICSI og har ikke fundet signifikante forskelle".(30)

Det er ikke tilstrækkeligt undersøgt, om den forøgede risiko for skader hos børnene skyldes anvendelsen af metoden som sådan. I metaundersøgelsen anføres det, at dette ikke kan udelukkes: "Faktorer knyttet til behandlingen med assisteret reproduktionsteknologi, som muligvis kan forøge risikoen for fødselsskader, omfatter den egentlige årsag til infertiliteten hos det par, der søger behandling; og faktorer knyttet til selve anvendelsen af IVF/ICSI, såsom nedfrysningen og optøningen af embryoer, den forsinkede befrugtning af oocytter, mediets sammensætning og den medicin, der

anvendes til at starte ovulationen [modningen af æg] eller støtte den sidste del af æggets modningsfase (lutealfasen)." (p. 336).(31)

I en dansk undersøgelse anføres det imidlertid, at dette næppe er tilfældet: "Vores resultater tyder på, at det er egenskaber ved patienterne og tilstedeværelsen af flerfoldsgraviditet, snarere end det er selve reproduktionsteknologien, som bestemmer fosterets risiko ved IVF-graviditeter i forhold til baggrundspopulationen".(32) En lignende tankegang blev udtrykt i en nyligt offentliggjort dansk undersøgelse, hvor det blandt andet blev påvist, at enkeltfødte IVF-børn har en 80 % forøget risiko for spastisk lammelse.(33) I undersøgelsen blev det således anført at "en tvilling, som forsvinder [ved absorption], kunne være en del af forklaringen på den forøgede risiko for spastisk lammelse, som blev fundet hos enkeltfødte børn efter IVF-behandling".(34)

Som det fremgår, er der en forøget risiko for skader hos barnet ved flerfoldsgraviditet. Forøgelsen hænger primært sammen med, at forekomsten af tidlige fødsler forøges med antallet af fostre. For eksempel er forekomsten af ekstremt tidligt fødte (før uge 27) 0,19 % ved enkeltfødsel, 1,62 % ved tvillingefødsel og 4,66 % ved trillingefødsel.(35) En anden kilde til skader på barnet, som ikke har at gøre med anvendelsen af metoden som sådan, er, at forældrene videregiver de problemer, der er årsagen til den manglende fertilitet, til børnene. For eksempel har ca. 10 % af alle mænd med dårlig sædkvalitet en defekt på Y-kromosomet, som videregives til et eventuelt drengebarn, hvis der anvendes ICSI.(36)

Man kan diskutere, om det er acceptabelt at anvende kunstig befrugtning i de tilfælde, hvor infertiliteten videregives til barnet. I så fald er barnet selv nødsaget til at anvende kunstig befrugtning, hvis det på et senere tidspunkt ønsker at få børn, og på denne måde er det nærmest uundgåeligt, at der i det lange løb vil finde en stigende anvendelse af kunstig befrugtning sted. Ligeledes kan man diskutere, om det er acceptabelt at løbe en risiko på barnets vegne ved at anvende metoder til kunstig befrugtning, som man ikke kender de mulige kortsigtede og langsigtede skadevirkninger af. I det mindste kan man argumentere for, at man bør være særdeles varsom med at tage en metode i brug som almindeligt behandlingstilbud, indtil det er grundigt dokumenteret, at den ikke har negative følgevirkninger for det kommende barn, herunder også negative langsigtede følgevirkninger.(37)

Som et eksempel på prisniveauet inden for dette område kan det nævnes, at Dansk Fertilitetsklinik tager 2.500 kr. for insemination med donorsæd (når der ikke foreligger henvisning fra egen læge), 17.500 kr. for én reagensglasbefrugtning og 33.000 kr. for 3 forsøg med reagensglasbefrugtning (der er et tillæg på 2000 kr., hvis der behandles med donorsæd).(38) Ved behandling i det offentlige er DRG-taksterne for henholdsvis ægudtagning og ægoplægning ved IVF/ICSI 4.147 kr. plus en ambulant besøgstakst på 1.360 kr. Taksten for insemination er den ambulante besøgstakst på 1.350 kr., og der skelnes ikke mellem insemination ved partner og ved donor. Det skal bemærkes, at DRG-taksterne ikke repræsenterer den fulde udgift til behandlingerne, da en række udgifter som for eksempel husleje og udgifter til anskaffelser ikke er indregnet.(39)

