

Kunstig befrugtning

en redegørelse

Det Ethiske Råd 1995

Indholdsfortegnelse

Medlemmer af Det Ethiske Råd

Forord

1. Sammenfatning

2. Indledning

- 2.1 Rådets tidligere anbefalinger om kunstig befrugtning
- 2.2 Kunstig befrugtning mellem efterspørgsel og anerkendelse
- 2.3 Barnløshedsproblemet i dag
- 2.4 Hvorfor vende sig til etikken?
- 2.5 Alternativer til barnløshedsbehandling
- 2.6 De etiske valg

3. Teknikker til kunstig befrugtning

3.1 Eksisterende behandlingsteknikker

- 3.1.1 Hormonstimulation af kvinder pga. manglende ægløsning
- 3.1.2 Insemination
- 3.1.3 Operativ behandling
- 3.1.4 Reagensglasmetoden (In vitro fertilisation, IVF)
- 3.1.5 Mikroinsemination
- 3.1.6 Nedfrysning
- 3.1.7 Donation
- 3.1.8 Rugemoderskab

3.2 Fremtidige behandlingsteknikker

- 3.2.1 Udtagning af sædceller fra testisvæv
- 3.2.2 Transplantation af æggestokke
- 3.2.3 Anvendelse af æg fra aborterede pigefostre
- 3.2.4 Modning af æg i follikulærfasen
- 3.2.5 Kloning af befrugtede æg mhp. kunstig befrugtning

4. Retlig regulering

4.1 Indledning

4.1.1 Baggrund og kilder

4.1.2 Virkning

4.1.3 Tilsyn, klagemulighed og sanktion i anledning af behandlingsfejl

4.1.4 Offentlig kontrol i øvrigt

4.1.5 International regulering

4.2 Regulering af kunstig befrugtning

4.2.1 Eksisterende behandlingsteknikker

4.2.1.1 Insemination

4.2.1.2 Reagensglasbehandling (In vitro fertilisation, IVF)

4.2.1.3 Mikroinsemination

4.2.1.4 Nedfrysning

4.2.1.5 Donation

4.2.1.6 Sæddonorers anonymitet

4.2.1.7 Ægdonorers anonymitet

4.2.1.8 Rugemoderskab

4.2.2 Fremtidige behandlingsteknikker

4.2.2.1 Udtagning af sædceller fra testisvæv

4.2.2.2 Transplantation af æggestokke

4.2.2.3 Anvendelse af æg fra aborterede pigefostre

4.2.2.4 Modning af æg i follikulærfasen

4.2.2.5 Kloning af befrugtede æg med henblik på kunstig befrugtning

4.3 Regulering af adoption

4.3.1 Betingelser vedrørende adoptanten

4.3.2 Samtykke fra biologiske forældre

4.3.3 Oplysning om biologisk slægt

4.3.4 Finansiering af adoption

5. Synspunkter og argumenter i debatten om kunstig befrugtning

5.1 Indledning

5.2 De 5 perspektiver

5.2.1 Det autonomibaserede perspektiv

5.2.2 Det humanistisk-”samaritanske” perspektiv

5.2.3 Det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv

5.2.3.1 De barnløse

5.2.3.2 Det kommende barn

5.2.4 Det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv

5.2.4.1 Den rationelle vurdering af konsekvenserne

5.2.4.2 Den intuitivt baserede vurdering af
konsekvenserne

5.2.4.3 Glidebane-argumentet

5.2.5 Det kristent konservative perspektiv

5.3 Det etiske valg

5.4 Hovedmodsætningen i debatten om kunstig befrugtning

6. Etisk stillingtagen

6.1 Indledning

6.2 Reagensglasbefrugtning

6.2.1 Selve reagensglasteknikken

6.2.2 Nedfrysning

6.2.3 Mikroinsemination

6.3 Donation

6.3.1 Sæddonation

6.3.2 Donation af ubefrugtede æg

6.3.3 Donation af befrugtede æg

6.3.4 Donor anonymitet

6.4 Rugemoderskab i forbindelse med kunstig befrugtning

6.5 De nyeste teknikker

6.5.1 Transplantation af æggestokke og modning af æganlæg
fra aborterede fostre

6.5.2 Nye modningsteknikker

6.5.3 Kloning med henblik på kunstig befrugtning

6.6 Hvem skal have adgang til barnløshedsbehandling?

6.7 Bør kunstig befrugtning tilbydes i det offentligt finansierede
sundhedsvæsen?

7. Resumé af rådets anbefalinger

Noter

Litteraturliste til redegørelsens kapitel 5

Medlemmer af Det Etiske Råd:

Domprovst Niels Henrik Arendt
Forfatter, præst Asger Baunsbak-Jensen
Rektor, dr.phil. Else Marie Bukdahl

Informationschef, journalist Barbara Gram
Læge, adjunkt Søren Holm
Lektor, mag.art. Jørgen Husted
Læge, cand.med. Ellen Kappelgaard
Cand.mag., Ph.D., forskningslektor Lene Koch
Professor, dr.scient. Ebba Lund
Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen
Professor Lars Nordskov Nielsen (formand)
Lektor, dr.jur. Linda Nielsen
Overlæge Sigurd Olesen
Professor, overlæge, dr.med. Mikael Rørth
Børnehaveklasseleder Inga Steiner Sørensen
Lektor, lic.jur. Jørn Vestergaard
Miljøkonsulent, cand.psych. Marianne Wangsted (næstformand)

Forord

Det Ethiske Råd offentliggør hermed en redegørelse om kunstig befrugtning. Redegørelsen har baggrund i de senere års teknologiske udvikling og offentlige debat vedrørende forplantningsteknologiske spørgsmål. Dens formål er bl.a. at indgå i grundlaget for det lovgivningspolitiske arbejde på området i forbindelse med revisionen i 1995/1996 af loven om det videnskabs-etiske komit system, der i kapitel 4 indeholder nogle regler vedrørende kunstig befrugtning.

Redegørelsen er behandlet på rådets plenarmøder efter oplæg fra rådets arbejdsgruppe vedrørende forplantningsteknologi, som består af rådsmedlemmerne Barbara Gram, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Linda Nielsen (formand) og Sigurd Olesen. Udformningen af redegørelsen er på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen og rådet foretaget af rådets sekretariat ved kultursociolog Anders Bildsøe Lassen, cand.comm. Anne Lykkeskov og cand. jur. et phil. Nina Schultz-Lorentzen. Lægelige konsulenter på redegørelsen har været overlæge Anders Nyboe Andersen og overlæge Peter Hornnes, Fertilitetsklinikken på Rigshospitalet og læge, kandidatstipendiat Lone Schmidt, Institut for Social Medicin, Panuminstituttet.

Et udkast til redegørelse har tidligere været offentliggjort med henblik på navnlig at fungere som debatoplæg på Det Ethiske Råds debatdag om kunstig befrugtning den 5. september 1995. På baggrund af drøftelserne på debatdagen og den offentlige debat, redegørelsesudkastet i øvrigt har givet anledning til, har rådet revideret dette udkast, og redegørelsen foreligger hermed i sin endelige form.

Lars Nordskov Nielsen Nina Schultz-Lorentzen

Formand Sekretariatschef

1. Sammenfatning

Det Ethiske Råd finder, at kunstig befrugtning rejser en række vanskelige spørgsmål. I den henseende er rådet formentlig på linie med befolkningens opfattelse. Debatmøder og presseindlæg har vist, at der i det danske samfund er uenighed om, hvorledes de nye teknikker skal håndteres og styres. Denne uenighed afspejler sig også i Det Ethiske Råd.

Ikke desto mindre er der konsensus i rådet på en række generelle punkter.

Der er enighed om, at der er behov for en styrkelse af forskning i forebyggelse af ufrivillig barnløshed og i kurativ behandling, dvs. kirurgiske indgreb og medicinske behandlinger, der tager sigte på at eliminere årsagen til ufrivillig barnløshed, og rådet anbefaler derfor en bevillingsmæssig opprioritering af disse forskningsområder.

Der er dernæst bred enighed i rådet om, at kunstig befrugtning udgør et så følsomt og vigtigt område, at der er behov for offentlig indseende i - og kontrol med - udviklingen på området. Rådets medlemmer er således enige om at anbefale en samlet regulering af området, der bl.a. indeholder en lovfæstelse af godkendelsesprocedurer for nye behandlinger.

Rådets medlemmer er ligeledes enige om, at det er af den allerstørste betydning, at der tilvejebringes øget vejledning og rådgivning af par, der søger behandling både før behandlingen påbegyndes og undervejs i behandlingen/erne. Det er rådets opfattelse, at både den praktiserende læge og en psykolog, en socialrådgiver eller en anden kvalificeret person bør stå til rådighed for en sådan rådgivning. Det er vigtigt, at de par, der søger behandling, gøres opmærksomme på både risici for, at behandlingen ikke vil lykkes, og de fysiske og psykiske ubehag, der kan være forbundet med behandlingerne. Det er samtidig vigtigt, at de allerede på et tidligt tidspunkt informeres om de alternativer til kunstig befrugtning, der findes, f.eks. adoption. I den forbindelse ønsker et enigt råd desuden at anbefale, at der sker en tilnærmelse mellem reglerne for adoption og reagensglasbefrugtning med hensyn til forudsætninger og økonomi.

Der er endvidere enighed i rådet om, at der bør være en vejledende øvre aldersgrænse for, hvornår en kvinde kan blive behandlet for ufrivillig barnløshed, en grænse, der skal gælde både i det offentlige sygehusvæsen og på de private klinikker. Denne aldersgrænse begrundes først og fremmest med hensynet til det kommende barn, som så vidt muligt bør gives normale opvækstbetingelser.

Der er derudover enighed i rådet om, at kunstig insemination med partners sæd og nedfrysning af sæd er teknikker, der ikke rejser etiske betænkeligheder.

Endelig er der enighed i rådet om, at kloning af befrugtede æg med henblik på fremstilling af genetisk identiske mennesker, anvendelse af æg fra aborterede fostre, transplantation af æggestokke, samt nedfrysning af ubefrugtede æg skal være forbudt her i landet.

Uenigheden i rådet står om, hvorvidt der skal være yderligere begrænsninger i adgangen til behandling for ufrivillig barnløshed og i den vifte af teknikker, der kan anvendes i behandlingen.

Et flertal blandt rådets medlemmer finder, at kunstig befrugtning, hvor befrugtning foregår udenfor kvindens krop, repræsenterer en teknificering og en tingsliggørelse af forplantningsprocessen. Det er disse medlemmers opfattelse, at disse teknikker indebærer forandringer i vort syn på menneskelivet og på forplantningen, forandringer som synes at påvirke den samfundsmæssige og kulturelle udvikling i en uønsket retning.

Det afgørende er, at denne forandring af disse medlemmer opfattes som så betydningsfuld, at det kan begrunde en restriktiv regulering af området også selv om en sådan må indebære en indskrænkning af folks almindelige ret til selvbestemmelse.

Ved siden af denne mere overordnede ængstelse begrundes en del af flertallet sin indstilling med, at kunstig befrugtning for det første er udtryk for videnskabens

overtagelse af et tidligere strengt kvindeligt domæne, og for det andet forekommer moralsk set noget besynderlig set i lyset af at verden globalt set er plaget af overbefolkning, og at der rundt omkring i verden findes talrige børn, der ikke har forældre til at tage sig af dem. En anden gruppe inden for dette flertal begrundet primært sin indstilling med, at befrugtede æg besidder en moralsk status, og at en række af de nye teknikker til kunstig befrugtning uundgåeligt indebærer destruktion af befrugtede æg og dermed et brud på den beskyttelse de har krav på.

Der er imidlertid uenighed indenfor flertallet om, hvordan en sådan mere restriktiv regulering af kunstig befrugtning bør se ud. En mindre gruppe (bestående af 6 medlemmer, der således udgør et mindretal i det samlede råd) ønsker helt at afvikle anvendelsen af reagensglasbefrugtning og dermed forbundne teknikker. Når disse medlemmer når frem til den konklusion, er det udover af de ovennævnte grunde, fordi man finder, at selve det at forplantningen foregår udenfor kroppen åbner muligheder for udvikling i retning af kommercialisering af forplantningen. Dernæst henholder disse medlemmer sig til, at man i dag ikke kan sige noget om de langsigtede virkninger af reagensglastechnikken og andre teknikker, samt at de forskellige behandlinger fortsat må betragtes som relativt ineffektive og forbundet med både fysisk og psykisk ubehag for de kvinder og de par, der går i behandling.

En anden mindre gruppe (2 medlemmer) anbefaler, at donation af sæd forbydes først og fremmest af hensyn til det kommende barn, fordi den komplicerede tilblivelseshistorie kan skabe identitetsproblemer senere i livet.

De øvrige medlemmer indenfor flertallet ønsker blot at anbefale afviklingen af en række af de teknikker, der opstår i kølvandet på reagensglasmetoden, nemlig nedfrysning af befrugtede æg og donation af såvel ubefrugtede som befrugtede æg. Modstanden imod nedfrysning af befrugtede æg begrundes primært med, at en sådan omgang med det befrugtede æg, hvor det "fryses ned" og "tøs op", uundgåeligt kommer til at påvirke vores syn på det befrugtede æg i og med, at det leder opmærksomheden bort fra, at det er potentielle mennesker, der er tale om. Derudover finder disse medlemmer, at nedfrysningen af befrugtede æg åbner for ubehagelige muligheder for overplanlægning, fordi den gør det muligt at foretage en nøje planlægning af "produktionen" af børn. For nogle af disse medlemmer er det desuden afgørende, at nedfrysningsteknikken uundgåeligt indebærer destruktion af befrugtede æg, enten fordi tidsgrænsen løber ud, eller fordi der er opnået graviditet.

Modstanden mod donation af ubefrugtede og befrugtede æg begrundes primært med, at en sådan praksis vil indebære en opsplitning af moderskabet, der uundgåeligt kommer til at påvirke betydningen af moderskabet indenfor vores kultur. Derudover er disse medlemmer af den opfattelse, at donation af æg repræsenterer en udvidet teknificering af forplantningsprocessen, en udvikling man ikke bryder sig om.

Et mindretal i Det Ethiske Råd mener i modsætning til flertallet, at man bør fastholde regulering af kunstig befrugtning på det nuværende niveau. Disse medlemmer mener ikke, at de teknikker, der er til rådighed på nuværende tidspunkt i Danmark, rejser etiske betænkeligheder, der kan begrunde et forbud imod dem. Mindretallet er tværtimod af den opfattelse, at de par, der søger behandling, opfatter infertiliteten som en stor belastning, og at et hjælpemotiv derfor tilsiger, at man bør stille behandling til rådighed. Disse medlemmer mener desuden helt generelt, at der i Danmark er en stærk tradition for gensidig tolerance og for en udstrakt grad af respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse. Derfor bør man i vid udstrækning overlade spørgsmålet om, hvorvidt de forskellige teknikker etisk set er acceptable eller ej til de mennesker, som skal indgå i behandlingen.

Mindretallet mener derudover, at enkelte af de begrænsninger, der på nuværende tidspunkt gælder for området, bør ændres, nemlig bestemmelsen om at befrugtede æg kun må opbevares nedfrosset i 1 år, og bestemmelsen om, at det kun er kvinder i reagensglasbehandling, der må donere æg. Disse medlemmer finder, at en tidsgrænse på 1 år indebærer en række praktiske problemer og mener på den baggrund, at der skal åbnes en dispensationsmulighed for denne tidsgrænse, hvis der kan fremlægges dokumentation for, at de befrugtede æg ikke tager skade af en længere nedfrysningstid. Med hensyn til spørgsmålet om ægdonation, finder disse medlemmer, at i det omfang man i øvrigt finder ægdonation forsvarligt, er der ikke grund til at udstede begrænsninger på, hvem, der kan donere, forudsat naturligvis at regler om informeret samtykke overholdes.

En del af disse medlemmer finder endvidere, at man tillige bør tillade donation af befrugtede æg (donation af både æg og sæd) fordi det forekommer urimeligt at udelukke den gruppe af par, hvor både manden og kvinden er infertile fra barnløshedsbehandling.

Det Ethiske Råds redegørelse indeholder herudover drøftelse af 3 centrale spørgsmål i debatten om kunstig befrugtning. Først, spørgsmålet om ophævelse af den nuværende praksis, hvorved såvel æg- som sæddonor er sikret vedvarende anonymitet. Dernæst, spørgsmålet om, hvorvidt enlige kvinder og kvinder, der lever i lesbisk parforhold, skal have adgang til kunstig befrugtning. Endelig, spørgsmålet om, hvorvidt barnløshedsbehandling fortsat bør finde sted i det offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Et flertal i Det Ethiske Råd mener, at man bør ophæve donoranonymiteten for fremtidige donorer. Denne holdning begrundes primært med hensynet til barnet. Disse medlemmer er af den opfattelse, at det kan udgøre et problem for barnet, at det ikke har mulighed for at få information om sit genetiske ophav. Først og fremmest fordi barnet på et tidspunkt i livet kan få behov for at søge sine "rødder". Derudover begrundes dette flertal sin holdning med, at man bør gøre alt for at stimulere åbenhed i familien om barnets tilblivelse. Både forældre og børn må skønnes at have bedst af åbenhed omkring det forhold, at den ene forælder ikke har leveret det genetiske materiale til barnet.

Et mindretal i rådet mener derimod man bør fastholde de nuværende bestemmelser om donoranonymitet. Disse medlemmer begrundes primært deres holdning med, at der ikke er noget, der tyder på, at den nuværende ordning giver nævneværdige problemer for børnene, og at der derfor ikke synes at være tvingende grunde til at lave om på reglen, særligt i lyset af, at de, der søger behandling, ytrer ønske om en fastholdelse af anonymiteten.

Med hensyn til spørgsmålet om de enlige og lesbiske kvinders adgang til kunstig befrugtning, er der flertal i Det Ethiske Råd for at anbefale, at der ikke indføres forbud mod kunstig befrugtning til disse grupper af kvinder. Flertallet begrundes primært denne holdning med, at der ikke er grund til at tvivle på, at disse kvinder vil være gode forældre, og at de, hvis der var et lovforbud, måtte overlades til et "gråt marked", der kan være forbundet med sundhedsrisici.

Et mindretal mener, at kunstig befrugtning kun bør tilbydes kvinder, der lever i et nogenlunde stabilt heteroseksuelt parforhold. Disse medlemmer mener, at man så vidt muligt bør sikre, at børn vokser op med både en far og en mor, og man mener derfor ikke, at lesbiske par skal have adgang til kunstig befrugtning.

Endelig er Det Ethiske Råd overordnet af den opfattelse, at spørgsmålet om, hvorvidt barnløshedsbehandling bør tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen, bør ses i sammenhæng med det bredere spørgsmål om, hvordan sundhedsvæsenets ressourcer bør prioriteres. Ikke desto mindre ønsker rådet i denne sammenhæng at markere en stillingtagen til spørgsmålet. Et flertal af rådets medlemmer mener fortsat,

barnløshedsbehandling bør tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen. Denne holdning begrundes først og fremmest med, at alt andet vil være et brud på det lighedsprincip, der ellers gælder på området. Behandling i privat regi er temmelig kostbar, og det betyder, at mange mennesker vil være forment adgang til behandling, hvis det kun foregår på private klinikker.

Et mindretal mener, at man bør afvikle barnløshedsbehandling i offentligt regi, primært fordi man ved at tilbyde kunstig befrugtning med reagensglasmetoden og dermed forbundne teknikker på de offentlige sygehuse udsender det signal, at disse behandlinger er etisk og kulturelt set acceptable. Disse medlemmer mener endvidere ikke, at samfundet er forpligtet til at stille barnløshedsbehandling til rådighed. Ligesom de mennesker, der ikke kan få den uddannelse, det job eller den institutionsplads, som de ønsker sig, må de barnløse indstille sig på, at barnløsheden kan være en skæbne - eller selv søge assistance. Mindretallet begrundet endelig deres holdning med, at kloden allerede er overbefolket, og at man fremfor at fremme produktionen af børn burde stimulere en øget indsats for at tage sig af de børn, der allerede eksisterer, f.eks. ved hjælp af adoption.

2. Indledning

Med denne redegørelse tager Det Ethiske Råd atter kunstig befrugtning op til diskussion. I Når rådet har valgt at fremkomme med en redegørelse om kunstig befrugtning på dette tidspunkt, skyldes det især to forhold.

For det første blusser en offentlig diskussion på området jævnt op - f.eks. når pressen omtaler tilfælde af kunstig befrugtning, hvor hverken æg eller sæd stammer fra det berørte par selv - og aktualiserer behovet for en samlet etisk stillingtagen til brugen af teknikkerne.

For det andet er den gældende regulering på området fragmentarisk og utilstrækkelig. Når forsøgsloven² skal revideres i 1995/96 er det derfor nærliggende at søge at lave en generel lov om kunstig befrugtning, der samler den nugældende spredte regulering og præciserer, hvad der gælder på en række områder.

Endelig har Det Ethiske Råd i 1995 lagt op til en offentlig debat om prioritering inden for sundhedsvæsenet. I denne sammenhæng nævnes behandling af barnløse ofte som et område, samfundet bør prioritere forholdsvis lavt. Rådet mener dog, at den primære opgave må være at tage etisk stilling til kunstig befrugtning.

2.1 Rådets tidligere anbefalinger om kunstig befrugtning

Redegørelsen Beskyttelse af menneskelige kønsceller, befrugtede æg, fosteranlæg og fostre fra 1989 indeholdt anbefalinger for regulering af visse af de teknikker til kunstig befrugtning, som også behandles her. Det drejer sig om insemination, reagensglasbefrugtning, nedfrysning af ubefrugtede og befrugtede æg samt af sæd, donation af ubefrugtede og befrugtede æg, rugemoderskab og endelig om, hvem der bør have adgang til kunstig befrugtning.

Et flertal i rådet gav i redegørelsen fra 1989 udtryk for, at de nye forplantningsteknikker - og herunder reagensglasmetoden - var en væsentlig forbedring af den eksisterende behandling for barnløshed.

Insemination med partnerens sæd gav ifølge et enigt råd ikke anledning til etiske problemer, og kunstig befrugtning med donorsæd blev ligeledes anset etisk acceptabel, når det kommende barn og donor var tilgodeset på en række punkter.

Reagensglasbefrugtning blev af et flertal anset for etisk acceptabel, da den ikke kunne erstattes af andre løsninger. I forlængelse heraf foreslog man dog et regelsæt til beskyttelse af befrugtede menneskelige æg, levende fosteranlæg og fostre. Et mindretal gik imod anvendelse af reagensglasbefrugtning, bl.a. fordi de mente, at metoden gav adgang til forsøg på det befrugtede æg i og med, at det blev taget ud af kvindens krop. Mindretallet foreslog derfor, at behandlingsformen blev afviklet hurtigst muligt.

Et flertal i rådet gik ind for at tillade nedfrysning af befrugtede æg i en kortere periode (på 1 år), når visse forhold i øvrigt var opfyldt. Nedfrysning af ubefrugtede æg og af sæd ønskede flertallet også at tillade i en kortere periode under visse betingelser. Et flertal i rådet gik endvidere ind for, at både donation af ubefrugtede og af befrugtede æg skulle være tilladt, når der var givet informeret samtykke. Rådet fandt, at donorer skulle sikres fuld anonymitet. Samtidig mente man, at der burde fastlægges klare regler for det retlige forhold mellem de genetiske forældre, de sociale forældre og barnet.

Rådet tog samlet afstand fra rugemoderskab, men fandt ikke, at lovgivningen på området burde strammes ud over den allerede gældende. Endelig mente et flertal af rådet, at hverken enlige eller lesbiske kvinder burde nægtes adgang til insemination og reagensglasbefrugtning.

Denne redegørelse var en del af grundlaget for reglerne om for-plantningsteknologi i kapitel 4 i forsøgsloven.

Siden er den teknologiske udvikling fortsat, og flere nye teknikker til kunstig befrugtning er kommet til; deriblandt mikroinseminationsteknikken. En teknik til udtagning af sædceller fra testisvæv er forelagt til godkendelse, og endelig rapporteres om mulige forsøg med nye teknikker, f.eks. til transplantation af æggestokke, anvendelse af æg fra aborterede pigefostre samt udtagning af umodne æg tidligt i patientens egen ubehandlede menstruationscyklus med efterfølgende modning og befrugtning i laboratoriet.

At kunstig befrugtning er et område, som berører mange mennesker, understreges af, at mindst 1% af alle nyfødte danske børn i dag kommer til verden ved hjælp af reagensglasmetoden. Der er altså mange gode grunde til, at rådet har fundet det relevant med en fornyet stillingtagen til hele området.

2.2 Kunstig befrugtning mellem efterspørgsel og anerkendelse

I 1978 blev det første barn født ved den såkaldte reagensglasmetode i England. I det følgende anvendes dette udtryk, når der tales om den behandling, hvor ægget befrugtes udenfor livmoderen for siden at overføres til denne (metoden kaldes også in vitro befrugtning eller IVF-behandling). Udtrykket kunstig befrugtning vil tilsvarende blive brugt som en samlende betegnelse for teknikker til insemination og forplantning udenfor kroppen.

Emnet for redegørelsen er kun teknikker, som kan anvendes til opnåelse af graviditet, da det er dette område, rådet lægger op til en samlet lovgivning for. Det indebærer, at teknikker som fosterdiagnostik, præimplantationsdiagnostik (hvor det befrugtede æg undersøges for bestemte sygdomme, inden det evt. sættes op i kvindens livmoder), genterapi på kønsceller og befrugtede æg samt kønsselektion og forskning på befrugtede æg falder udenfor redegørelsens emne.

I Danmark startede forskningen i reagensglasmetoden i 1970'erne, og det første reagensglasbarn her i landet kom til verden i 1983. I 1986 blev behandlingen autoriseret af Sundhedsministeriet, for i 1987 at blive etableret som en offentlig sygehusydelse.

For mange repræsenterede indførelse af reagensglasmetoden et grundlæggende brud med en række kulturelle tabuer ved at muliggøre menneskelig indgriben i selve befrugtningen. Man havde kendt til befrugtning ved insemination siden 1930'erne, men den afgørende forskel var, at med reagensglasbehandling blev selve forplantningen ført udenfor kvindens krop.

I processen produceres desuden overskydende æg, som kan anvendes til f.eks. forskning og udvikling af eksisterende behandlingsmetoder. I denne redegørelse vil forskningsaspektet imidlertid ikke blive behandlet.

Siden reagensglasmetodens fremkomst er offentligheden blevet præsenteret for stadigt flere nye teknikker til kunstig befrugtning, som åbner for stadigt nye muligheder og risici. Mulighederne for at donere sæd - som allerede var til stede i og med insemination var en etableret behandling - er nu suppleret med muligheden for at donere æg. Og potentielt for at en rugemoder kan føde en anden kvindes barn. Dermed er n af de mest grundfæstede menneskelige relationer - moderskabet - potentielt blevet splittet op i 3: En genetisk mor, en fødende mor og en social mor.

2.3 Barnløshedsproblemet i dag

Barnløshed har altid eksisteret, men da man ikke har kendt nogen effektiv kur imod den, var den et livsvilkår, de berørte kvinder og par var tvunget til at leve med, hvis de ikke ønskede at adoptere. I den forbindelse er det vigtigt at erindre, at mulighederne for at adoptere - og specielt for at adoptere et dansk barn - var langt større, inden den bedre prævention vandt frem. Samfundets udvikling har imidlertid gjort, at vores forhold til barnløshed har ændret sig i løbet af de sidste årtier. Det har flere årsager:

Inden indførelsen af vores nuværende velfærdsstat var det at få børn på mange måder en økonomisk nødvendighed. I landbruget og i den tidlige industrialisering havde børnenes arbejdskraft betydning, og det var også dem, som skulle forsørge forældrene i alderdommen. I dag har samfundet overtaget rollen som "sikkerhedsnet", og børn har ikke længere denne betydning for familiens økonomi. Dermed er behovet for at få børn ikke længere materielt, men primært følelsesmæssigt baseret: Ønsket om at få et barn er hos langt de fleste et dybtliggende, eksistentielt behov. De barnløse, som søger behandling, begrundet det typisk med ønsket om at "have nogen at leve for", behovet for at give og modtage kærlighed eller for "at se sig selv videreført", ønsket om at "være en familie", om at "blive normal" eller ønsket om at få et følelsesmæssigt sikkerhedsnet i alderdommen.

En anden konsekvens af vores moderne livsform er, at det er blevet almindeligt at udskyde tidspunktet for det første barns fødsel. Med kvindernes indtog på arbejdsmarkedet og den mere sikre prævention er det blevet såvel ønskeligt som muligt for parrene at foretage en nøjere planlægning af familieførøgelsen. Ofte vælger kvinderne at tage en uddannelse, før de ønsker at få børn, og for nogle af disse kvinder kan det spille ind, at de økonomisk ikke kan overskue at få børn, før de er færdiguddannede. Der er i dag en stor gruppe kvinder, som har passeret de 30 og derfor statistisk set er mindre fertile, før de ønsker at blive gravide.

Også mandens sædkvalitet falder, jo ældre han bliver. Hos nogle mænd kan dette skyldes infektioner (f.eks. fåresyge i voksenalderen). En række danske og udenlandske undersøgelser peger desuden på, at mænds sædcellekonzentration og sædkvalitet generelt er faldet væsentligt i løbet af de sidste 50 år.³ Det skulle ifølge disse undersøgelser give en stigning i antallet af tilfælde, hvor manden er årsag til barnløsheden.

rsagerne til denne udvikling kendes ikke. De danske forskere, som har påpeget den

faldende sædkvalitet, arbejder ud fra den hypotese, at den skyldes drengefostres øgede udsættelse gennem moderen for østrogen fra miljøet. Også andre stoffer - bl.a. i arbejdsmiljøet - er dog under mistanke.

Blandt de 25-45 årige kvinder, der har forsøgt at få børn, vil 18-28% på et tidspunkt i deres livsforløb være infertile.⁴ Det vil sige, at kvinden ikke er blevet gravid efter mere end et års forsøg. En del af disse par har ingen børn, andre har fået et barn, men ønsker sig flere. For en del løses problemet - med eller uden behandling - og antallet af par, der i 45 års alderen ufrivilligt ikke har mindst et barn, er mindre end 5%.⁵ Yderligere 4-6% af kvinderne opnår ufrivilligt ikke at føde et følgende ønsket barn.⁶

De nye teknikker til kunstig befrugtning er dermed på den ene side et nyt svar på et problem - barnløshed - som altid har eksisteret, men som måske i disse år opleves mere aktuelt end nogensinde. På den anden side føler mange, at anvendelsen af teknikkerne er forbundet med store såvel etiske som samfundsmæssige problemer.

2.4 Hvorfor vende sig til etikken?

Man støder i dag sjældent på den opfattelse, at ethvert videnskabeligt fremskridt er et ubetinget gode. De fleste erkender, at det er nødvendigt at underkaste den teknologiske udvikling en styring. Nogle af de muligheder, den åbner for, må fravælges, fordi deres konsekvenser er uoverskuelige eller uønskede.

På det medicinske område har forskerne udviklet teknikker, som rører ved spørgsmålet om liv og død på en anden måde end tidligere, fordi de griber ind i selve menneskets tilblivelse. Det kan ikke med sikkerhed forudsiges, hvad de langsigtede konsekvenser vil blive for de børn, der kommer ud af disse behandlinger, for samfundets udvikling og for os selv som mennesker.

I den situation griber vi til etikken som et redskab til at opstille grænser for, hvor langt vi som samfund vil tillade, at de enkelte teknologier udvikles og anvendes. Som også anført i rådets redegørelse fra 1989, støder vi imidlertid her på et grundlæggende dilemma:

På den ene side kan man i dagens vestlige samfund vanskeligt finde en livsanskuelse, som alle samfundsgrupper vil være enige i. Den vestjyske landmands opfattelse af moral og etik er formodentlig ganske forskellig fra den opfattelse, livet som arbejder i hovedstaden giver. Alligevel kræver den biomedicinske teknologiske udvikling på den anden side regulering på et etisk grundlag. Hvordan er det muligt, hvis der ikke findes en fælles etik?

Et første skridt kan bestå i at søge tilbage og tage udgangspunkt i de etiske traditioner. Danmark hører til i en europæisk historisk sammenhæng, der rummer grundlæggende etiske traditioner. Disse traditioner er ikke altid fuldt forenelige. Og man kan ikke uden videre gå ud fra, at de alle har umiddelbar gyldighed i vore dage. Alligevel kan en fundering på de etiske traditioner være et middel til at afprøve, om det i den aktuelle situation er muligt at opnå enighed om nogle grundlæggende etiske normer.

Etikken kan ikke i sig selv give færdige svar, så i redegørelsens kapitel 5 er de etiske traditioner således forsøgt relateret til den samfundsmæssige diskussion af de fordele og problemer, som udspringer af de nye teknikker til kunstig befrugtning. Intentionen er således ikke at gennemføre en analyse, som tilgodeser alle fagetiske krav. Formålet med kapitlet er i stedet at søge at skabe overblik i debatten ved at beskrive 5 hovedperspektiver på området og de værdier, disse baserer sig på. Derved ønsker rådet at give næring til en fortsat offentlig debat og politisk stillingtagen til hver enkelt teknologi.

2.5 Alternativer til barnløshedsbehandling

I denne stillingtagen er det også væsentligt at tage hensyn til de alternativer, som findes til kunstig befrugtning. Fælles for disse alternativer (med undtagelse af adoption) er det imidlertid, at de, selv om de blev sat i gang øjeblikkeligt, ikke ville få virkning før om en kortere eller længere årrække. For de, som nu er berørt af barnløshed, er forebyggelse ikke et alternativ til barnløshedsbehandling.

På forebyggelsessiden kunne en indsats for at hindre underlivsinfektioner hos kvinder formentlig nedbringe antallet af infertile kvinder. Blandt de ufrivilligt barnløse, som søger behandling, er infektion eller følger af en sådan årsagen hos ca. en femtedel af kvinderne⁷. Da det netop er kvinder, hvis æggeledere er blevet ødelagt efter infektioner, som er reagensglasbehandlingens primære patientgruppe, kunne en indsats for at forebygge underlivsbetændelse mv. fungere som et alternativ eller blot et supplement til reagensglasbefrugtningen.

Da fertiliteten falder med alderen for såvel kvinder som mænd, ville en indsats for at gøre det økonomisk mere attraktivt at få børn tidligere kunne afhjælpe en del tilfælde af barnløshed.

Der er næppe heller tvivl om, at yderligere forskning i livsstils- og miljøfaktorerers betydning for ufrivillig barnløshed ville kunne føre til, at der også her kunne sættes ind med forebyggelse.

For nogle par vil adoption udgøre et alternativ til kunstig befrugtning, mens det for andre er afgørende at føde parrets eget, biologiske barn. Imidlertid er adoption og barnløshedsbehandling i dag ikke ligestillet økonomisk. Uanset at der i dag ydes offentligt tilskud til adoption, er der ofte flere økonomiske omkostninger for det par, som vælger denne løsning, end for det par, som vælger barnløshedsbehandling i det offentlige system. Ved i højere grad at ligestille adoption og barnløshedsbehandling økonomisk, kunne man fra samfundets side medvirke til at sikre, at det i hvert fald ikke var dette aspekt, der afgjorde parrets valg mellem adoption og behandling.