Det bør naturligvis altid overvejes, om kunstig befrugtning er et så væsentligt behandlingstilbud, at det skal finansieres med offentlige midler, eller om der er mere presserende opgaver, som det er mere hensigtsmæssigt at anvende ressourcerne på at løse. Ét synspunkt i rådet har været, at man enten bør indføre brugerbetaling eller fastholde et restriktivt offentligt behandlingstilbud, således at man kan få hjælp til at få ét barn, hvis man vel at mærke er konstateret infertil. For nogle medlemmer hænger dette synspunkt blandt andet sammen med den opfattelse, at kravet om at få børn, man selv er genetisk ophav til, er gået for vidt i betragtning af, at der er andre måder at få et barn ind i familien på, for eksempel adoption. Et andet synspunkt har været, at pengene til kunstig befrugtning er givet godt ud, fordi man forholdsvis få midler kan yde barnløse par stor hjælp og samtidig bringe børn til verden i familier, hvor de må forventes at få gode livsbetingelser.

Grunde til barnløshed

Antallet af børn, der fødes efter anvendelse af kunstig befrugtning, udgør for øjeblikket ca. 6,2 % af den samlede mængde børn, der fødes i Danmark.(40) Denne forholdsvis store procentdel gør det nærliggende at undersøge, om fertiliteten har været dalende i Danmark og andre steder i verden gennem de seneste år, og hvad dette i givet fald skyldes. En række undersøgelser peger eksempelvis på, at sædkvaliteten har været jævnt faldende gennem de sidste 50 år.(41) Ifølge en dansk undersøgelse af mænd mellem 18 og 20 år er sædkvaliteten på nuværende tidspunkt således så lav, at det påvirker fertiliteten: "In the study which included 708 Danish men from two cities (Copenhagen and

Aalborg), 21 % had sperm counts <20 mio./ml (lower who limit) (world health organization, 1992) and 43 % <40 mio./ml"(42), hvor denne sidste koncentration ifølge andre undersøgelser nedsætter frugtbarheden og altså medfører forlænget ventetid i forhold til at blive gravid.

Det er muligt, at disse forhold skyldes miljømæssige faktorer, herunder blandt andet udbredelsen af hormonforstyrrende stoffer. I en artikel af Skakkebæk, Meyts og Main anføres det således, at "Den hastige stigningen af reproduktive fejlfunktioner tyder på, at de mest sandsynlige årsager er miljø- og livsstilsfaktorer snarere end en akkumulation af strukturelle genetiske defekter ... Et afgørende spørgsmål fra et klinisk synspunkt er følgende: Hvilke virkninger kan forventes hos mennesker, hvis hormonforstyrrende stoffer [miljømæssige østrogene eller anti-androgene forbindelser], som i små doser findes overalt i fødeemner og vand, har en indvirkning på det mandlige reproduktionssystem?" (43) Ifølge forfatterne er der behov for forskning med henblik på at "kortlægge betydningen af hormonforstyrrende stoffer hos mennesker og angive, hvordan fremtidige generationer vil kunne beskyttes mod reproduktionsproblemer."(44)

Både påstandene om faldende sædkvalitet og en mulig miljømæssig indvirkning på frugtbarheden er blevet kritiseret. Det Ethiske Råd ønsker ikke at tage nærmere stilling til hverken denne eller andre diskussioner om de mulige årsager til nedsat frugtbarhed.(45) Rådet finder det dog ikke desto mindre godtgjort, at det er endog særdeles væsentligt at undersøge, om frugtbarheden er faldende, og hvad dette i givet fald skyldes, hvad enten der er tale om miljømæssige eller andre faktorer af f.eks. økonomisk eller social art. Endvidere finder rådet det yderst væsentligt, at der om muligt sættes ind over for en eventuelt faldende frugtbarhed, i det mindste for så vidt som den er en konsekvens af faktorer, den enkelte ikke selv er i stand til at kontrollere. Rådet er dog naturligvis ikke blindt for, at dette kan være en vanskelig opgave, da der formodentlig er tale om en problematik med mange globale dimensioner.