Her skal man imidlertid erindre, at gruppen af barnløse, som søger medicinsk behandling, ikke er fuldstændig den samme som den gruppe, der kan få lov at adoptere. Der stilles en række krav til de personer, som ønsker at adoptere, som ikke stilles til de par, som ønsker at gå i barnløshedsbehandling. F.eks. kan mennesker, som har eller har haft en alvorlig sygdom, ikke godkendes som adoptanter. Det er først muligt at adoptere efter 3 års ægteskab, og ugifte samlevende kan ikke adoptere et barn sammen. Endelig er det i realiteten således i dag, at det er umuligt at adoptere et raskt dansk spædbarn, fordi der årligt kun bortadopteres ca. 20-30 sådanne børn. Dvs. at et par, som ønsker at adoptere, skal ønske at og turde tage et handicappet eller et udenlandsk udseende barn til sig. Der kan også ligge en barriere i de tidsmæssige og administrative vanskeligheder, et barnløst par må imødesee, hvis det ønsker at skifte fra behandlingssystemet til adoptionssystemet. En bedre samordning af sektorerne kunne her være en mulighed.

Der er par, som af den ene eller den anden årsag ikke betragter adoption som et alternativ til at få et eget barn. For disse par kan alternativet blive at acceptere et liv uden børn. Dette valg kan være svært at træffe, fordi parret kan føle et pres fra omverdenen, navnlig familie og venner, til at forsøge de foreliggende muligheder for kunstig befrugtning.

2.6 De etiske valg

Som allerede nævnt stiller den hurtige udvikling indenfor kunstig befrugtning krav til os om stadig at tage stilling til, hvilken udvikling vi vil tillade, og hvor vi må sige stop.

Teknikkerne stiller os overfor en række konkrete nye og hidtil utænkelige etiske dilemmaer, f.eks. med hensyn til barnets vilkår og til donorbørns mulige identitetsproblemer, hensyn til moderskabets status, ejendomsret og råderet til kønsceller og befrugtede æg, potentiel kommercialisering af forplantningen osv.

I det følgende vurderes de enkelte teknologier og deres implikationer. Herudfra vil der blive taget stilling til følgende grundspørgsmål:

Skal den pågældende behandling anvendes i Danmark, eller skal man ud fra etiske hensyn udstede forbud mod dens anvendelse? Og i det omfang behandlingen skal tillades, hvordan skal den da reguleres?

Med denne redegørelse tager Det Ethiske Råd atter kunstig befrugtning op til diskussion.¹ Når rådet har valgt at fremkomme med en redegørelse om kunstig befrugtning på dette tidspunkt, skyldes det især to forhold.

For det første blusser en offentlig diskussion på området jævnt op - f.eks. når pressen omtaler tilfælde af kunstig befrugtning, hvor hverken æg eller sæd stammer fra det berørte par selv - og aktualiserer behovet for en samlet etisk stillingtagen til brugen af teknikkerne.

For det andet er den gældende regulering på området fragmentarisk og utilstrækkelig. Når forsøgsloven² skal revideres i 1995/96 er det derfor nærliggende at søge at lave en generel lov om kunstig befrugtning, der samler den nugældende spredte regulering og præciserer, hvad der gælder på en række områder.

Endelig har Det Ethiske Råd i 1995 lagt op til en offentlig debat om prioritering inden for sundhedsvæsenet. I denne sammenhæng nævnes behandling af barnløse ofte som et område, samfundet bør prioritere forholdsvis lavt. Rådet mener dog, at den primære opgave må være at tage etisk stilling til kunstig befrugtning.

3. Teknikker til kunstig befrugtning

I det følgende gives en kort beskrivelse af de væsentligste teknikker og metoder, der bruges i forbindelse med behandling af ufrivillig barnløshed i Danmark.⁸ Desuden gives et bud på, hvilke teknikker og metoder som kan påregnes at få betydning fremover. Det er ikke hensigten at give en fuldstændig oversigt over samtlige teknikker og metoder, der anvendes eller kan tænkes anvendt.

I rådets redegørelse fra 1989 "Beskyttelse af menneskelige kønsceller, befrugtede æg, fosteranlæg og fostre" findes der en teknisk beskrivelse i kapitel 3 (s. 17-32).

3.1 Eksisterende behandlingsteknikker

3.1.1 Hormonstimulation af kvinder pga. manglende ægløsning

Manglende ægløsning er en hyppig årsag til barnløshed, og behandling heraf er en af de mest effektive medicinske behandlinger, som har været anvendt i Danmark i over 30 år. Oftest er det tilstrækkeligt at anvende tabletbehandling i 5 dage pr. måned, hvilket er uden større problemer. I vanskeligere tilfælde anvendes hormonstimulation med daglige indsprøjtninger.

Denne behandling er effektiv, idet den medfører en graviditetschance pr. måned, der er på højde med, hvad normale fertile par har. Behandlingen kan dog være vanskelig at styre

og kræver stor tålmodighed. Den væsentligste risiko er overstimulation af æggestokkene og forekomsten af flerfoldsgraviditeter. Ved reagensglasmetoden kan risikoen for flerfoldsgraviditeter kontrolleres ved højst at oplægge et bestemt antal æg. Ved hormonstimulation pga. manglende ægløsning må behandlingen afbrydes, hvis der udvikles for mange æg.

3.1.2 Insemination

Behandling med insemination er teknisk set enkel. Der anvendes frisk eller nedfrosset (og optøet) sæd; det sidste såfremt sæden stammer fra en sæddonor. Anvendes der sæd fra ægtemanden eller samleveren, bruges den friske sæd.

Normalt foretages inseminationen direkte i livmoderen (intrauterin insemination: IUI), hvor sædcellerne oplægges i livmoderen gennem et tyndt plastikkateter, der føres igennem livmoderhalsen. Normalt bruges betegnelserne IUI-H for homolog intrauterin insemination med ægtemandens sæd, og IUI-D når der anvendes Donorsæd.

Uanset om der er tale om frisk sæd fra ægtemanden eller optøet sæd fra donor anvendes en sorteringsprocedure (Percoll, Swim-up), hvorved egnede sædceller skilles fra sædvæske og døde sædceller.

Inseminationsbehandling kan gennemføres med eller uden hormonstimulation af kvinden. Anvendes sæd fra sæddonor er det jo, fordi barnløshed skyldes nedsat sædkvalitet, og man kan da udmærket behandle i kvindens egen cyklus uden at anvende hormonstimulation. Anvendes ægtemandens sæd er det dog nødvendigt at hormonstimulere kvinden for at opnå en rimelig graviditetschance.

60% af de kvinder, som bliver insemineret med donorsæd, føder et levende barn efter behandling i 6-9 måneder, mens procenten er lavere ved insemination med partnerens sæd. I alt fødes skønsvist 1.000 børn årligt i Danmark efter insemination. Oplysninger fra Central Sædbank og CRYOS - Biologisk Deponeringservice - tyder på, at der heraf årligt etableres omkring 500 graviditeter ved anvendelse af sæd fra anonyme sæddonorer.

3.1.3 Operativ behandling

Operativ behandling anvendes i vid udstrækning dels til korrektion af dårlig æggelederfunktion, dels ved sygdomme (f.eks. muskelknuder og misdannelser i livmoderen). Trods udviklingen af reagensglasmetoden er der stadig plads for den operative behandling, bl.a. fordi den i dag kan udføres laparoskopisk, dvs. gennem kikketrør, hvilket er langt mindre belastende for kvinden end tidligere operationsmetoder.

Ifølge en nyere dansk undersøgelse opnåede hhv. 42% og 15% en fødsel efter mikrokirurgisk fertilitetsfremmende operation. Behandlingssuccéen var afhængig af æggeledernes tilstand før indgrebet og dermed af, hvor stort det operative indgreb havde været.⁹

3.1.4 Reagensglasmetoden (In vitro fertilisation, IVF)

Ved den såkaldte reagensglasbefrugtning (som ikke foregår i et reagensglas men i en glasskål) sker befrugtningen ved, at sædcellen befrugter ægget uden for kvindens krop.

Sundhedsstyrelsen tilråder, at der ikke iværksættes IVF-behandling førend tilstanden af barnløshed har været i 12 måneder, medmindre der er klare indikationer for f.eks. lukkede æggeledere. Af en spørgeskemaundersøgelse, Det Etske Råd i foråret 1995 udførte

blandt 45 offentlige og private klinikker, som udreder årsager til barnløshed og behandler eller henviser par til behandling, fremgår det, at tillukkede æggeledere og uforklarlig barnløshed er de hyppigste indikationer for behandling med reagensglasmetoden. Også dårlig sædkvalitet - herunder tilstedeværelsen af spermaantistoffer - hos manden og arvelige sygdomme hos en af parterne angives som årsager til at igangsætte reagensglasbehandling.

I en normal menstruationscyklus modnes normalt kun et æg hver måned (26-30 dage) i en lille væskefyldt ægblære (en follikel) på æggestokkens overflade. Ved ægløsningen brister den modne ægblære, og ægget opfanges af æggeledertragten, hvorefter ægget vil blive ført til livmoderen. Under normale omstændigheder sker befrugtningen i æggelederen ved at en sædcelle trænger gennem æggets skal, og befrugtningen er tilendebragt, når de to cellers kerne er smeltet sammen.

Det befrugtede æg begynder herefter en serie af delinger. Omkring 6-7 dage efter befrugtningen begynder det lille præ-embryo at fæstne sig til livmoderslimhinden og på omkring 12. dagen er det helt implanteret i denne.

Når en reagensglasbehandling igangsættes, ønsker man at få et større antal modne æg end det ene æg, der normalt opnås ved en menstruationscyklus. Kvinden behandles derfor med hormoner, som stimulerer æggens vækst. Denne hormonbehandling kan give store bivirkninger i form af f.eks. vægtøgning, humørsvingninger og undertiden depressioner. En amerikansk undersøgelse peger på, at hormonbehandlingen på langt sigt kan give en øget kræft risiko i æggestokkene. Kvinder, der ikke har født og ammet (bl.a. ufrivilligt barnløse), har imidlertid en øget risiko for senere at udvikle kræft i æggestokkene. Det er på nuværende tidspunkt langt fra afklaret, om der sker en yderligere øgning af deres risiko ved, at de behandles med hormonstimulation.

Fra amerikansk side er der i 2 undersøgelser rejst mistanke om, at stimulationsbehandling kan medføre en øget risiko for kræft i æggestokkene. En italiensk undersøgelse har ikke kunnet bekræfte dette. Langt den største undersøgelse er dansk, og der foreligger nu præliminære data. Disse data viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem anvendelse af stimulationsbehandling og senere cancerudvikling.

Efter hormonbehandlingen udvikles et antal modne æg, i gennemsnit 8, i en cyklus. Under ultralydvejledning indføres en kanyler gennem kvindens skede og ind i æggestokken, hvorfra æggene suges ud af æggeblærene (folliklerne). De udtagne æg anbringes i en skål med en næringsvæske, hvor de modnes i nogle timer (4-6 timer). Herefter tilsættes vaskede sædceller fra enten ægtefælle eller donor til befrugtning af æggene.

De befrugtede æg dyrkes nu i en næringsvæske i ca. 2 døgn. 50%-60% af æggene vil påbegynde celledeling og udvikler sig til små cellehobe med 2-8 celler. Der er forskel på kvaliteten af de delte æg og dermed på deres chance for at ville sætte sig fast i livmoderen. Derfor er kvalitetsvurderingen af æggene før oplægningen og udvælgelsen af de æg, som skal sættes op i livmoderen, af afgørende betydning. Et antal (højst 3) befrugtede æg overføres til kvindens livmoder ved hjælp af et tyndt plastikrør; dette kaldes embryotransplantation.

Chancen for at føde et barn efter en behandling i det offentlige system i Danmark er 15% - 20% pr. behandling. Ved tre behandlingsrunder er chancen 45% - 50%.¹⁰ Svenske tal peger også på, at den kumulative chance for at føde et levende barn efter tre behandlinger med reagensglasmetoden i dag ligger på ca. 50%.¹¹ Det samlede antal kvinder, som hvert år modtager IVF-behandling i Danmark, er i størrelsesordenen 1.500, men Sundhedsstyrelsens officielle tal for 1994 foreligger endnu ikke.

Den alvorligste komplikation ved reagensglasbehandling er det såkaldte overstimulationsyndrom. Tilstanden kan være alvorlig og kræve indlæggelse og intensiv væskebehandling. Den forekommer ved 1 ud af hver 200 behandlinger. Andre komplikationer kan være infektioner og graviditeter uden for livmoderen. Børn født som tvillinger eller trillinger har en klart forhøjet dødelighed omkring fødslen. Flerfoldsgraviditeterne er et væsentligt sundhedsmæssigt problem for de børn, som bliver født i forbindelse med reagensglasbehandling. Såfremt der kun fødes et barn, er børnene kun ca. 250 g mindre end normalt, og fødes i gennemsnit 1 uge før tiden. Visse undersøgelser, bl.a. en finsk undersøgelse, tyder på, at dødeligheden omkring fødslen er øget fra 6 pr. 1.000 fødsler i normalbefolkningen til 17 pr. 1.000 fødsler efter reagensglasbehandling. En engelsk undersøgelse har ved etbarnsfødsler fundet, at børn født efter reagensglasmetoden har samme risiko for lavere vægt og for tidlig fødsel, som andre børn i England og Wales, hvis mødre havde samme alder som reagensglasmodrene.

Metodens langtidsvirkninger er ikke belyst, fordi den er så ny. De undersøgelser af reagensglasbørn, som findes på nuværende tidspunkt, tyder imidlertid på, at risikoen for skader på reagensglasbørn ikke adskiller sig markant fra risikoen for skader på andre børn.

Med hensyn til den psykiske belastning for forældrene ved at gennemgå kunstig befrugtning har nogle undersøgelser vist, at de par, som opnår at føde et barn efter behandlingen, får et forøget velbefindende, en mere positiv vurdering af forældreskabet end almindelige fertile¹² og har en lavere skilsmissefrekvens end befolkningen som sådan.¹³ De par, som ikke får barn trods behandlingen, er på kort sigt mere belastede end dem, der blev forældre.¹⁴ På langt sigt gennemlever de fleste dog krisen og hovedparten lever fortsat sammen med den samme partner. Disse undersøgelser viser også, at de fleste af disse patienter ville gennemgå behandling igen, hvis de fik mulighed for det.¹⁵

3.1.5 Mikroinsemination

Hos de fleste mænd med nedsat sædkvalitet er der et mindre antal normale sædceller, som er egnede til at befrugte en kvindes æg. Ofte er der imidlertid for få af de befrugtningsegne sædceller til at give sæden en tilstrækkelig befrugtningsevne til naturlig befrugtning ved samleje.

Hidtil har insemination med donorsæd været eneste behandlingsmulighed. I løbet af de sidste 10-15 år er der udviklet nye metoder baseret på mikrohåndtering af henholdsvis æg og sædceller, som muliggør direkte indføring af en enkelt egnet sædcelle i ægcellen.

Ved den såkaldte ICSI-metode (intracytoplasmatisk sædcelle injektion) indføres en enkelt sædcelle direkte i ægget ved hjælp af et meget tyndt glaserør. Metoden er ganske effektiv og giver en fødselsrate, der er på højde med, hvad der kan opnås med almindelig reagensglasbehandling.

Metoden blev herhjemme taget i anvendelse i 1993, uden på forhånd at have været underkastet klinisk kontrollerede forsøg. En belgisk undersøgelse viser, at 25% af ICSI-behandlingerne resulterede i fødslen af et barn.¹⁶ Metoden medvirker til, at det i færre tilfælde bliver nødvendigt at anvende sæddonor. Helt fjerne behovet for anvendelse af sæddonorer kan metoden formentlig ikke, men den forventes at kunne reducere behovet til ca. en fjerdedel.

Da metoden kun er få år gammel, foreligger der selvsagt ingen resultater vedrørende langtidsopfølgning af børnene. Der foregår imidlertid en meget omfattende og systematisk opfølgning af børn født efter ICSI-behandling i Danmark.

Den største undersøgelse af forekomsten af kromosomfejl hos fostre efter ICSI-behandling omfatter 491 fostre, hvor der er udført enten moderkageprøve eller fostervandsprøve. Der fandtes 6 ($6/491 = 1,2\%$) tilfælde med betydende kromosomafvigelser.¹⁷ Selvom dette umiddelbart svarer til, hvad man normalt finder i befolkningen, er materialet for lille til en sikker sammenligning. Det er aktuelt blevet påpeget, at de kromosomafvigelser, der er fundet netop hos fostre, der er blevet til efter ICSI-behandling, i særlig grad synes at omfatte kønskromosomerne. Kommende studier må bekræfte eller afkræfte, om dette skulle være tilfældet. Indtil videre anbefaler specialister derfor, at par, der bliver gravide efter ICSI-behandling, får udført en fostervandsprøve.

Det har været fremført i debatten, at nedsat frugtbarhed er arvelig, og at ICSI-teknikken derfor kan være med til at genskabe eller forøge problemet i følgende generationer. Spørgsmålet er dog, om de fleste tilfælde af nedsat frugtbarhed er arvelige. Dette kan ikke afvises, men der savnes videnskabelige undersøgelser på mennesker i disse sammenhænge.¹⁸

3.1.6 Nedfrysning

Såvel sædceller som befrugtede æg kan nedfryses med henblik på senere anvendelse. Der er imidlertid store vanskeligheder forbundet med at bevare levedygtigheden ved nedfrysning af ubefrugtede æg, og der er kun født ganske få børn i verden efter anvendelse af nedfrosne-optøede ubefrugtede æg. Det ubefrugtede ægs kromosomer synes at være langt mere følsomme for frysning, end de tætpakkede kromosomer, som findes i det befrugtede æg.

Derimod tåler befrugtede æg, som har delt sig nogle gange, at blive nedfrosset, og der er født mange hundrede børn, hvor nedfrosne-optøede befrugtede æg har været anvendt. Nedfrysning og efterfølgende optøning af befrugtede æg har været anvendt i udlandet siden 1984.

Ved anvendelse af fryseteknikken bedres muligheden for graviditet, fordi en kvinde, hvis første forsøg mislykkes, kan få opsat et af de nedfrosne æg i andet forsøg, således at hun ikke behøver at gennemgå en ny hormonbehandling. I forbindelse med ca. hver tredje oplægning foreligger der flere end de 2-3 pæne embryoner, der kan oplægges i kvinden. Disse "overskydende" embryoner kan da nedfryses. En del embryoner tåler ikke nedfrysning og efterfølgende optøning, og under alle omstændigheder er chancerne for at opnå graviditet med nedfrosne-optøede embryoner en del mindre, end hvis man anvender friske embryoner.

I Danmark er det 5%-10% af alle graviditeter efter reagensglas-metoden, som er opnået ved behandling med embryoner, der har været nedfrosset. En af grundene til, at nedfrysning ikke spiller en større rolle, er reglen om, at embryoner kun må opbevares i 12 måneder.

Nedfrysning af sæd bruges ofte i tilfælde af, at manden skal gennemgå en medicinsk behandling, der truer med at "dræbe" hans sædceller. I den sammenhæng indebærer nedfrysning, at man kan undgå at benytte sig af donorsæd, og at manden derved senere kan få sit genetisk eget barn.

Ved nedfrysning af sædceller tilsættes sædportionen (ejakulatet) et frysemedium og suges derefter op i små sterile plastkrør, kaldet "strå". Sæden nedfryses langsomt og opbevares ved en temperatur på -196°C . Igennem 30 års brug af nedfrosne-optøet sæd, har man ikke kunnet

påvise en øget aborthyppighed eller et øget antal misdannelser som følge af metoden. Sædens befrugtningsevne vil dog forringes under nedfrysningen, idet en del sædceller ikke overlever.¹⁹ Hvis man imidlertid oprenser sædcellerne, er graviditetschancen ved anvendelse af optøet sperm ikke ringere end ved anvendelse af frisk ditto.

Der er oprettet flere sædbanker, hvor der nedfryses donorsæd med henblik på senere inseminationsbehandling. Eksempler herpå er Frederiksberg Hospitals sædbank, Fonden for Den Centrale Sædbank i København samt Cryos - Biologisk Deponeringservice ApS i rhus.

3.1.7 Donation

Donation i forbindelse med kunstig befrugtning består i, at der tilvejebringes og anvendes kønsceller fra en tredje part. I dag er det teknisk muligt at donere såvel sæd som ubefrugtede og befrugtede æg.

Donorsæd anvendes, når ægtefælle eller samlever ikke kan danne sædceller, eller hvis sæden har en meget dårlig befrugtningsevne. Dette kan blandt andet skyldes tidligere infektioner, mangelfuld udvikling af testiklerne og testikelkræft. Såfremt kvindens ægtemand eller samlever har en alvorlig arvelig sygdom, eller både manden og kvinden er bærere af genet for samme arvelige sygdom, vil man ligeledes kunne anvende donorsæd. Desuden foretrækker nogle par donorinsemination fremfor mikroinsemination, fordi de finder denne behandling for kompliceret eller for "teknologisk" - eller at ventetiden er for lang.

Kan en kvinde ikke selv producere æg, muliggør reagensglas-teknikken, at kvinden kan få et eller flere ubefrugtede donoræg fra en anden kvinde. Ved ægdonation kan ægget teknisk set befrugtes med sæd fra ægmodtagerens ægtefælle/samlever; eller med donorsæd.

De fleste ægdonationer i Danmark udføres, fordi kvinden er gået for tidligt i overgangsalderen. Men der kan også være andre årsager til, at en kvinde ikke selv kan producere modnede æg. F.eks. at begge æggestokke er fjernet, at æggestokkene ikke fungerer (f.eks. efter kemoterapi for kræft) eller medfødt mangelfuld udvikling af æggestokkene. Har kvinden en alvorlig arvelig sygdom, kan ægdonation ligeledes komme på tale.

Det Ethiske Råds rundspørge til de danske fertilitetsklinikker i foråret 1995 tyder på, at der udføres omkring 175 ægdonationer om året i Danmark. Behandlingsresultaterne er som ved anden form for reagensglasbehandling (se afsnit 2.1.4).

3.1.8 Rugemoderskab

Ved rugemoderskab - eller surrogat moderskab - er hensigten, at den kvinde, der føder barnet, ikke selv skal beholde det. Hun føder for en anden kvinde. Den anden kvinde kan være afskåret fra selv at gennemføre svangerskabet, f.eks. på grund af visse former for sukkersyge, udtalt aborttendens, medfødt svær misdannelse, manglende udvikling af livmoderen, operationsfølger mv. Rugemoderskab kan ske "in natura" (hvilket i givet fald ikke vil være kunstig befrugtning, men foregå efter privat aftale), ved hjælp af insemination eller ved hjælp af reagensglasmetoden.

Teknisk set kan rugemoderskab optræde i forskellige variationer:

- 1) Rugemoderen modtager både æg og sæd fra det par, der skal overtage barnet efter fødslen;

2) rugemoderen modtager sæd fra den mand, der skal være social far, men leverer selv ægget;

3) rugemoderen modtager sæd fra en sæddonor og leverer selv ægget. Der er her ingen genetisk forbindelse til de sociale forældre.

3.2 Fremtidige behandlingsteknikker

3.2.1 Udtagning af sædceller fra testisvæv

En ny metode til operativ udtagning af umodne sædceller fra mandens testikler er indsendt til Sundhedsstyrelsen til vurdering og godkendelse. Metoden kombineres med mikroinsemination (den ovenfor beskrevne ICSI-metode) og reagensglasbehandling, således at de udtagne sædceller sorteres og en enkelt sædcelle modnes og føres direkte ind i den udtagne ægcelle.

Metoden bruges på mænd, som har velfungerende testikler, men har svære defekter i sædvejene. Fordelen ved metoden er, at den væsentligt nedsætter antallet af mænd, som ikke vil kunne blive far til deres genetisk eget barn. Dermed nedsættes behovet for anvendelse af donorsæd.

3.2.2 Transplantation af æggestokke

Visse behandlinger for kræftsygdomme kan medføre, at æggestokkene ødelægges, og at kvinden derfor bliver steril. Hos en sådan kvinde vil man muligvis fremover, før behandlingen igangsættes, kunne fjerne æggestokkene for siden at genindsætte dem, når behandlingen er færdig. Da der ville være tale om genindsættelse af kvindens egne æggestokke, ville man undgå problemet med vævsafstødning, og kvinden ville dermed få mulighed for at føde sine egne børn.

Hvis en æggestok kunne transplanteres fra en kvinde til en anden, ville det have den fordel, at modtageren selv kunne producere og modne sine æg på naturlig måde, selvom æggene genetisk ville tilhøre donor. Problemet med vævsafstødning ved sådanne transplantationer til en anden kvinde er endnu ikke løst tilfredsstillende. Ingen forsøg med at transplantere æggestokke fra et menneske til et andet er således rapporteret.

3.2.3 Anvendelse af æg fra aborterede pigefostre

I fjerde til femte graviditetsmåned har pigefosteret anlagt alle de æg, hun vil modne gennem hele livet. For at imødegå behovet for donoræg har muligheden for at udtage og modne æg fra aborterede pigefostre været fremme, dels på grundlag af forsøg med mus, dels fordi en forskergruppe i England ansøgte om tilladelse til at udføre forsøg med modning af æg fra aborterede pigefostre. På baggrund af denne ansøgning har englænderne dog gennemført en lovændring, som forbyder anvendelse af æg fra aborterede pigefostre.

Med den foreliggende viden om udviklingen og modningen af de tidlige ægstadier i menneskefosteret (fostre fra 12. svangerskabsuge eller yngre), er det ikke muligt at udnytte disse. Muligheden for at dyrke og modne æg fra fosteræggestokke ligger formentlig langt ude i fremtiden.

3.2.4 Modning af æg i follikulærfasen

En ny type behandling består i at udtage umodne æg fra kvindens æggestok og modne æggene i laboratoriet for derefter senere at befrugte dem og oplægge dem i kvinden.

Fordelen kunne her være, at hormonstimulation af kvinden kunne undgås.

Det er kun godt og vel halvdelen af de æg, der udtages ved reagensglasbehandling, der befrugtes og deler sig. Der vil formentlig kunne udvikles en serie teknikker til at øge befrugtningssprocenten. Denne udvikling vil afhænge af en øget grundbiologisk viden om, hvilke stoffer der regulerer ægmodningen.

3.2.5 Kloning af befrugtede æg mhp. kunstig befrugtning

Indenfor de første to uger efter befrugtningen er det tidlige embryo udifferentieret, dvs. at det består af ens celler (blastomerer). Hvert af disse blastomerer bærer den genetiske information til et helt individ. I dyreeksperimenter er det lykkedes at foretage såkaldt kloning, hvorved forstås, at blastomererne adskilles og oplægges i livmoderen, hvor de kan give anledning til forekomst af genetisk identiske individer. Enæggede tvillinger er naturens egen form for kloning. Mekanismen er principielt den samme, nemlig at identiske celler adskilles og giver anledning til ens individer. Det er teknisk muligt at klon humane embryoner.

4. Retlig regulering

4.1 Indledning

4.1.1 Baggrund og kilder

I Rådets redegørelse fra 1989 "Beskyttelse af menneskelige kønsceller, befrugtede æg, fosteranlæg og fostre", fremsættes på grundlag af etiske og retlige overvejelser forslag til regelsæt for området, jfr. ovenfor kapitel 2.

På baggrund af overvejelserne i bl.a. denne redegørelse vedtog Folketinget i 1992 forsøgsloven, hvis kapitel 4 i væsentlig grad angår forsøg med kunstige befrugtningsteknikker. I lovens § 14 bestemmes det, at donation af befrugtede menneskeæg ikke er tilladt, og Sundhedsministeriet bemyndiges til at fastsætte de nærmere regler om nedfrysning og donation af menneskelige æg. Med hjemmel i denne bestemmelse udstedtes en bekendtgørelse i 1992 om nedfrysning og donation af menneskelige æg, som er ændret og afløst af en ny bekendtgørelse i 1994²⁰.

Sundhedsministeriet offentliggjorde i december 1992 en rapport "Behandling af ufrivillig barnløshed", udarbejdet af en arbejdsgruppe under ministeriet. På baggrund af rapporten fremkom ligeledes i december 1992 "Sundhedsministeriets redegørelse om etiske problemer i forbindelse med forplantningsteknologien".

Teknologinævnet udgav i november 1993 slutdokument og ekspertoplæg fra konsensuskonference om barnløshed arrangeret i samarbejde med Folketingets Forskningsudvalg og Det Ethiske Råd.

Sundhedsministeriet fremkom den 16. november 1993 med en redegørelse for regeringens initiativer til regulering af forplantningsteknologi. På denne baggrund udstedte Sundhedsstyrelsen den 22. december 1993 "Vejledning om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling" samt "Cirkulære om indberetning af IVF-behandling mv."

Den 25. januar 1994 vedtog Folketinget et forslag til motiveret dagsorden, som medførte indførelse af en godkendelsesordning for nye behandlingsformer inden for forplantningsteknologien, jfr. afsnit 3.1.4. På baggrund af den motiverede dagsorden

udsendte Sundhedsstyrelsen “Cirkulære nr. 108 af 13. juni 1994 om lægers anmeldelse af nye behandlingsformer mv., hvor graviditet søges etableret”, og “Vejledning nr. 109 af 13. juni 1994 om indførelse af nye behandlingsmetoder inden for forplantningsteknologien”.

Der findes således ingen samlet lovgivning om behandling med kunstige befrugtningsteknikker, og der er kun i beskeden omfang gennemført lov- og bekendtgørelsesregler på området, mens der i et vist omfang er udstedt cirkulærer og vejledende retningslinier. På nogle områder hviler behandlingsteknikkerne på praksis skabt af de behandlende læger.

Derudover er behandling med kunstige befrugtningsteknikker omfattet af en række regler, der gælder generelt for sundhedsvæsenet, og som i store træk indskrænker sig til at fastlægge nogle juridiske og administrative rammer for sundhedsvæsenets virke, opstille krav til sundhedspersonalets uddannelse, fastslå ansvars- og tilsynsbestemmelser for dette personale og give regler om vejledningspligt, klageadgang og erstatning for skader ved medicinsk behandling. En grundregel er lægelovens § 6, hvorefter en læge er forpligtet til “under udøvelse af sin gerning... at vise omhu og samvittighedsfuldhed”.

4.1.2 Virkning

Reglerne for sundhedsvæsenet og reglerne for visse af behandlingsformerne, gælder for alle læger og omfatter således behandling både på offentlige og private klinikker. De vejledende retningslinier, der indeholdes i “vejledninger” og nogle cirkulærer, er ikke i sig selv retligt bindende, men har en vis betydning for fortolkningen og udfyldningen af de centrale bestemmelser i lægeloven om lægers ansvar. Tilsidesætter en læge groft vejledningens faglige ordlyd vil han typisk derfor kunne drages til ansvar efter lægelovens ansvarsregler.

En praksis forpligter ikke i sig selv retligt den enkelte læge og kan fraviges uden retlige sanktioner. Hvis praksis strider mod ansvarsreglerne i lægeloven kan Sundhedsstyrelsen gribe ind. Undertiden kan en praksis være så indarbejdet, at den får betydning ved fortolkning/udfyldning af lægelovens ansvarsregler, som omtalt ovenfor. En praksis kan være lagt nærmere fast i en aftale mellem de behandlende læger. En sådan aftale forpligter umiddelbart alene de læger, der har indgået den, over for hinanden. Når f.eks. fire offentlige fertilitetsklinikker aftaler at opstille en række bestemte kriterier for adgang til reagensglasbehandling, er en privat fertilitetsklinik ikke, bortset fra den kollegiale relation, forpligtet til at anvende de samme kriterier, men kan opstille andre kriterier for adgang til reagensglasbehandling, naturligvis under forudsætning af at lægelovens ansvarsregler er overholdt.

4.1.3 Tilsyn, klagemulighed og sanktion i anledning af behandlingsfejl

Læger er undergivet tilsyn af Sundhedsstyrelsen, som påser, at “de i deres gerning holder sig loven efterrettelig”²¹. Finder Sundhedsstyrelsen, at der er grundlag for kritik eller anden sanktion overfor en læge, skal sagen indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Nævnet behandler ligeledes klager fra patienter og andre med en væsentlig individuel interesse i den pågældende sag, herunder patientens pårørende²². Klageordningen gælder for behandling foretaget af læger både på offentlige og private sygehuse.

Nævnets afgørelse kan f.eks. gå ud på kritik over for lægen af patientbehandlingen i form af beklagelse, misbilligelse eller lignende, eller nævnet kan anmode anklagemyndigheden om at rejse straffesag, f.eks. hvis der er formodning for, at en læge har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald²³.

Læger kan ligeledes under en række givne betingelser ifalde di-verse disciplinærstraffe samt erstatningsansvar for fejl eller forsømmelser begået i patientbehandlingen²⁴.

4.1.4 Offentlig kontrol i øvrigt

I de senere år er der iværksat foranstaltninger, som øger den offentlige kontrol af behandling med kunstige befrugtningsteknikker.

I 1994 indførtes som nævnt en godkendelsesordning for nye behandlingsformer mv., hvorved graviditet søges etableret. Ordningen blev indført, bl.a. fordi Folketinget ønskede, at etiske vurderinger kom til at indgå i den videre udvikling af kunstige befrugtningsteknikker i behandlingsøjemed. Det fremgår af folketingsdebatten, at skulle det mod forventning ske, at nogle læger ikke respekterede godkendelsesordningen, var Sundhedsministeren stemt for, at der blev gennemført en egentlig lovmæssig regulering i stedet for.

Godkendelsesordningen har medført, at læger ikke længere automatisk kan tage en metode, som forsøgsvis har vist sig anvendelig, i brug i barnløshedsbehandlingen. Hvad enten der er tale om et forsøg, der er godkendt og gennemført i Danmark, eller en behandlingsmetode, der er taget i brug i udlandet og importeret til Danmark, skal metoden godkendes for at blive anvendt i barnløshedsbehandlingen.

En ny behandlingsmetode skal anmeldes til Sundhedsstyrelsen, som foretager en sundhedsfaglig vurdering. På baggrund af denne foretager Det Etske Råd en etisk vurdering af metoden. Anmelderen og landets øvrige læger bliver senere underrettet om Sundhedsministerens vurdering af, om den nye behandling mv. ligger inden for acceptable etiske rammer. Det forudsættes, at nye behandlingsmetoder ikke tages i brug, før der foreligger en positiv tilkendegivelse herom fra Sundhedsministeriet.

Med virkning fra 1. januar 1994 blev der indført et indberetningssystem for landets læger. En behandlende læge skal til Sundhedsstyrelsen indberette oplysninger vedrørende reagensglasbehandling, hvor der er sket oplægning i kvinden af egne eller donerede æg. Lægen skal oplyse om behandlingscyklus efter reagensglasbehandlingen, nedfrysning og ægdonation. Sundhedsstyrelsen forventer at have færdiggjort en bearbejdning af de indkomne registeroplysninger med henblik på behandlingens omfang og kvalitet i løbet af efteråret 1995.

Indberetningssystemet gør det muligt at vurdere behandlingskvaliteten, både generelt herhjemme og i relation til de enkelte centre/klinikker. Det bliver tillige muligt at vurdere behandlingskvaliteten i relation til indførelse af nye metoder. Samtidig tilgodeser indberetningssystemet en kontrol med de udtagne æg og giver mulighed for senere opfølgning. I det omfang en opfølgning måtte sigte videre end til oplysninger vedrørende graviditetens forløb og omstændigheder i relation til selve fødslen, vil der blive tale om undersøgelser, der skal godkendes af de videnskabsetiske komit'er. En forudsætning for undersøgelsen vil være, at der afgives informeret samtykke fra de forældre/børn, der deltager i undersøgelsen²⁵.