I forlængelse af den ovenstående problemstilling har Det Ethiske Råd diskuteret, i hvilket omfang det enkelte par eller den enkelte kvinde selv har et ansvar for at undgå infertilitet (for eksempel ved at undlade at få børnene i en sen alder) og undlade at anvende kunstig befrugtning i situationer, hvor det kan have negative følgevirkninger for barnet.(46) Medlemmerne er på den ene side enige om, at forældrene bør påtage sig et sådant ansvar. Men det er på den anden side ikke indlysende, hvordan det offentlige bedst beforder eller understøtter en sådan ansvarliggørelse, idet det er muligt at anvende meget forskelligartede midler. For eksempel kan man mene, at det er en god idé for kvinder at få børn i en tidligere alder, men man kan pege på mange forskellige midler til at opnå dette, blandt andet oplysning, en mere fleksibel arbejdsmarkedspolitik i forbindelse med børnefamilier eller en sænkning af aldersgrænsen for behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen.

International regulering

I forbindelse med undersøgelsen af, hvilken retsstilling fosteranlæg har, er det relevant at se på den internationale lovgivning. I den følgende redegørelse nævnes eksempler på international regulering, der har betydning for behandling og beskyttelse af menneskelige fosteranlæg. Der er her søgt at fokusere på regler, der har betydning for den tidlige udvikling af fosteranlægget i forbindelse med befrugtningen i eller uden for livmoderen, samt på regler, der har betydning for barnets ret til viden om sit genetiske og biologiske ophav.

FN-erklæring om menneskerettigheder af 1948

Verdenserklæringens 30 artikler dækker både borgerlige, politiske, økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder. Erklæringen er ikke juridisk bindende for staterne, men den har gennem tiden fungeret som en slags moralsk rettesnor og politisk handlingsplan for udviklingen af menneskerettighederne både i FN og i regionale organisationer som for eksempel Europarådet.

FN-erklæringen om menneskerettighedernes artikel 3 fastslår, at ethvert menneskeligt væsen har ret til livet.

Erklæringens artikel 16 nævner retten til at stifte familie: "Uden begrænsninger af racemæssige, nationalitetsmæssige eller religiøse grunde har mænd og kvinder, der har nået myndighedsalderen, ret til at gifte sig og stifte familie. De har krav på lige rettigheder med hensyn til indgåelse af ægteskab, under ægteskabet og ved dets opløsning.

2. Ægteskab skal kun kunne indgås med begge parter frie og fulde samtykke.

3. Familien er samfundets naturlige og fundamentale enhedsgruppe og har krav på samfundets og statens beskyttelse".

FN- Konventionen af 1966 om borgerlige og politiske rettigheder

FN-konventionen af 1966 om borgerlige og politiske rettigheder (artikel 6), har ikke taget stilling til fosterets retsbeskyttelse, men nævner, som menneskerettighedserklæringen af 1948, at ethvert menneskes ret til livet skal beskyttes ved lov. (Artikel 1: "Ethvert menneske har en naturgiven ret til livet. Denne ret skal beskyttes ved lov. Ingen må vilkårligt berøves livet.")

FN's Konvention om barnets rettigheder 1989

Artikel 3, pkt. 1: "I alle foranstaltninger vedr. børn - hvad enten de udøves af offentlige eller private institutioner for social velfærd, domstole, forvaltningsmyndigheder eller lovgivende organer - skal barnets tarv komme i første række."

Artikel 7, pkt. 1: "Barnet skal registreres umiddelbart efter fødslen og skal fra fødslen have ret til et navn, ret til at opnå et statsborgerskab og, så vidt muligt, ret til at kende og blive passet af sine forældre"

Artikel 8: "1. Deltagerstaterne påtager sig at respektere barnets ret til at bevare sin identitet, herunder statsborgerskab, navn og familieforhold, som anerkendt af loven og uden ulovlig indblanding.

2. Hvis et barn ulovligt berøves en del af eller hele sin identitet, skal deltagerstaterne yde passende bistand og beskyttelse med henblik på hurtigt at genoprette barnets identitet."

I forbindelse med den internationale lovgivning diskuteres det, om menneskerettigheds-konventionen og FN's konvention om barnets rettigheder siger noget om, hvorvidt barnet har en ret til at få at vide om eller at kende sit donorophav. I Danmark har man valgt at fortolke konventionen sådan, at den ikke indeholder en forpligtelse for staten til at sikre, at barnet har mulighed for at få oplysninger om sit donorophav.

Da FNs komité for børns rettigheder i 1995 afgav nogle konkluderende observationer i forhold til en rapport, som Danmark havde afgivet om, hvordan børns rettigheder efter FN-konventionen om barnets rettigheder bliver opfyldt i Danmark, blev det påpeget, at der kunne være et problem i forbindelse med ordningen med anonyme sæddonorer i Danmark. Der er måske en mulig modsætning mellem Danmarks lovgivning og konventionens hensigter, hvad angår barnets ret til at kende sin oprindelse. Komiteen har således ikke sagt, at lovgivningen er i direkte strid med børnekonventionen. Men de har gjort opmærksom på, at der kan være nogle problemer.(47)

I andre lande - heriblandt Tyskland - har man taget det standpunkt, at FN's børnekonvention betyder, at donorer ikke bør være anonyme.

I forbindelse med den internationale lovgivning er det imidlertid også interessant at diskutere, om der er tale om en negativ eller en positiv ret. Ifølge FN-konventionen bør en stat eller et samfund ikke forhindre børn i at efterspore deres biologiske identitet. Men der er ikke noget, der tyder på, at staterne er positivt forpligtet til at stille disse oplysninger til rådighed.

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention

Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 2 bestemmer, at: "Ethvert menneskes ret til livet skal beskyttes ved lov". Det er ikke tydeligt afklaret, om denne bestemmelse også beskytter fosteranlæg og fostre.

Artikel 8 beskytter retten til privatliv og familieliv. Artikel 8 nævner endvidere, at der kun må gøres indgreb i denne ret, hvis det er nødvendigt i et demokratisk samfund for at beskytte andres ret eller frihed.

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention er i 1992 blevet inkorporeret i dansk lov. Det vil derfor være muligt for et dansk donorbarn at lægge sag an ved den europæiske menneskerettighedsdomstol for at få prøvet spørgsmålet om ophævelse af donoranonymitet.

Europarådets Konvention om Menneskerettigheder og Biomedicin (Bioetikkonventionen)

Europarådets Konvention om Menneskerettigheder og Biomedicin af 4. april 1997

(Bioetikkonventionen) anfører i artikel 1, at formålet med konventionen er at "beskytte menneskers værdighed og integritet", og i artikel 2, "Menneskets forrang", at "Menneskets interesser og velfærd skal

have forrang frem for interesser, der alene vedrører samfundet eller videnskaben". Det fremgår af de forklarende bemærkninger til Bioetikkonventionen, at artikel 1 omhandler "everyone's right to fundamental rights and freedoms" [enhvers ret til fundamentale rettigheder over friheder]. Det anføres i de forklarende bemærkninger, at termen "everyone" eller "toute personne" er den samme, som anvendes i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, men at dette udtryk ikke defineres her. Under henvisning til manglen på definition af termen "everyone" er det i de forklarende bemærkninger anført, at det overlades til de enkelte staters lovgivning at definere udtrykket i forbindelse med anvendelsen af bioetikkonventionen.

Udtrykket "human being" anvendes også i konventionen for at fastslå vigtigheden af at beskytte alle menneskelige væseners værdighed og identitet ("the dignity and identity of all human beings"). Det anføres i de forklarende bemærkninger at "det blev taget til efterretning, at det var et almindeligt anerkendt princip, at menneskets værdighed og det enkelte menneskes identitet skal respekteres, så snart menneskelivet begynder".(48) Denne formulering indeholder heller ikke noget udsagn om, hvornår begyndelsen af menneskeligt liv kan siges at have fundet sted.