Derudover stilles der krav om, at en ansvarlig læge for en sæd-bank en gang årligt skal foretage indberetning af omfang og re-sultat af sædbankens virksomhed²⁶.

Indberetningen sker til Sundhedsstyrelsen og skal indeholde oplysning om antal donorer, der er anvendt i det pågældende år, antal nedfrosne "strå" og antal udleverede strå fordelt på modtagende afdeling/praksis.

4.1.5 International regulering

Området er omfattet af en række konventioner som Danmark har tilsluttet sig bl.a. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMK) og FN's Konvention om Barnets Rettigheder (Børnekonventionen). I forbindelse med EMK er det særlig artikel 8 om menneskets "ret til familie- og privatliv", der er af interesse. I forbindelse med Børnekonventionens art. 7 og 8 har der været ført en omfattende diskussion om hvorvidt barnets ret til at kende sine forældre og bevare sin identitet omfatter retten til at kende sine genetiske forældre. Den danske regering aflagde i 1994/1995 rapport til Komit en vedrørende Barnets Rettigheder, som er Børnekonventionens kontrolorgan. Rapporten omhandlede de foranstaltninger Danmark har truffet for at virkeliggøre de rettigheder, som er anerkendt i Konventionen, og i den forbindelse tillige reglerne for (anonym) æg- og sæddonation. Komit en konkluderede, at der muligvis er uoverensstemmelse mellem de danske regler om anonymitet for æg- og sæddonation og Børnekonventionens artikel 7 og 8. I forbindelse med Børnekonventionens art. 2 har det ligeledes været drøftet om den forskel der i dag er på adoptivbørns og donorbørns adgang til oplysninger om deres genetiske ophav er en krænkelse af diskriminationsforbudet og ligebehandlingsprincippet i artiklen²⁷.

På internationalt niveau udfærdigede en ekspertgruppe under Europarådet (CAHBI) i 1989 en rapport om kunstig befrugtning. Rapporten mundede ud i formuleringen af en række anbefalinger, bl.a. at kunstig befrugtning kun må udføres på heteroseksuelle par og at behandlingen kun må ske på en institution, der er autoriseret af en kompetent statsmyndighed, eller en myndighed oprettet af staten til formålet. Rapportens anbefalinger har ikke udmøntet sig i retligt bindende regler for medlemslandene. CAHBI's efterfølger CDBI har lavet et udkast til en konvention om bioetik²⁸. Konventionen siger intet specifikt om behandling med kunstige befrugtningsteknikker, men udtrykker et princip om, at alle skal have lige adgang til sundhedsydelser.

4.2 Regulering af kunstig befrugtning

Barnløshedsbehandling sker under den enkelte læges ansvar efter de almindelige regler i lægeloven, herunder den centrale bestemmelse i § 6, stk. 1: "En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp mv."

Det er den enkelte læges ansvar, at patienten behandles under hensyntagen til dennes ønsker og efter behørigt samtykke. En patient har ret til fuld information, i det omfang det ønskes²⁹. Informationen skal være forståelig og gives løbende og skal indeholde oplysning om risiko for eventuelle bivirkninger og komplikationer. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse³⁰, at informationspligten bl.a. indebærer, at lægen i forbindelse med behandling med kunstige befrugtningsteknikker også skal informere om muligheden af andre løsninger, herunder muligheden for adoption. Lægen skal informere patienten om udsigten til levende fødsel af mindst et barn, så vidt muligt baseret på fertilitetsklinikkens egne opnåede resultater.

Behandling af ufrivillig barnløshed vil normalt ikke blive indledt før tilstanden har bestået i mere end 12 måneder³¹. Det vil ofte være begrundet at råde kvinden/parret til at vente endnu længere, før behandling indledes. Kan der påvises en tilstand, som væsentligt nedsætter en af parternes fertilitet, bortfalder hensynet til varighed, ligesom kvindens alder i sig selv kan tale imod afventen. Inden barnløshedsbehandling indledes, bør der være foretaget undersøgelser, som i fornødent omfang belyser årsagen til konceptionsvanskeligheden. Disse bør som hovedregel omfatte gynækologisk undersøgelse incl. ultralydsscanning, hormonel status, sædanalyse og hysterosalpingografi, eller andre undersøgelser, som ækvivalerer dette omfang.

Nedenfor redegøres nærmere for den danske regulering af behandling med kunstige

befrugtningsteknikker. Når man undersøger reguleringen i de lande, vi normalt sammenligner os med, viser det sig, at reguleringerne varierer ganske betydeligt. Inddragelsen af de udenlandske reguleringer³² i fremstillingen er på ingen måde udtømmende, men sker i det omfang de kan være af relevans for og give inspiration til diskussionen af den danske retstilstand.

4.2.1 Eksisterende behandlingsteknikker

4.2.1.1 Insemination

Der er i Danmark ingen lov- eller bekendtgørelsesregler på om-rådet. Sundhedsstyrelsens vejledning fra 1993 omhandler overvejende en række procedurer, som den behandlende læge bør følge ved insemination med donorsæd (se afsnit 3.2.1.5).

Regeringen har som grundlag for Sundhedsstyrelsens vejledning tilkendegivet, at der ikke bør tilbydes insemination til kvinder, der er over 45 år, samt at insemination bør tilbydes op til kvindens 40. år.

I praksis opstilles krav om samliv mellem parterne. Ifølge Sundhedsministeriet skulle der i praksis stilles krav til parterne om, at de garanterer, så vidt det er muligt, at barnet vil vokse op med både en far og en mor³³.

I Norge har man valgt at bestemme ved lov, at insemination kun kan udføres på en kvinde som er gift eller lever i et ægteskabslignende forhold med en mand. Insemination kan kun ske, dels når manden er befrugtningssudygtig og dels selv har eller bærer af en alvorlig arvelig sygdom. I særskilte tilfælde kan insemination også finde sted, når kvinden er bærer af alvorlig, arvelig kønsbunden sygdom. Før behandlingen påbegyndes skal der foreligge skriftligt samtykke fra kvinden og hendes ægtemand eller samlever. Beslutningen om at foretage behandlingen træffes af en læge; afgørelsen skal bygge på medicinske og psykosociale vurderinger af parret.

I Sverige har man også ved lov bestemt, at insemination kun kan udføres på en kvinde, som er gift eller bor sammen med en mand i et ægteskabslignende forhold. Manden, eller den kvinden lever sammen med, skal give skriftligt samtykke til insemination. Det er lovbestemt, at lægen skal undersøge om det i forhold til ægtefællernes eller de samboendes medicinske, psykologiske eller sociale forhold er hensigtsmæssigt at donorinsemination foretages.

I Frankrig er det på samme måde ved lov bestemt, at insemination kun kan udføres på en kvinde, som er gift eller har levet i samlivsforhold med en mand i mindst to år. Både kvinden og (ægte)manden skal være i den reproduktive alder. Insemination skal udføres under ansvar af en navngiven praktiserende læge, som er registreret i en institution eller et laboratorium, der er autoriseret til at udføre insemination.

I Tyskland er det ved lov bestemt, at insemination kun kan udføres på en kvinde, som er gift eller lever i et stabilt heteroseksuelt forhold og som må formodes at kunne sørge for et tilfredsstillende hjem for barnet.

I England fastsætter loven at barnløshedsbehandling kun må foretages, når der er taget vare på barnets velfærd, inklusive barnets behov for en far, men der er ikke et krav om ægteskab eller samliv.

4.2.1.2 Reagensglasbehandling (In vitro fertilisation, IVF)

Der findes ingen nærmere lov- eller bekendtgørelsesregler på om-rådet i Danmark.

Regeringen har som grundlag for Sundhedsstyrelsens vejledning tilkendegivet, at der ikke bør tilbydes reagensglasbehandling til kvinder, der er over 45 år samt at reagensglasbehandling bør tilbydes op til kvindens 40. år.

I praksis har fire offentlige fertilitetsklinikker, som udfører reagensglasbehandling³⁴, i fællesskab opstillet følgende kriterier for behandling i den offentlige sektor³⁵:

- 1) Der er medicinsk indikation for behandlingen.
- 2) Kvinden er ikke fyldt 37 år, når parret opføres på ventelisten; behandling afsluttes, hvis kvinden fylder 40 år.
- 3) Fast etableret parforhold af mindst tre års varighed.
- 4) Ingen fælles børn i hjemmet.

Der er ikke opstillet kriterier for behandling på private klinikker.

Der er årelang praksis for, at en kvinde i reagensglasbehandling højst bliver tilbudt 3 gennemførte reagensglasbehandlinger på de offentlige fertilitetsklinikker. Dette forhold er ikke regelreguleret, men hviler på praksis skabt af fire offentlige fertilitetsklinikker, hvilket betyder, at de private fertilitetsklinikker ikke behøver følge denne praksis. Har en kvinde ikke opnået graviditet efter 3 gennemførte reagensglasbehandlinger i det offentlige sygehusvæsen, kan hun søge behandling i den private sektor.

I Norge har man valgt at bestemme ved lov, at reagensglasbehandling kun kan udføres på en kvinde som er gift eller lever i et ægteskabslignende forhold med en mand. Reagensglasbehandling kan kun ske, når kvinden eller manden er befrugtningsudygtig eller ved uforklarlig befrugtningsudygtighed. Behandlingen kan kun udføres med parrets egne æg- og sædceller. Før behandlingen påbegyndes, skal der foreligge skriftligt samtykke fra kvinden og hendes ægtemand eller samlever. Beslutningen om at foretage behandling træffes af lægen; afgørelsen skal bygge på medicinske og psykosociale vurderinger af parret.

I Sverige har man også bestemt ved lov, at reagensglasbehandling kun kan udføres på en kvinde, som er gift eller samboende. Ægtemanden eller den mand, kvinden lever sammen med, skal give skriftligt samtykke til behandlingen. Behandlingen må ikke uden socialstyrelsens tilladelse udføres andre steder end på offentlige sygehuse.

I England har man ved lov etableret The Human Fertilization and Embryology Authority, som skal godkende alle sygehuse og private klinikker, der foretager donorinsemination, reagensglasbehandling (IVF), ægdonation og embryo-donation (licens). Der er etableret en såkaldt code of practise, der indeholder en lang række retningslinier blandt andet med hensyn til fortrolighed (tavshedspligt), laboratoriestandard, kvalifikationer og erfaring hos personalet på de pågældende centre mv. Der er ikke et lovkrav om ægteskab eller parforhold.

I Italien eksisterer en mere eller mindre almindeligt anerkendt "code of practise", som indbefatter, at reagensglasbehandling normalt kun kan udføres på en kvinde, hvis hun er gift.

I Canada anbefales en licensordning og det anbefales at der udfærdiges retningslinier, som skal sikre at personalet på de pågældende steder har tilstrækkelige kvalifikationer og ekspertise samt at adgang til at modtage reagensglasbehandling skal være afhængig af lægelige og ikke af sociale, ægteskabelige, økonomiske mv. kriterier.

I Frankrig og Tyskland gælder de samme regler som vedrørende insemination.

4.2.1.3 Mikroinsemination

Behandlingsmetoden er ikke særskilt reguleret ved lov eller bekendtgørelse, men er omfattet af de regler, der gælder generelt for behandling inden for sundhedsvæsenet. Sundhedsministeriet har ikke udstedt særlige, vejledende retningslinier for mikroinsemination. Mikroinsemination er en af de fertiliseringsmetoder, der skal oplyses om ved indberetning til Sundhedsstyrelsen.

4.2.1.4 Nedfrysning

Der findes ingen særlige lovregler om nedfrysning af æg og sæd i Danmark. Der er ved bekendtgørelse fastsat regler for nedfrysning af ubefrugtede og befrugtede æg³⁶.

Nedfrysning af ubefrugtede æg kan finde sted med henblik på senere tilbageføring til den kvinde, hvorfra æggene stammer, donation til forskningsformål og donation med det formål at fremkalde en graviditet hos en anden kvinde. De ubefrugtede æg må ikke være nedfrosset i mere end 1 år, hvorefter de skal destrueres. Nedfrosne æg, der skal tilbageføres til kvinden, hvorfra de stammer, skal destrueres ved kvindens død, uanset om der ikke er forløbet 1 år fra nedfrysningstidspunktet. Kvinden skal give skriftligt samtykke til nedfrysning og opbevaring inden nedfrysningen foretages. Den pågældende skal forinden informeres mundtligt og skriftligt om konsekvenserne af nedfrysningen.

Nedfrysning af befrugtede æg må kun finde sted med henblik på senere oplægning hos den kvinde, for hvem de befrugtede æg er bestemt, samt med henblik på forskning. Befrugtede æg må ikke være nedfrosset i mere end 1 år, hvorefter de destrueres. Æggene destrueres tillige i tilfælde af den ene parts død, separation eller skilsmisse inden der er gået 1 år fra nedfrysningstidspunktet. Parret skal skriftligt samtykke i nedfrysning og opbevaring inden nedfrysning foretages. Parret skal forinden informeres mundtligt og skriftligt om konsekvenserne af nedfrysningen.

Bekendtgørelsen åbner ikke mulighed for at dispensere fra 1 års-nedfrysningstidsrummet.

Sundhedsstyrelsen oplyser³⁷, at der ikke er nogen sundhedsfaglig begrundelse for valget af 1-årstidsrummet. Begrundelsen for 1-årstidsrummet skulle angiveligt være, at man ønskede "en forsigtig start" på et felt, der var nyt. Blandt andet på denne baggrund har Sundhedsministeriet rettet henvendelse til Det Ethiske Råd med henblik på en stillingtagen til en eventuel udvidelse af nedfrysningstidsrummet fra 1 til 2 år. Af notatet fremgår, at der i og for sig ikke er nogen lægefaglig begrundelse for kun at udvide nedfrysningstidsrummet til 2 år, men 2 år bør vælges ud fra samme ræsonnement om "at gå gradvist frem".

Der er ikke i Danmark ved bekendtgørelse fastsat regler, der forbyder nedfrysning af sæd, endelige regler for, hvor længe nedfrosset sæd kan opbevares. Af de vejledende retningslinier fra december 1993 fremgår bl.a., at den ansvarlige læge for en sædbank skal foranledige, at der føres ordnede optegnelser over de nedfrosne sædportioner. Udover at sikre betryggende opbevaringsforhold skal lægen ligeledes sørge for, at donorsæd opbevares og mærkes således, at der er fornøden sikkerhed mod såvel forbytning af sædportioner som mod uvedkommendes adgang til anvendelse eller identifikation af sædportionerne³⁸.

I Norge har man ved lov bestemt, at nedfrysning (lagring) af ubefrugtede æg skal være forbudt, fordi det ikke på tidspunktet for lovens vedtagelse var muligt at fryse ubefrugtede æg uden at skade kromosommaterialet. Befrugtede æg må derimod gerne

fryses i op til 3 år. Som begrundelse for nedfrysning af befrugtede æg anføres det i bemærkningerne, at nedfrysningsmuligheden kan spare kvinden for belastningen ved hormonstimulation og indgreb, dersom det første behandlingsforsøg mislykkes. Med et nedfrysningstidsrum på 3 år vil desuden et nyt barn være muligt, uden at kvinden får et nyt svangerskab tæt ind på den første fødsel. Ifølge de norske regler er det tilladt at nedfryse sæd. Der er ikke i loven angivet nogen tidsbegrænsning.

I Sverige følger det af loven, at et befrugtet æg må nedfryses 1 år. Der er dog hjemmel til at socialstyrelsen kan forlænge nedfrysningstiden, når dette er særligt begrundet i behandlingsmæssige (- eller forskningsmæssige) hensyn. Højesteret har i en sag medgivet, at tidsrummet for nedfrysning kan forlænges med et år. Retten begrundede dette med, at 1-årsreglen er motiveret af lovgivers tilbageholdende holdning til nedfrysning af befrugtede æg i forskningsøjemed. Når det gælder ønsket om at få børn bør der være et ikke ubetydeligt råderum for at tage højde for humane aspekter. Statens Medicinsk-etiske Råd foreslår³⁹, at socialstyrelsen sætter et udredningsarbejde igang, som skal evaluere de seneste internationale forskningsresultater med hensyn til risici ved nedfrysning. Under forudsætning af, at der ikke kan påvises risici på befrugtede menneskelige æg ved nedfrysning anbefaler et flertal i Statens Medicinsk-Etiske Råd at frysetiden forlænges til fem år.

I Frankrig er det ved lov bestemt, at nedfrysning af ubefrugtede og befrugtede æg kan ske i et tidsrum på 5 år. Hvert år skal begge parter beslutte, hvorvidt de opretholder deres forældreønske.

I Canada foreslås det, at befrugtede æg må nedfryses i 5 år med henblik på parrets eget brug og at nedfrysning af sæd kun må ske på basis af en licensordning. Det anbefales, at der føres journaler, og såvel identificerende som ikke-identificerende informationer skal ledsage sæd, der sendes til et nedfrysningslaboratorium.

4.2.1.5 Donation

I Danmark er donation af befrugtede æg ikke tilladt ifølge forsøgsloven § 14. stk. 5. Forbuddet rammer kun de få par, hvor såvel kvinden som manden er infertile⁴⁰.

Retstillingen er imidlertid ikke ganske klar efter dom afsagt af Ballerup Ret 16. marts 1994 ("Lundstrøm-dommen"). Her blev en læge frikendt, efter at have sammensmeltet et doneret ubefrugtet æg med doneret sæd og transfereret de (nu) befrugtede æg til en anden kvinde. Ud fra en naturlig sproglig forståelse af lovteksten fandt retten ikke der var tale om donation af befrugtede æg, men donation af ubefrugtede æg. Retten fandt ikke grund til at foretage en udvidende fortolkning af bestemmelsen, således at forbudet også ville omfatte donation af ubefrugtede æg, der efterfølgende sammensmeltedes med doneret sæd⁴¹.