Bioetikkonventionen rummer dog en række særbestemmelser, der indirekte kan siges at yde en beskyttelse af fosteranlægget:

Indgreb i den menneskelige arvmasse:

I konventionens artikel 13 og 14 er der anført begrænsninger i, hvilke indgreb der kan ske i den menneskelige arvmasse: Artikel 13 bestemmer, at "indgreb i den menneskelige arvmasse kun er tilladt ved forebyggelsesmæssige, behandlingsmæssige eller undersøgelsesmæssige formål, og kun hvis formålet ikke er at ændre efterkommeres arveegenskaber". Artikel 14 bestemmer, at det ikke er tilladt at "bruge teknikker til kunstig befrugtning med henblik på at vælge barnets køn, bortset fra de tilfælde, hvor arvelige kønsrelaterede sygdomme kan forhindres".

Forskning på fostre in vitro:

Konventionen tager ikke stilling til, om forskning på fostre skal tillades, idet den overlader det til national lovgivning. Artikel 18 anfører dog, at såfremt forskning på fostre er tilladt ved lov, skal loven sikre tilstrækkelig beskyttelse af fostre. Artikel 18 indeholder dog den vigtige materielle regulering af forskning på fostre, at det ikke er tilladt at skabe menneskelige fostre alene med henblik på forskning.

Tillægsprotokol til Bioetikkonventionen om Forbud mod Kloning

Bioetikkonventionen indeholder ikke nogen bestemmelser om kloning. Derfor vedtog Europarådet i 1998 en tillægsprotokol om forbud mod kloning af mennesker.

Protokollens artikel 1 bestemmer, at ethvert tiltag, der har til formål at skabe et menneskeligt væsen genetisk identisk med et andet menneskeligt væsen, levende som dødt, forbydes.

UNESCO

Unesco vedtog i 1996 "The Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights" (20. december 1996).

I artikel 11 fastslås det, at "Fremgangsmåder, der strider mod menneskelig værdighed, som reproduktiv kloning af mennesker, ikke skal tillades. Stater og internationale organisationer inviteres til at identificere sådanne fremgangsmåder og at tage forholdsregler, nationale som internationale, for at sikre, at principperne i denne deklaration opretholdes." ("Practices which are contrary to human dignity, such as reproductive cloning of human beings, shall not be permitted. States and competent international organizations are invited to cooperate in identifying such practices and in taking, at national or international level, the measures necessary to ensure that the principles set out in this Declaration are respected.")

Institut for Menneskerettigheders rapport fra 1993

I publikationen "Lov og ret om børn: Rapport fra en arbejdsgruppe" Det Danske Center for Menneskerettigheder 1993, s. 39-49 indeholder afsnit 5 "Retten til at kende sine genetiske forældre" en diskussion om, hvorvidt Danmark i lyset af den internationale lovgivning kan opretholde kravet om anonymitet for sæd- og ægdonorer.

Det er arbejdsgruppens holdning, "...at der er vægtige argumenter, der taler for, at hensynet til barnets mulighed for at få oplysning om sit genetiske ophav skal vægtes tungere end hensynet til at beskytte

donors anonymitet. I forbindelse med fortolkning af FNs børnekonventions artikel 8 er det arbejdsgruppens holdning, at... æg og sæddonorers faktiske garanti for anonymitet er i modstrid med såvel dansk lov som med Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, ligesom det er diskutabelt, om disse forhold er i overensstemmelse med FN's Børnekonvention. Følgelig er der brug for en præcisering af den danske retstilstand med en mere konsekvent sikring af donorbørns rettigheder til at få information om deres egen herkomst, end det faktisk er tilfældet i dag."(49)

Noter:

(1) Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001); Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 2. del - Anonymitet og selektion i forbindelse med sæddonation (2002); Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 3. del - Mikroinsemination og præimplantationsdiagnostik (2003); Det Etiske Råds udtalelse om nedfrysning af befrugtede æg (december 2003); Det Etiske Råds udtalelse om donation af ubefrugtede æg (februar 2004) og Høring over udkast til lov om ændring af lov om kunstig befrugtning (afgivet den 22. marts 2004).

(2) Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001) s. 45-52 for en uddybning af denne og den følgende tankegang angående selvbestemmelse.

(3) Ud fra denne argumentation bør også enlige og lesbiske kvinder i princippet have adgang til kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen, hvis de er infertile i medicinsk forstand - forudsat at de overhovedet skal have adgang til at modtage kunstig befrugtning under en læges ansvar.

(4) Problemstillingen er særdeles kompliceret, fordi kunstig befrugtning ikke uden videre kan sammenlignes med for eksempel adoption eller tvangsfjernelse, da det ikke drejer sig om at placere et allerede eksisterende barn det bedst mulige sted, men drejer sig om hvorvidt det overhovedet er på sin plads at bringe et barn til at eksistere under bestemte livsbetingelser. Desuden er det vanskeligt at vurdere et eventuelt barns kommende livskvalitet eller livsmuligheder. Problemstillingerne er behandlet forholdsvis grundigt i rådets tidligere publikationer og vil ikke blive diskuteret nærmere her. Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001) side 61-71 og Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 3. del - Mikroinsemination og præimplantationsdiagnostik (2003) side 71-72.

(5) Jævnfør Bekendtgørelse om godkendelse som adoptant (BEK nr. 198 af 22/03/2000), hvor der også anføres krav om ansøgerens alder, ægteskabets varighed og deltagelse i adoptionsforberedende kurser

(6) Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001) s. 65-66 for en nærmere beskrivelse.

(7) Se hele redegørelsen på nettet

(8) Derimod er der ved IVF tale om et invasivt indgreb, som kun læger må udføre, fordi æggene skal tages ud af kvindens krop.

(9) Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001) side 23 og Høring over udkast til lov om ændring af lov om kunstig befrugtning (afgivet den 22. marts 2004) s. 2-3.

(10) Se Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 1. del - Ret til børn?=Ret til hjælp til at få børn (2001) s. 49-53 angående argumenter for, at selvbestemmelsen i forbindelse med familiedannelsen bør respekteres.

(11) Der henvises til denne udtalelse for en uddybning af de argumenter, der præsenteres i det følgende.

(12) Rådets oversættelse. Den originale version lyder: Article 21 - Prohibition of financial gain: The human body and its parts shall not, as such, give rise to financial gain.

(13) Det Etiske Råd anvender udtrykket "befrugtede æg" om selve resultatet af befrugtningen. Derefter tales der om "fosteranlæg" indtil implantationen. Rådet har ikke forholdt sig til nedfrysning af ubefrugtede æg, da det med den nuværende teknik ikke kan lade sig gøre, uden at æggene ødelægges.