Der findes ingen specifikke lovregler om donation af ubefrugtede æg og sæd i Danmark. Der er ved bekendtgørelse fastsat regler for donation af ubefrugtede æg, som kan ske med henblik på at fremkalde en graviditet hos en anden kvinde samt forskning. Det er kun kvinder, der er i reagensglasbehandling eller lignende behandlingsmetoder, der kan donere æg. Donor skal give skriftligt samtykke til donationen. Forinden skal donor informeres om konsekvenserne af donationen og sikres rimelig betænkningstid⁴².

Der findes i Danmark ingen lov- eller bekendtgørelsesregler om sæddonation. Sundhedsstyrelsen har udstedt retningslinier⁴³, som angår information og undersøgelse samt foreskriver en række procedurer, som den behandlende læge bør følge for at mindske smitterisiko for HIV og videregivelse af arvelige sygdomme. Risiko for videregivelse af arvelige sygdomme søges undgået ved at udspørge prospektive donorer

og foretage relevante kromosomundersøgelser. Lægen bør ved valg af donorsæd kun lægge vægt på oplysninger om sæddonor, der er saglige for at tilgodese ønsker vedrørende barnets ydre fremtoning, f.eks. hudfarve, øjenfarve, hårfarve og højde. Anvendelse af sæd fra den samme donor må højst resultere i 25-30 graviditeter, idet det også forudsættes at der tilstræbes geografisk spredning.

I Norge har man ved lov forbudt donation af såvel ubefrugtede som befrugtede æg, idet befrugtning udenfor kroppen kun kan udføres med parrets egne æg- og sædceller. Desuden kan befrugtede æg kun anvendes til tilbageføring i den kvinde de stammer fra. Der er intet forbud i den norske lov mod donation af sæd.

I Sverige følger det af loven, at donation af såvel ubefrugtede som befrugtede æg ikke er tilladt. Sæddonation er tilladt i forbindelse med insemination (men ikke ifm. reagensglasbehandling). Et flertal i Statens Medicinsk-Etiska Råd⁴⁴ foreslår, at donation af ubefrugtede æg i forbindelse med reagensglasbehandling tillades på "striks" medicinsk grund. Et mindretal går på baggrund af en vægtning af respekt for de involveredes selvbestemmelse, principperne om at gøre godt, ikke-skade og retfærdighed, at donation af befrugtede æg i forbindelse med reagensglasbefrugtning bør tillades bl.a. under forudsætning af at alle involverede har givet informeret samtykke.

I Østrig er donation af ubefrugtede og befrugtede æg forbudt. Det er tilladt at bruge donorsæd både i forbindelse med insemination og reagensglasbehandling.

I Frankrig er det ved lov tilladt at donere ubefrugtede æg og sæd. Donor skal være gift eller samlevende og allerede selv have fået et barn. Donation af æg og sæd må kun ske, hvor kunstig befrugtning hos modtagerparret ikke er lykkedes med egne kønsceller. Brug af æg og sæd fra den samme donor må ikke resultere i fødsel af mere end fem børn. Det er som hovedregel ikke tilladt at donere befrugtede æg. I undtagelsestilfælde kan et par give samtykke til at befrugtede æg modtages af et andet par. Donationen kræver skriftligt samtykke fra det par, der er genetisk ophav til det befrugtede æg, samt godkendelse fra en offentlig myndighed. Den godkendende myndighed (en dommer) skal undersøge hvad det modtagende par kan tilbyde det kommende barn i familiemæssig, uddannelsesmæssig og psykologisk henseende.

I England er det tilladt at donere både ubefrugtede og befrugtede æg samt sæd.

I Canada anbefales det, at det ved lov tillades at ubefrugtede og befrugtede æg kan doneres, dog ikke til kvinder som har menopause i den sædvanlige alder. For så vidt angår adgang til at modtage sæd afgøres dette efter medicinske kriterier og ikke ud fra sociale faktorer såsom seksuel orientering, ægteskabelig eller økonomisk status. Følges anbefalingen vil det indebære at enlige og lesbiske kan modtage donoræg.

4.2.1.6 Sæddonorers anonymitet

Sæddonorers anonymitet er ikke reguleret ved lov eller bekendtgørelse i Danmark.

I begyndelsen af 1950'erne forelå i Danmark et forslag til en lov om insemination. Lovforslaget indeholdt en bestemmelse, hvorefter det påhvilede lægen "at træffe passende foranstaltninger til at forhindre, at kvindens, ægtemandens eller donors identitet bliver parterne bekendt". Dette lovforslag blev aldrig fremsat i folketetinget.

Lægeforeningen har opstillet nogle kollegiale regler⁴⁵, som er udledt af praksis. Reglerne skaber alene moralske forpligtelser for lægeforeningens medlemmer. Det anføres i pkt. 2, at donorer skal "have accepteret at forblive anonyme. Tilsvarende skal donorer være sikret blivende anonymitet"⁴⁶.

Det er fast praksis, at der i forbindelse med sæddonation gives forudgående garanti om gensidig anonymitet. Dvs. donor sikres anonymitet, og donor kan ikke få oplysning om parrets eller barnets identitet.

Det må formentlig komme an på en konkret afvejning om reglerne om aktindsigt, dvs. ret til at se eller få kopi af dokumenter, kan finde anvendelse i sæddonationssager, hvor sæddonor ifølge praksis garanteres anonymitet. En forudsætning for at få oplysning om donor er, at oplysningerne er registreret på en måde, der gør det praktisk muligt at oplyse patienten herom. Der findes ingen regler, der forpligter til at registrere oplysninger om en evt. anvendt donor i patientjournaler⁴⁷.

I Norge har man valgt ved lov at bestemme, at sæddonor skal være anonym og at sundhedspersonalet er forpligtet til at sørge for at sæddonors identitet holdes hemmelig. Oplysninger om sæddonorers identitet må ikke "kobles" til kvindens eller barnets journal. Samtidig skal parrets og barnets identitet holdes hemmelig for sæddonor.

I Sverige er det ved lov bestemt, at et barn, der er avlet ved donorinsemination og som har opnået tilstrækkelig modenhed, har ret til at få oplysninger om donor. Socialmyndighederne er forpligtet til, efter barnets anmodning, at være behjælpelige med at fremskaffe disse oplysninger. Barnets ret modsvares ikke af en pligt for forældrene til at fortælle barnet, hvordan det er blevet til⁴⁸, ligesom barnets ret ikke modsvares af en ret for donor til at kende barnets identitet. Ved reguleringen har man ifølge bemærkningerne taget hensyn til erfaringerne fra adoption, hvor man fra undersøgelser ved, at børnene får det bedre, hvis de får oplysning om deres genetiske ophav under forudsætning af at informationen kommer fra mennesker, som synes om dem og har respekt for deres ønske. Der er ligeledes henvist til at forældrene ved hemmeligholdelse er fanget i en livsløgn. Vedrørende den praktiske fremgangsmåde kan barnet opsøge socialnævnet og få en samtale med en medarbejder på samme måde som det sker ved adoptivbørn. Denne kan herefter give information om donor. Hvis barnet ønsker kontakt med donor sker dette via det hospital mv., hvor insemination er udført. Socialmedarbejderen er behjælpelig med at forsøge at spore donor og tager evt. kontakt til denne.

I Tyskland er der ikke donoranonymitet.

I England er der donoranonymitet.

I Østrig har sæddonor ikke ret til anonymitet. Et barn, der fødes ved brug af donorsæd, kan fra det er 14 år anmode om information om donors identitet. Fertilitetsklinikker har pligt til at føre journaler, der viser donors navn, fødselssted- og dato, nationalitet, bopæl mv.

I Canada er det foreslået at der skal ske journalføring, der gør det muligt at sammenkæde donor med de børn, der bliver resultatet med det formål at sikre at man kan kontakte donor eller børnene, hvis der viser sig at være tale om alvorlig medicinsk nødvendighed, f.eks. opdagelse af en alvorlig sygdom hos enten barn eller donor, som kan have betydning for den anden.

4.2.1.7 Ægdonorers anonymitet

I Danmark er anonymitetsproblemstillingen for ægdonorer i nærværende beskrivelse af gældende ret alene relevant i forbindelse med donation af ubefrugtede æg, idet donation af befrugtede æg er forbudt. Parterne er sikret gensidig anonymitet, dvs. at donor skal sikres anonymitet, og at donor ikke kan få oplysning om parrets eller barnets identitet⁴⁹.

I Norge og Sverige opstår anonymitetsproblemstillingen i forbindelse med beskrivelse af gældende ret ikke, idet donation af både ubefrugtede og befrugtede æg er forbudt. Statens Medicinsk-Etiske Råd (Sverige) foreslår i forbindelse med forslaget om at tillade donation af ubefrugtede æg, at dokumenter som udviser ægdonors identitet skal opbevares og kunne gøres tilgængelig for barnet, når det har opnået tilstrækkelig modenhed.

I Frankrig er det ved lov bestemt, at modtager og afgiver af ubefrugtede og befrugtede æg ikke må få oplysning om hinandens identitet. Dog er der mulighed for, hvis det er terapeutisk nødvendigt, at en læge giver medicinske oplysninger om donorparret, men uden at de identificeres.

I Canada anbefales det, at der foretages journalføring, som indbefatter identificerende og ikke-identificerende information om donor, men på en sådan måde at donors anonymitet beskyttes.

4.2.1.8 Rugemoderskab

Adoptionsregler

Rugemoderskab reguleres i adoptionsloven, idet rugemoderskab anses for en form for "bestilt adoption".

Ifølge adoptionsloven er selve det at virke som rugemoder uden vederlag ikke forbudt. Det er heller ikke forbudt at virke som rugemoder mod vederlag, men det er søgt at hindre sådanne ar-rangementer ved i de administrative regler⁵⁰ at præcisere, at statsamtet ikke må godkende aftaler om overførsel af forældremyndighed eller meddele bevilling til adoption, såfremt der skal ydes betaling eller tabt arbejdsfortjeneste til indehaveren af forældremyndigheden/den bortadopterende.

Det er imidlertid forbudt at medvirke til etablering af rugemoderskab⁵¹. Hjælp må ikke ydes eller modtages med henblik på at opnå forbindelse mellem en kvinde og en anden, der ønsker at kvinden skal føde et barn til sig. Formidlingen af rugemoderskab er forbudt både for formidleren og parterne selv (rugemoderen og den modtagende kvinde/det modtagende par). Forholdet er strafbart, og forbudet gælder uanset mellemmandens motiv, uanset om der er tale om formidling i enkeltstående tilfælde, og uanset om den pågældende modtager vederlag herfor. Familiemedlemmer eller personer, der i kraft af deres profession måtte blive anmodet om bistand, må således afstå fra at skaffe forbindelse mellem barnløse par og kvinder, der eventuelt måtte ønske at blive rugemødre. I forbindelse med vedtagelsen af adoptionsloven lagde Folketinget vægt på, at loven administreres stramt efter reglerne, således at alle former for mellemmandsvirksomhed, som er på kant med lovens regler, søges stoppet.

Rugemoderskabsaftaler uden vederlag og uden anvendelse af mellemmand, f.eks. inden for den snævre familiekræds, er ikke u-lovlige i henhold til adoptionsloven. Der kendes kun ganske få tilfælde i Danmark, hvor der er givet tilladelse til adoption under sådanne omstændigheder.

Donationsregler

Hvis rugemoderskab gennemføres med æg og sæd fra det par, der skal have barnet, vil der formentlig være tale om overtrædelse af forbudet mod donation af befrugtede æg⁵², selv om hensigten med donation ikke er, at den, der føder barnet, skal beholde det.

Sker befrugtningen med æg fra den kvinde, der føder barnet, men ikke beholder det, kan

der ifølge sundhedsministeriets arbejdsgruppe være tale om en art ægdonation (nemlig til den kvinde, der skal have barnet), men en sådan donation vil næppe være forenelig med hensigten i reglerne om ægdonation. Hensigten med disse regler har ifølge sundhedsministeriets arbejdsgruppe været at åbne for donation af æg til en kvinde, der ikke selv kan producere æg med henblik på at hun kan blive gravid og føde et barn til sig selv. I rapporten kommer arbejdsgruppen følgelig til det resultat, at et rugemoderarrangement in vitro ville være ulovligt med æg og sæd fra det par, der skal have barnet, og det vil stride mod hensigten med donationsreglerne med æg fra den kvinde, der føder barnet. Rapporten konkluderer, at en klar adgang til at etablere rugemoderskab in vitro i Danmark vil kræve lovhjemmel⁵³.

I Norge og Sverige er surrogatmoderskab forbudt.

I USA er surrogatmoderskab accepteret i en vis udstrækning, ofte på en sådan måde, at der også accepteres annoncering og formidling heraf.

4.2.2 Fremtidige behandlingsteknikker

4.2.2.1 Udtagning af sædceller fra testisvæv

Metoden er anmeldt til Sundhedsstyrelsen og Det Ethiske Råd til godkendelse som behandlingsform. Metoden kan således ikke anvendes i behandling af barnløshed, før Sundhedsministeriet har godkendt dette på baggrund af Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige og Det Ethiske Råds etiske vurdering.

4.2.2.2 Transplantation af æggestokke

Transplantation af æggestokke fra en levende eller afdød kønsmoden kvinde, med henblik på behandling af en anden kvinde for ufrivillig barnløshed, må anses for at være omfattet af de almindelige regler om transplantation fra levende henholdsvis afdøde personer⁵⁴, og må antages at være tilladt i Danmark under forudsætning af, at de i loven opstillede regler om information og samtykke er opfyldt.

Skal forsøg foretages i Danmark skal de godkendes af komit systemet⁵⁵.

I Sverige har det i forslag til ny transplantationslov været foreslået, at transplantationsreglerne ikke skal gælde for transplantation af organer som producerer kønsceller⁵⁶. Under behandlingen i Riksdagen fandt man, at reguleringen af dette spørgsmål ikke hørte hjemme i de generelle regler om transplantation, men rettelig bør reguleres i forbindelse med reglerne om kunstig befrugtning. Reguleringen af transplantation af organer som producerer kønsceller vil blive taget op i forbindelse med revision af lov om insemination og lov om befrugtning uden for kroppen.

4.2.2.3 Anvendelse af æg fra aborterede pigefostre

Sundhedsministeren har foregrebet reguleringen af donation af æg fra aborterede pigefostre ved i maj 1994 at præcisere de dagældende regler om donation af ubefrugtede æg, således at det fremgår, at der kun kan udtages æg fra den donerende kvindes æggestokke⁵⁷. Æg fra pigefostres æggestokke kan således ikke doneres, hvis metoden skulle blive praktisk mulig i fremtiden.

Desuden skal forsøg godkendes af komit systemet⁵⁸.

I Norge er det foreslået⁵⁹, at brug af æggestokvæv fra aborterede fostre til transplantation forbydes, omend arbejdsgruppen er vidende om, at man på nuværende tidspunkt ikke ved

om det overhovedet er muligt at udvikle æg fra aborterede fostre til modne æg.

I Sverige finder Statens Medicinsk-Etiska Råd⁶⁰ det ikke etisk acceptabelt at tillade at æganlæg fra aborterede pigefostre udvikles med det formål at anvende disse til befrugtning. Rådet foreslår, at der indføres et forbud mod at anvende æganlæg fra aborterede fostre til befrugtning, selvom en sådan anvendelse gennem fortolkning af nugældende svensk ret kan anses for forbudt.

4.2.2.4 Modning af æg i follikulærfasen

Metoden befinder sig på forsøgsstadiet i udlandet. Forsøg, der ønskes foretaget her i Danmark, skal godkendes i komit system-et⁶¹.

4.2.2.5 Kloning af befrugtede æg med henblik på kunstig befrugtning

Forsøg på kloning (fremstilling af arvemæssigt identiske individer) må ikke foretages⁶². Folketinget har i dagsorden af 25. januar 1995 understreget, at behandling ikke kan iværksættes på områder, der allerede i dag findes forskningsforbud imod i henhold til forsøgsloven.

4.3 Regulering af adoption

Som nævnt i kapitel 2 kan adoption opfattes som et alternativ til kunstig befrugtning. I dette afsnit redegøres for reglerne om “fremmed” adoption i modsætning til “kendt” adoption (nært slægtskab eller andet tilknytningsforhold mellem adoptant og adoptivbarn). Der redegøres overvejende kun for de reguleringer, der kan være af relevans for og give inspiration til diskussionen af reguleringen af kunstig befrugtning, bl.a. kan man få anskueliggjort en konkret håndtering af anonymitetsspørgsmålet; fremstillingen er således ikke på nogen måde dækkende for de materielle og processuelle regler vedrørende adoption.

Grundbetingelsen for bevilling af adoption er, at denne må antages at være til gavn for barnet, og at dette ønskes opfostret hos adoptanten.

4.3.1 Betingelser vedrørende adoptanten

Justitsministeren har netop besluttet at nedsætte et udvalg, der skal vurdere de gældende regler om adoption og blandt andet foretage tilpasning til nye internationale regler på området. Derudover stiller det adoptionslovgivningen i et særligt lys, at de lande, der afgiver børn, stiller krav til, hvilke adoptanter man kan godkende.

Personkreds

En enlig ansøger kan ifølge adoptionsloven adoptere. Den, som er gift, kan kun adoptere sammen med sin ægtefælle (og altså ikke alene), og det er kun ægtefæller, der kan adoptere sammen. Ugifte samlevende og registrerede partnere kan således ikke adoptere sammen⁶³.

Alder

Adoptanten skal være fyldt 25 år for at kunne adoptere. Ved ægtefælleadoption skal begge parter være fyldt 25 år. Der er ikke fastsat nogen egentlig maksimumsalder for adoptanter, men “ældre” mennesker kan ikke påregne at blive godkendt som adoptanter.