- (14) Se Det Ethiske Råd 2003: Menneskeligt livs begyndelse og fosteranlægs etiske status - Et debatoplæg for en redegørelse for spørgsmålet om, hvilken etisk status fosteranlægget har - og hvilke etiske implikationer forskellige udlægninger heraf har.
- (15) Risikoen for fosteret er klart større ved graviditet med tre fostre end med to fostre, og undersøgelser tyder på, at der også er en let øget risiko ved graviditet med to fostre i forhold til graviditet med ét foster, se for eksempel diskussionen i Ø. Lidegaard, A. Pinborg & A.N. Andersen: "Imprinting diseases and IVF: Danish National IVF cohort study"; Human Reproduction, published January 21, 2005.
- (16) Disse bestemmelser vil ikke blive diskuteret her. Der henvises i stedet til Det Ethiske Råds udtalelse om nedfrysning af befrugtede æg (December 2003) s. 9-10 og 12-13.
- (17) Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 2. del - Anonymitet og selektion i forbindelse med sæddonation.
- (18) Der henvises til de nævnte værker for en nærmere udredning af problemstillingen.
- (19) Man taler om identificerende oplysninger, når oplysningerne gør det muligt at identificere og altså finde frem til donoren. Ikke-identificerende oplysninger om donoren gør det derimod ikke muligt at finde frem til donorens identitet. Når man taler om at ophæve donoranonymiteten, skal det normalt forstås sådan, at barnet undfanget gennem donation har mulighed for som voksen at få identificerende oplysninger om donoren. Men personen vælger selv, om han eller hun vil have oplysningerne og afgør naturligvis også, om donoren efterfølgende skal opsøges.
- (20) Se Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 2. del - Anonymitet og selektion i forbindelse med sæddonation (Det Ethiske Råd 2002).
- (21) Se pressemeddelelse fra European Society of Human Reproduction and Embryology. Citatet er oversat af rådet. Den originale version lyder: "should help allay fears that removing anonymity from sperm donors might lead to problems for the children or for their biological fathers".
- (22) Undersøgelserne er refereret i Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 2. del - Anonymitet og selektion i forbindelse med sæddonation (Det Ethiske Råd 2002).
- (23) Der ses i det følgende bort fra problematikken om ophævelse af anonymiteten ved insemination af enlige eller lesbiske.
- (24) Som det fremgår af næste afsnit, finder nogle af de nævnte medlemmer, at ikke alle barnløse bør have adgang til kunstig befrugtning.
- (25) Hvilket er i overensstemmelse med bemærkningerne til forslaget til lov om Det Ethiske råd, hvori det hedder: "Efter bestemmelserne ... skal rådet i sit virke arbejde ud fra respekt for menneskets og kommende generationers integritet og værdighed... I integritet indgår såvel fysisk som psykisk ukrænkelighed."
- (26) Tak for hjælpen med at fremskaffe informationer til biolog Karin Erb, Fertilitetsklinikken, Odense Universitetshospital; overlæge Anders Nyboe Andersen, Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet; overlæge Svend Lindenberg, Fertilitetsklinikken ved Amtssygehuset i Herlev; og overlæge Niels E. Skakkebæk, Klinik for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet. De nævnte har intet ansvar for udformningen af teksten.
- (27) Se årsrapport fra dansk fertilitetsselskab, hvor der også er opgørelser fra tidligere år.
- (28) samme
- (29) Michéle Hansen et al.: "Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects - a systematic review"; Human Reproduction, Vol. 20, No. 2 pp. 328-338, 2005. Rådets oversættelse. Den originale version lyder: "suggest a statistically significant 30-40 % increased risk of birth defects associated with ART [assisted reproductive technology]". Den anførte stigning på 30-40 % må ses i forhold til det absolutte tal for den sammenlignelige baggrundsgruppe, men dette tal fremgår ikke af artiklen, fordi der er tale om forskellige materialer. Som illustration kan der derfor henvises til en dansk undersøgelse, hvor følgende tal anføres: "In total, 107 (4,8 %) children in the study group and 103 (4,6 %) in the control group were born with malformations (NS), compared to 2,8 % in the background population"; se H.B. Westergaard et al: "Danish National In-Vitro Fertilization Registry 1994 and 1995: a controlled study of births, malformations and cytogenetic findings"; Human Reproduction, Vol. 14, No. 7,

1896-1902, July 1999.

(30) Ibid. side 335. Rådets oversættelse. Den originale version lyder: "Although not the subject of this review, a number of studies have compared birth defect risk in IVF and ICSI and have not found significant differences".

(31) Ibid p. 336. Rådets oversættelse. Den originale version lyder: "Factors associated with ART treatment that may increase the risk of birth defects include the underlying causes of infertility in the couples seeking treatment; and factors associated with the IVF/ICSI procedures themselves, such as the freezing and thawing of embryos, the delayed fertilization of oocytes, culture media composition and the medications used to induce ovulation or for luteal phase support".

(32) Side 1896 i: H.B. Westergaard et al: "Danish National In-Vitro Fertilization Registry 1994 and 1995: a controlled study of births, malformations and cytogenetic findings"; Human Reproduction, Vol. 14, No. 7, 1896-1902, July 1999. Rådets oversættelse af: "Our results indicate that it is the characteristics of the patients and the multiplicity of pregnancy, rather than the assisted reproductive technology that determines the fetal risks of IVF pregnancies compared to the background population".

(33) Se Ø. Lidegaard, A. Pinborg & A.N. Andersen: "Imprinting diseases and IVF: Danish National IVF cohort study"; Human Reproduction, 2005, Apr. 20 (4), 950-4.

(34) Rådets oversættelse af: "vanishing twins could be a contributing explanation of the increased risk of cerebral palsy found in singletons after IVF treatment".

(35) Jævnfør Forslag til Lov om ændring af lov om Svangerskabsafbrydelse og lov om sterilisation og kastration, Justitsministeriet, 20. november 2002.

(36) Se Det Ethiske Råd 2003: Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 3. del - Mikroinsemination og præimplantationsdiagnostik, s. 25.

(37) Se indledningen s. 13-21 i Det Ethiske Råd 2003: Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning 3. del - Mikroinsemination og præimplantationsdiagnostik.

(38) Se Dansk Fertilitetskliniks hjemmeside

(39) Se Sundhedsstyrelsens kagebog for til dannelse af den patientrelaterede omkostningsdatabase til takstkatalog 2005 for en beskrivelse af, hvordan taksterne udregnes.

(40) Jævnfør oplysninger fra Anders Nyboe Andersen og Karin Erb i artiklen "Register data on assisted Reproductive Technology (ART)" skrevet på basis af et symposium på Rigshospitalet i januar 2005.

(41) Se f.eks. Skakkebaek & Keiding: "Changes in semen and the testis", BMJ 1994; 309:1316-1317 (19 November) og henvisningerne heri.

(42) Jensen et al.: "Poor semen quality may contribute to recent decline in fertility rates"; Human Reproduction Vol. 17, No. 6 pp. 1437-1440, 2002

(43) Skakkebæk, Meyts and Main: "Testicular dysgenesis syndrome: an increasingly common developmental disorder with environmental aspects"; Human Reproduction Vol. 16. No. 5 pp. 972-978, 2001. Citatet er oversat af rådet. Den originale version lyder: "The rapid pace of the increase of reproductive disorders suggests that environmental or life-style factors, rather than an accumulation of genomic structural defects, are the most likely causes. ... A crucial question from a clinical perspective is the following: what effects may be expected in humans, if endocrine disrupters [environmental oestrogenic and anti-androgenic compounds], ubiquitous in small amounts in food and water, have an impact on the male reproductive system?"

(44) Ibid. p. 977. Citatet er over sat af rådet. Den originale version lyder: "delineate the role of endocrine disrupters in humans and to indicate the possible actions for protection of future generations from reproductive problems".

(45) For en dansk oversigt over grundene til infertilitet, se Schmidt, Münster og Helm: "Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population", British Journal of Obstetrics and Gynaecology December 1995, Vol. 102, pp. 978-984.

(46) Jævnfør også VK regeringens Nye Mål - regeringsgrundlag fra februar 2005, hvor det fremhæves, at forældrene har et helt afgørende ansvar for, at deres børn får mulighed for at udvikle sig.

(47) Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child : Denmark. 15/02/95.

Concluding Observations/Comments:

11. Concerning the right of a child to know his or her origins, the Committee notes a possible contradiction between this provision of the Convention and the policy of the State party with respect to artificial insemination." Uautoriseret oversættelse: I forbindelse med et barns ret til at kende hans eller hendes oprindelse noterer komiteen en mulig modsætning mellem konventionen og statens praksis i forbindelse med kunstig insemination.

(48) Rådets oversættelse af passagen: "it was acknowledged that it was a generally accepted principle, that human dignity and the identity of a human being had to be respected as soon as human life began"

(49) I Børnerådets høringssvar til lovforslaget om kunstig befrugtning marts 2004 anføres det, at rådet i 1995 var for opretholdelse af æg- og sæddonorers anonymitet, men at rådet i 2004 har skiftet holdning og nu er imod donoranonymitet. Som begrundelse herfor anføres det blandt andet: "Donoranonymitet fremmer fortielse af barnets tilblivelse over for barnet, hvilket Børnerådet finder skadeligt for barnet. At barnet vokser op med en mur af fortielse omkring sin egentlige tilblivelse, kan, ud over at skade relationerne i familien, også have psykisk negative konsekvenser for barnet. Et barn kan på mange forskellige måder i løbet af opvæksten få fornemmelsen af eller en direkte viden om, at de sociale forældre ikke er de genetiske forældre.

Publiceret: 04.04.2005

Links from this page

1. <http://www.adgangforalle.dk/>