Der må som hovedregel ikke være mere end 40 års aldersforskel mellem adoptant og barn på tidspunktet for ansøgningens indgivelse⁶⁴.

Godkendelse

Er den, som ønskes adopteret, under 18 år, må adoption kun bevilges, når adoptanten er godkendt af en offentlig myndighed som adoptant.

Procedure

Der findes et eller flere adoptionssamråd for hver amtskommune (for København henholdsvis Frederiksbergs kommune), som afgør, om en ansøger kan godkendes som adoptant. (For)undersøgelserne udføres af amtskommunen (kommunen), som i fornødent omfang inddrager lægelig, psykologisk, social og juridisk sagkundskab i behandlingen. Når sagen skønnes tilstrækkeligt oplyst, sendes den til adoptionssamrådet til afgørelse. Adoptionssamrådet har mulighed for at sende sagen tilbage til amtskommunen (kommunen) med henblik på yderligere undersøgelser og kan tilkalde særligt sagkyndige under rådets behandling af sagen. Adoptionssamrådet består af et medlem med social uddannelse, en jurist og en læge.

Et samråds afslag kan indbringes for adoptionssnævnet, som er sammensat af 10 medlemmer med en højesteretsdommer som formand.

Materielle regler

Godkendelse som adoptant kan som hovedregel ikke ske, såfremt ægtefæller, der ansøger, på tidspunktet for afgørelsen om godkendelse har samlevet i mindre end tre år, eller såfremt ansøgere i hjemmet allerede har to adoptivbørn eller tre børn ialt. I bedømmelsen lægges i øvrigt navnlig vægt på ansøgernes sociale forhold og helbredstilstand, adoptionsmotivet og ansøgernes indstilling til børn og unge. Som led i forundersøgelsen i amtskommunen/kommunen af adoptionsansøgerne drøftes det, hvad der er deres baggrund for deres ønske om at adoptere. I den forbindelse oplyses om de forskellige behandlingsmåder med kunstig befrugtning, når ansøgerne begrundet ansøgningen med ufrivillig barnløshed.

For så vidt angår enlige ansøgere bestemmes det endvidere, at disse kan adoptere, hvis det efter en samlet vurdering kan lægges til grund, at ansøgeren er velegnet til at opfostre et barn alene.

4.3.2 Samtykke fra biologiske forældre

Adoption af en person under 18 år kræver samtykke fra forældrene. Samtykket fra forældremyndighedsindehaveren skal være ubetinget og skal afgives skriftligt under personligt fremmøde for statsamtet/socialcentret. Forinden samtykket modtages skal forældrene være vejledt om adoptionens og samtykkets retsvirkninger.

4.3.3 Oplysning om biologisk slægt

Henvendelse fra adoptivbarnet

Adoptionslovgivningen indeholder ikke regler om adoptivbarnets adgang til oplysninger om sin biologiske slægt⁶⁵.

Civilretsdirektoratet følger i almindelighed den praksis at meddele adoptivbarnet de oplysninger, der fremgår af en fuldstændig udskrift af ministerialbogen (forældrenes navn, stilling og evt. civilstand), samt forældrenes fødselsdata og sidst kendte adresse på adoptionstidspunktet. Det vil altid fremgå af ministerialbogen, om og hvornår man er adopteret, og enhver kan rekvirere attester og udskrifter af ministerialbogen vedrørende

sig selv. Det er således muligt for enhver at få afklaret sin eventuelle tvivl om dette spørgsmål.

Der er ikke fastsat betingelser med hensyn til alder, og børn og unge under 18 år, som har den fornødne modenhed til at forstå hvad oplysningerne indebærer, kan således kræve disse oplysninger⁶⁶.

Civilretsdirektoratet meddeler i øvrigt ikke oplysninger om den biologiske slægt, medmindre der foreligger udtrykkeligt samtykke hertil.

Henvendelse fra biologisk slægt eller andre

Henvendelser fra biologiske slægtninge kan rettes til Civilretsdirektoratet med henblik på videreformidling til adoptanterne eller adoptivbarnet, hvis disse enten tidligere har afgivet erklæring om, at de ønsker at modtage eventuelle henvendelser fra den biologiske slægt, eller hvis de senere henvender sig for at få oplysninger om den biologiske slægt.

4.3.4 Finansiering af adoption

Udgifterne i forbindelse med adoption af et udenlandsk barn, som er langt mere almindeligt end adoption af et dansk barn, varierer afhængig af valg af formidlende organisation, afgiverland og om adoptanterne selv skal hente barnet. De formidlende organisationer (Adoptionskontoret Terre des Hommes, Adoptionscenter samt Danadopt) kræver et gebyr til dækning af administration samt udgifter i afgiverlandene (f.eks. honorar til den udenlandske formidler i form af betaling for barnets ophold på børnehjem, lægelige undersøgelser af barnet, attester fra offentlige myndigheder, eventuel advokatbistand ved retshandlinger o.lign.). Hertil kommer udgifter til rejse og ophold, hvis adoptanterne skal hente barnet i udlandet, eller eskorterings- og rejseudgifter for barnet, hvis det bringes til Danmark. Der kan efter omstændighederne ligeledes blive tale om tabt arbejdsfortjeneste. De samlede udgifter ligger for de fleste adoptanter på 60.000 - 120.000 kr. Det offentlige yder idag et skattefrit adoptionstilskud til udenlandske adoptioner på ca. 31.000 kr.⁶⁷.

Adoption af et dansk barn medfører ikke særlige udgifter for adoptanterne, idet adoptionen varetages og bekostes af det offentlige.

5. Synspunkter og argumenter i debatten om kunstig befrugtning

5.1 Indledning

Den offentlige debat om kunstig befrugtning kan umiddelbart tage sig ud som en temmelig uoverskuelig mængde af modsat rettede yt-ringer og synspunkter. Folk deltager i debatten ud fra forskellige udgangspunkter: som barnløse, der ønsker børn; som læger, der udfører kunstig befrugtning; som bekymrede iagttagere af udviklingen; som politikere osv. Og folk argumenterer ud fra vidt forskellige anskuelser af forholdet mellem den enkelte og fællesskabet; betydningen af den teknologiske udvikling mv.

Formålet med dette kapitel er at søge at skabe et overblik over denne uoverskuelighed ved at identificere og beskrive 5 typiske perspektiver på spørgsmålet om, hvordan man skal forholde sig til kunstig befrugtning. Et sådant overblik over debatten kan hjælpe en til at finde ud af, hvor man selv vil placere sig; dvs. hvad man mener, og hvorfor man gør det. Den kan også hjælpe med at lokalisere de andre debattører i landskabet for at finde ud af, hvor langt væk de opholder sig, og hvilke muligheder der gives for at nærme sig hinanden.

Hovedvægten i fremstillingen er lagt på at beskrive, hvilke konklusioner de enkelte perspektiver lægger op til, samt hvilke typer af argumenter de bygger på. Hensigten er kun i mindre grad at redegøre for, hvordan de enkelte perspektiver hver især korresponderer med forskellige moralfilosofiske eller fag-etiske skoler eller retninger, og en egentlig fagetisk terminologi vil kun i begrænset omfang blive inddraget, ligesom fremstillingen ikke prætenderer at rumme en fagetisk analyse i snævrere forstand. Det skyldes, dels at oversigter over fag-etiske skoler og retninger gives bedre andetsteds, dels at den måde, hvorpå vi hver især tager stilling til kunstig befrugtning, kun i begrænset omfang bygger på egentligt fag-etiske ræsonnementer, og i højere grad sker på baggrund af afvejning af en lang række forskelligartede hensyn. I forlængelse heraf vil det ikke blive diskuteret, hvorvidt et argument kan siges at være mere etisk funderet end et andet.

De 5 perspektiver, der omtales i afsnittet, kan beskrives som:

- * Et autonomibaseret perspektiv

- der lægger vægt på selvbestemmelse.

- * Et humanistisk-“samaritansk” perspektiv

- der lægger vægt på hjælpemotivet.

- * Et individorienteret konsekvens-etisk perspektiv

- der lægger vægt på konsekvenserne for henholdsvis de

barnløse og de kommende børn.

- * Et fællesskabsorienteret konsekvens-etisk perspektiv

- der lægger vægt på konsekvenserne for fællesskabet og

kulturen.

- * Et kristent konservativt perspektiv

- der lægger vægt på respekten for det befrugtede ægs moralske status.

De fleste mennesker vil, når de skal tage stilling til de spørgsmål, den kunstige befrugtning rejser, formentlig basere denne stillingtagen på et perspektiv, der placerer sig et sted imellem to eller flere af de her nævnte perspektiver. Opstillingen af de 5 perspektiver dækker dermed ikke på nogen udtømmende måde debatten som helhed. Den giver imidlertid indtryk af, hvordan der kan argumenteres, og hvilke hensyn der kan inddrages i en stillingtagen til de spørgsmål, som den kunstige befrugtning rejser. Samtidig kan den bidrage til at anskueliggøre de forskelle og stridspunkter, der eksisterer mellem de forskellige perspektiver.

Det skal samtidig understreges, at de 5 perspektiver ikke nødvendigvis alle er repræsenterede i Det Ethiske Råd. De synspunkter, der præsenteres i det følgende, er derfor ikke alle sammen rådsmedlemmernes synspunkter. Men det er synspunkter, der er tilstede i den offentlige debat, og som derfor udgør den sammenhæng, rådets redegørelse skal indgå i. Beskrivelsen af de 5 perspektiver kan derfor udgøre en baggrund for Det Ethiske Råds konkrete stillingtagen til forskellige former for kunstig befrugtning, som følger i kapitel 6.

Som overgang mellem denne overordnede panorering over debatten og den konkrete

etiske stillingtagen afsluttes dette kapitel med et forsøg på at skitsere en hovedmodsætning i debatten om kunstig befrugtning imellem på den ene side folk, der mener, at man i det store og hele skal fastholde reguleringen af området på det nuværende niveau, og på den anden side folk, der mener, at man skal underlægge kunstig befrugtning en strammere og mere detaljeret lovgivning end hidtil. Denne modsætning, der også kan genfindes i Det Etske Råd, vil blive illustreret ved opstilling af en dialog mellem to modstridende hovedpositioner.

5.2 De 5 perspektiver

Det skal indledningsvis slås fast, at debatten om kunstig befrugtning i en dansk sammenhæng rejser to forskellige spørgsmål.

1) Hvordan skal kunstig befrugtning reguleres i Danmark? Herunder i hvilket omfang der skal fastsættes egentlige forbud.

2) Skal de pågældende behandlingsformer tilbydes i det offentligt finansierede danske sundhedsvæsen, eller må folk selv betale enten i det offentlige eller på private klinikker i Danmark eller i udlandet?

Det Etske Råd er af den opfattelse, at spørgsmålet om, hvorvidt kunstig befrugtning skal være en offentlig ydelse, primært bør diskuteres i forbindelse med en overordnet diskussion af, hvordan ressourcerne anvendes i det offentlige sundhedsvæsen. Rådet skal derfor i denne redegørelse hovedsageligt beskæftige sig med det første af de ovennævnte spørgsmål, og kun markere en foreløbig stillingtagen til det andet spørgsmål i slutningen af kapitel 6.

De 5 perspektiver i debatten om, hvordan den kunstige befrugtning skal reguleres i Danmark, der præsenteres her, er hver især udtryk for en bestemt afvejning af forskellige hensyn. Forskellen mellem dem består således ikke så meget i, hvilke hensyn der betragtes som relevante i forhold til en stillingtagen til kunstig befrugtning, men mere i, hvordan de enkelte hensyn vægtes i forhold til hinanden. Det er således karakteristisk, at de alle er formuleret i en dansk sammenhæng, hvor såvel retten til selvbestemmelse som "den samaritanske pligt" til at hjælpe folk i nød holdes højt. Når der i det følgende udskilles et autonomibaseret perspektiv og et humanistisk "samaritansk" perspektiv, er det derfor ikke udtryk for, at det for de øvrige perspektiver ikke gælder, at henholdsvis hensynet til folks ret til selvbestemmelse og vores pligt til at hjælpe folk i lidelse er relevante, men for, at disse hensyn vægtes anderledes indenfor disse perspektiver.

5.2.1 Det autonomibaserede perspektiv

Det forholder sig formentlig således, at de fleste mennesker på et generelt plan betragter autonomi eller selvbestemmelse som værdifuldt, og respekt for autonomi som et væsentligt princip for indretningen af samfundet. I lighed med det senere behandlede humanistisk-"samaritanske" princip har autonomiprincippet dybe rødder i europæisk kultur. Helt tilbage fra antikken findes tanken om menneskets ret til at være (med)bestemmende over sin egen situation, og med renæssancen og ikke mindst oplysningstidens menneskerettighedserklæringer knæses denne tankegang. Den er en af de afgørende forudsætninger for et demokratisk samfund.

Det autonomibaserede perspektiv adskiller sig imidlertid fra andre perspektiver ved, at hensynet til folks ret til selvbestemmelse betragtes som et overordnet hensyn, der skal tages, når man diskuterer, hvordan den kunstige befrugtning skal reguleres. Det begrundes ofte med, at man i et pluralistisk samfund som det danske, med religions- og meningsfrihed, ikke med henvisning til et bestemt sæt værdier bør pålægge den enkelte at

give afkald på at få opfyldt et dybtfølt ønske. Der er i samfund som det danske en stærk tradition for meningsfrihed og gensidig tolerance mellem folk med divergerende anskuelser. En sådan tolerance er en af hjørnesteenene i opbygningen af et demokratisk samfund. Ud fra det autonomibaserede perspektiv vil det være i modstrid med denne tradition f.eks. i forhold til kunstig befrugtning at udstede forbud, der udelukkende baserer sig på snævre anskuelser, og som indebærer, at folk fratages muligheden for selv at tage stilling til, hvorvidt de forskellige behandlingsformer er acceptable eller ej.

Samfundet kan træffe afgørelser om, hvorvidt man i fællesskab vil betale for barnløshedsbehandling, eller om det skal overlades til den enkelte selv at betale. Det er således ikke uforeneligt med dette perspektiv at diskutere, om man af prioriteringshensyn bør undlade at tilbyde vederlagsfri behandling af barnløshed i det offentlige sundhedsvæsen. Man kan sige, at det enkelte par kan nægtes en ret til at få barnløshedsbehandling betalt af det offentlige. Men de kan ikke nægtes en ret til selv at afgøre, hvorvidt de vil udsætte deres kroppe for den pågældende behandling.

Indenfor det autonomibaserede perspektiv argumenterer man således for, at vi i vid udstrækning bør lade kvinderne og parrene selv afgøre, hvilke behandlingsformer og teknikker de vil benytte sig af. For eksempel kan man fremhæve, at det er de pågældende kvinder og mænd, der skal gennemgå det ubehag, der er forbundet med de forskellige behandlinger, og det er også dem, der skal leve med resultaterne bagefter.

Ifølge dette perspektiv bør vi respektere kompetente personers valg, uanset hvad vi måtte mene om konsekvenserne for personerne selv. Der kan imidlertid være grund til at søge at sikre, at der finder et reelt valg sted, at folk er klar over, hvad de går ind til, og at det reelt er det, de vil.

For det første kan en beslutning om at ville benytte sig af forskellige former for kunstig befrugtning være truffet under pres fra omgivelserne. Man kan synes, at der ligger en mere eller mindre udtalt forventning om, at man bør få børn. Den kan f.eks. vise sig i, at man, hvis man ikke har børn, er forklaring skyldig, mens det betragtes som "helt naturligt" at ønske sig og få børn.

For det andet kan man, når man først er blevet opmærksom på de tekniske muligheder (der udvides med jævne mellemrum), i nogle tilfælde "miste overblikket" og komme til at indvillige i noget, man senere vil fortryde. De behandlingssøgende fokuserer måske udelukkende på muligheden for at få opfyldt ønsket om at få barn. Lægen vil være optaget af at hjælpe patienten og kan være fascineret af de tekniske muligheder. Den ene behandlingsmetode kan derfor umærkeligt drage den næste med sig. Man bør derfor sikre sig, at folk, der overvejer at gå ind i et behandlingsforløb med kunstig befrugtning, har modtaget velkvalificeret information og vejledning om, hvad behandlingen indebærer, og om, hvilke risici der er forbundet med den, samt om, hvilke alternativer der findes til kunstig befrugtning.

Men spørgsmålet om, hvorvidt den pris, der skal betales for at forsøge at blive gravid med lægernes hjælp, er for høj, kan efter denne opfattelse kun afgøres af det enkelte par eller den enkelte person selv. Den regulering, anvendelsen af kunstig befrugtning bør underlægges, bør derfor kun dreje sig om at sikre kvaliteten af behandlingerne og at sikre, at folk rådgives og vejledes på en passende måde.

Det bør understreges, at vægtningen af hensynet til folks selv-bestemmelse både kan gives en utilitaristisk og en mere kantiansk/pligtetisk begrundelse. Ud fra en utilitaristisk eller konsekvens-etisk betragtning gøres det gældende, at det er af stor betydning for værdien af folks liv, at de sikres indflydelse på og selvbestemmelse over de omstændigheder, de lever under. Derfor bør man respektere folks autonomi, uanset hvilke

konsekvenser de valg, folk træffer, har for dem selv - så længe det ikke går ud over andre. Synspunktet bygger på et klassisk liberalt princip, nemlig det såkaldte ikke-skade princip (J.S. Mill). Ifølge dette bør man kun forhindre folk i at få opfyldt behov eller tilfredsstillet ønsker, hvis man kan påvise, at det indebærer direkte skade på andre mennesker. Så længe det ikke skader andre, kan man gøre hvad man vil. Eftersom kunstig befrugtning ikke skader andre mennesker direkte, kan man derfor ikke ud fra dette synspunkt forbyde folk at anvende de foreliggende muligheder.

Ud fra en kantiansk inspireret pligtetisk betragtning tillægges hensynet til folks selvbestemmelse vægt, fordi det er en forudsætning for at tale om et moralsk valg, at der har været tale om et frit valg. Betragtningens måden kan beskrives således:

- 1) Det, der gør os til sande mennesker og er grundlaget for begrebet om menneskelig værdighed, er vor evne til at træffe moralske valg,
- 2) et valg er moralsk, hvis det udspringer af personens egne moralske overvejelser og af respekt for den morallov disse overvejelser leder til, og
- 3) et valg er ikke moralsk, hvis det er foretaget under tvang (f.eks. på grund af frygt for at overtræde en bestemt lovgivning) og derfor ikke udspringer af personen selv. Det betragtes som nødvendigt at lade folk vælge frit, selv om der er risiko for, at de vælger forkert. Hvis vi med lovgivning tvinger dem til at gøre "det rigtige", forhindrer vi dem i at udføre netop den handling (det moralske valg), som er grundlaget for menneskers værdighed.

Ud fra denne betragtning når man imidlertid også frem til, at det afgørende er at sikre, at de valg, folk træffer, om at gå ind i behandlingsforløb, er baseret på information om, hvad det er, man går ind til, og at de ikke er truffet under pres fra omgivelserne af den ene eller anden art.

5.2.2 Det humanistisk"samaritanske" perspektiv

Overskriften refererer til den bibelske fortælling om den barmhjertige samaritaner, der, da han en dag støder på et bevidstløst og hårdt medtaget medmenneske, føler sig kaldet til at tage sig af ham og sørge for, at han får behandling og pleje. Som sådan refererer den til et helt centralt princip i den danske velfærdsstat, nemlig at man har pligt til at hjælpe folk, der på den ene eller anden måde er i nød.

Indenfor det humanistisk-"samaritanske" perspektiv opfattes dette princip som det vigtigste af de hensyn, der skal inddrages i diskussionen om regulering af kunstig befrugtning. Man mener simpelthen, at hensynet til de ufrivilligt barnløse pars ønske om at få børn bør veje tungere end principielle betænkeligheder ved at tillade forskellige former for kunstig befrugtning, fordi barnløsheden for disse mennesker repræsenterer et væsentligt problem, et problem man ved hjælp af kunstig befrugtning muligvis kan hjælpe dem.

Det samaritanske princip er et centralt element i en humanistisk-kristen moraltradition. Det bygger dels på næstekærlighedsbudet, der fordrer af os, at vi i vores handling mod et andet menneske altid skal forsøge at gøre, hvad kærligheden ville gøre mod dette menneske. Dels bygger det på solidaritet med de svage grupper i samfundet. Solidariteten indebærer, at man i en vis udstrækning identificerer sig med de svage gruppers skæbne og gør den til sin egen. Det betyder, at man ikke kan være ligeglad med, at der er mennesker, der lider på den ene eller den anden måde.

Man kan naturligvis diskutere, om barnløshed bør betragtes som en sygdom og dermed

naturligt falder ind under de problemer, sundhedsvæsenet skal tage sig af. På den ene side er barnløshed ikke direkte forbundet med fysisk smerte eller ubehag. På den anden side er barnløshed ofte en konsekvens af legemlig sygdom, f.eks. for kvindernes vedkommende underlivsbetændelse, der har medført sammenvoksede æggeledere, eller for mandens vedkommende f.eks. kræft behandlet med kemoterapi, hvorved sædcellerne er blevet dræbt. Ud fra det humanistisk "samaritanske" perspektiv er det imidlertid af afgørende betydning, at en ufrivillig barnløshed, selv om den muligvis ikke altid kan betragtes som en egentlig sygdom, utvivlsomt kan være en stor psykisk belastning. De ufrivilligt barnløse par er derfor en kategori, der har behov for hjælp, og ud fra den samaritanske pligt bør fællesskabet tilbyde dem den hjælp.

Det betyder ikke nødvendigvis, at man på forhånd mener, at de ufrivilligt barnløse skal tilbydes enhver form for behandling fra det stadigt voksende spektrum af muligheder for kunstig befrugtning. Men det betyder, at man skal have overordentlig gode grunde for at nægte disse mennesker en behandling, de har brug for.

Men man kan jo diskutere, om de ufrivilligt barnløse er den eneste svage part i dette spørgsmål. Nogle vil hævde, at det er mere korrekt at tale om to svage parter, nemlig både forældrene og det kommende barn. Man bør derfor vægte hensynet til det kommende barn lige så meget som hensynet til de par, der brændende ønsker sig at blive forældre. Derfor kan man evt. med henvisning til barnets tarv skride ind og forbyde visse former for kunstig befrugtning. Se i øvrigt diskussionen af barnets tarv nedenfor.

5.2.3 Det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv

Konsekvens-etikken er en samlebetegnelse for en bred vifte af forskellige etiske teorier, der dog alle har det til fælles, at de vurderer den etiske betydning af en bestemt handling, ud fra de konsekvenser, den har. Disse konsekvenser kan imidlertid bestemmes på forskellig måde, og den indbyrdes uenighed indenfor konsekvens-etikken går da også bl.a. på, hvilke konsekvenser der skal indgå i vurderingen af en bestemt handling.

På den kunstige befrugtnings område kan man f.eks. på den ene side tale om konsekvenser af forskellige typer regulering for de ufrivilligt barnløse, de kommende børn eller andre konkrete individer, men man kan også, som vi skal vende tilbage til i beskrivelsen af det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv, tale om konsekvenserne for fællesskabet eller kulturen.

Indenfor det, der kan betegnes som det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv, er det karakteristisk, at det hensyn, der tillægges størst vægt i diskussionen af kunstig befrugtning, er de konsekvenser, de forskellige behandlinger har for konkrete mennesker, dvs. for de barnløse par og for det kommende barn.

Det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv kan føre til lidt forskellige konklusioner, afhængig af hvilken af de berørte parter, der fokuseres på. På den ene side, er der dem, der sætter fokus på den lykke og den livskvalitet, de barnløse par opnår ved kunstig befrugtning, og på den anden side dem, der taler om, at det vigtigste hensyn, der skal tages i reguleringen af kunstig befrugtning, er hensynet til barnets tarv.

5.2.3.1 De barnløse

Ud fra det første perspektiv er det afgørende for spørgsmålet om, hvorvidt forskellige behandlinger skal tillades, om de faktisk fører til en øget livskvalitet eller en større lykke hos de ufrivilligt barnløse par. Derfor må man foretage vurderinger af betydningen af behandlingsforløbene ikke kun for de par, der faktisk får et barn med hjem, men også for dem, hvor behandlingerne viser sig forgæves. Hvis man ud fra sådanne beregninger når

frem til, at der sker en forøgelse af den samlede livskvalitet, skulle behandlingerne tillades, mens de skulle forbydes, hvis det viser sig, at de faktisk fører mere ulykke end lykke med sig. Dette synspunkt fremføres sjældent i sin rene form. Ikke mindst, fordi det naturligvis er stærkt kontroversielt at finde frem til metoder til måling af livskvalitet eller lykke.

5.2.3.2 Det kommende barn

I debatten om kunstig befrugtning støder man langt oftere på indlæg af den anden individorienterede konsekvens-etiske variant, nemlig argumentation for, at hensynet til barnets tarv bør veje tungest i diskussionen af de forskellige teknikker til kunstig befrugtning. Ud fra dette synspunkt må man overveje, om man af hensyn til barnets tarv, bør forbyde eller restriktivt regulere de forskellige teknikker.

Når der argumenteres for, at hensynet til barnets tarv skulle begrunde en restriktiv linie overfor kunstig befrugtning, er det oftest af to grunde.

For det første ved man endnu ikke med sikkerhed, om nogle af disse teknikker påvirker barnet på langt sigt. Man ved ikke, om de vil blive mere syge eller handicappede, om de selv vil blive i stand til at få børn, eller om de vil dø tidligere end andre mennesker. Alene det forhold, at man faktisk ikke ved, om der på længere sigt vil vise sig uuhensigtsmæssige virkninger af kunstig befrugtning, burde ud fra dette synspunkt tilsige en vis varsomhed med at tage teknikkerne i anvendelse.

For det andet er der mulighed for, at børnene på det psykiske plan påvirkes af at være blevet til ved hjælp af forskellige teknikker. Med hensyn til donoranonymitet er der f.eks. nogle der mener, at børn, der er resultatet af insemination med sæd fra anonym donor, vil få identitetsproblemer senere i livet, fordi de ikke kender - og ikke kan komme til at kende - deres biologiske far. Det synspunkt tilsiger imidlertid ikke nødvendigvis en afstandtagen fra kunstig befrugtning som sådan. Man kan jo forestille sig, at man blot ophæver donoranonymiteten.

Hensynet til barnets tarv bruges også af og til som argument imod at tilbyde enlige eller lesbiske insemination eller reagensglasbefrugtning, eller for en aldersgrænse, der betyder at kvinder, der har nået en vis alder, ikke skal have tilbud om at blive behandlet for ufrivillig barnløshed.

5.2.4 Det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv

Det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv i debatten om kunstig befrugtning taler for, at man tager stilling til de forskellige behandlingsformer ud fra, hvilke konsekvenser deres anvendelse og udbredelse har for fællesskabet og vores kultur, dvs. den måde vi lever sammen på, det menneskesyn, vi har, og de mål, vi sætter os og efterstræber. Hvor det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv, der blev beskrevet ovenfor, vurderer kunstig befrugtning ud fra dets konsekvenser for de individuelle berørte parter, da ser det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv først og fremmest på konsekvenserne for fællesskabet og kulturen i det lange perspektiv.

Det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv er udtryk for en overordnet bekymring over den kulturelle udvikling, og for et ønske om refleksiøst at søge at påvirke denne udvikling, dvs. at søge i et vist omfang at styre udviklingen af hensyn til fremtidige generationer. Indenfor det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv argumenterer man derfor for, at kunstig befrugtning bør reguleres på en sådan måde, at væsentlige principper for den måde, samfundet fungerer på, og betydningsfulde

elementer af vor kulturarv, ikke undermineres. I den henseende er der visse lighedspunkter imellem det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv og en kommunitaristisk retning indenfor især nyere nordamerikansk moralfilosofi og samfundstænkning.

Indenfor det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv mener man således, at man i sin stillingtagen til kunstig be-frugtning bør vægte konsekvenserne for fællesskabet og kulturen tungt, også selv om det må betyde, at man når til konklusioner, der f.eks. indebærer en indskrænkning af den enkeltes ret til selvbestemmelse. Når hensynet til fællesskabet og kulturen skal veje tungt, er det ikke for fællesskabets eller kulturens egen skyld, men fordi det på længere sigt er bedst for mennesket, at der holdes fast ved bestemte normer og bestemte værdier.

Vurderingen af konsekvenserne ved anvendelse og udbredelse af kunstig befrugtning kan være af to principielt forskellige for-mer: Man kan enten søge rationelt at argumentere for, hvordan man mener indførelsen af forskellige behandlingsformer påvirker fællesskabet eller kulturen. Eller man kan i højere grad basere sig på sin intuition eller på en følelse af, hvad konsekvenserne vil blive.

5.2.4.1 Den rationelle vurdering af konsekvenserne

Modstanden mod anvendelsen af kunstig befrugtning hviler her blandt andet på den principielle betragtning, at det ud fra et befolkningspolitisk og globalt hensyn fremstår irrationelt at producere børn i en overbefolket verden.

Dernæst fremføres det ud fra dette perspektiv, at nogle folks accept - og benyttelse - af kunstig befrugtning eller følgeteknikkerne indebærer skade på betydningsfulde kollektive goder.

Blandt disse betydningsfulde kollektive goder er det, man kunne kalde det kulturelle klima, det mest fremtrædende. Det kulturelle klima er en betegnelse for de normer, vi lever efter, de tanker, vi gør os, og de forståelser af verden (her: af befrugtning og forplantning, faderskab og moderskab osv.), vi orienterer os efter. Igen skal det understreges, at dette kulturelle klima ikke skal beskyttes for dets egen skyld, men på grund af konsekvenserne for vores måde at leve sammen på og dermed i sidste ende for de vilkår, den enkelte skal leve under.

Nogle frygter, at udbredelsen af de forskellige teknikker skal føre til en generelt uheldig ændring af menneskeopfattelsen. Det kan blandt andet vise sig i sproget. Når man f.eks. taler om “mangel på donoræg”, eller om, at man “fryser æg ned” eller “tør dem op”, kommer æg og sæd til at blive betragtet som ting, der er løsrevet fra de mennesker, de stammer fra. På tilsvarende vis kan brugen af en teknisk videnskabelig terminologi betyde, at det reelle indhold fortøner sig; når man f.eks. taler om “destruktion af zygoter” i stedet for “drab på fostre”, bliver handlingen mere uskyldig og dermed mere legitim. Ligeledes kan brugen af begreber som “fysiologisk mor”, “genetisk mor” og “social mor”, ændre folks oplevelse af, hvad det vil sige at være mor. I den udstrækning man oplever moderskabet i dets almindelige og traditionelle form som værdifuldt, kan forandringen i måden at tænke og tale om moderskabet på således udgøre en trussel mod

et betydningsfuldt kollektivt gode. Samtidig åbner kunstig befrugtning for muligheden for en ubehagelig “overplanlægning”, idet spørgsmålet om, hvornår man skal have børn, i endnu højere grad end det er i forvejen, bliver et spørgsmål om menneskelig styring og kontrol i stedet for tilfældigheder og skæbne.

Udviklingen og anvendelsen af kunstig befrugtning kan også føre til, at det bliver anset

for direkte unormalt ikke at ville lade sig behandle, hvis det ikke kan lade sig gøre at blive gravid, når man gerne vil.

Nogle mener desuden, at de nye teknikker, f.eks. reagensglasbefrugtning, mikroinsemination og donation af sæd og æg, indebærer en tingsliggørelse af den menneskelige forplantning. I og med at kønscellerne og det befrugtede æg adskilles fra moderens organisme, bliver de i stigende grad betragtet som ting eller objekter, og ikke som menneskespirer. Kunstig befrugtning kan dermed betyde, at mennesker bliver fremmedgjorte overfor både kønscellerne og forplantningsprocessen. Begreberne om tingsliggørelse og fremmedgørelse anvendes i debatten om kunstig befrugtning oftest som temmelig rummelige betegnelser ud fra den holdning, at der er noget forkert ved at tage æg og embryoner ud af kroppen og der gøre dem til genstand for behandling og manipulation.

Det er også i den forbindelse, der fra tid til anden udtrykkes frygt for, at kunstig befrugtning skal åbne for en egentlig kommercialisering af forplantningen. Man frygter, at æg og befrugtede æg skal gå hen og blive varer, som folk kan købe og sælge. Fra udlandet kendes f.eks. beretninger om såkaldte rugemoderkontrakter, hvor der indgås en kommerciel kontrakt mellem det par, der ønsker barnet, og den kvinde, der skal bære det under graviditeten.

Sådanne beretninger udgør skræmmebilleder på, hvordan produktionen af børn kan blive organiseret på et kommercielt grundlag, der står i modsætning til et almindeligt anerkendt princip om respekten for ethvert menneskes menneskelige værdighed. Kvinder, der modtager betaling for æg eller for at fungere som rugemødre for andres befrugtede æg, behandles reelt blot som leverandører af biologiske ydelser, og det er uforeneligt med respekt for deres menneskeværd. Mennesket er ikke en maskine, siges det, men et helt væsen, der har krav på respekt som sådan.

Blandt de betydningsfulde kollektive goder kan man endelig også nævne muligheden for at leve et moralsk rigtigt liv. Den tekniske udvikling på forplantningsområdet betyder, at barnløse par og deres læger bliver stillet overfor stadigt flere valg. De skal beslutte sig for, om de vil forsøge sig med reagensglasbefrugtning, om de finder mikroinseminationsteknikken acceptabel, om de evt. vil have æg eller sæd fra donor osv. For nogle mennesker rejser de nye muligheder spørgsmål, som de helst ville være foruden. Det er vanskeligt at træffe afgørelser på disse spørgsmål og fremfor alt vanskeligt at være sikker på, at man træffer den rigtige afgørelse. Selve eksistensen af de nye muligheder og de valg, de nødvendiggør, betyder, at folk bliver bragt i situationer, hvor de ikke kan overskue, hvad der er rigtigt og forkert. Anvendelsen og udbredelsen af kunstig befrugtning kan derfor udgøre en trussel imod muligheden for at leve et moralsk rigtigt liv.

5.2.4.2 Den intuitivt baserede vurdering af konsekvenserne

I dette perspektiv er det af betydning, at kunstig befrugtning udgør et indgreb i selve skabelsen af livet. Man kan måske tale om, at kunstig befrugtning udgør en overskridelse af en tidligere - traditionelt - eksisterende grænse mellem det profane og det sakrale. Ved at gøre selve befrugtningen af ægget til en menneskeligt styret proces, eliminerer man det skær af mirakel og hellighed, der tidligere har været knyttet til den.

Derfor vækker nye "fremskridt" indenfor kunstig befrugtning stærke følelser hos nogle, og fremkalder intuitiv modstand mod dem. Denne modstand læner sig ikke nødvendigvis op ad bestemte hævdevundne etiske principper, men baserer sig snarere på en umiddelbar følelse af angst eller ubehag, eller på en intuitivt baseret viden eller erfaring, der siger, at det er forkert at begive sig af med denne type indgreb.

Den intuitive modstand mod de nye teknikker er ikke kun knyttet til det konsekvens-etiske princip. Den udtrykkes som regel på en af to måder:

For det første knyttes den intuitive modstand ofte til en følelse af, at det er unaturligt at producere(!) børn f.eks. i et reagensglas og dyrke det befrugtede æg i et varmeskab, inden det sættes op i en kvinde, eller at det er unaturligt for en kvinde over en vis alder at blive gravid ved hjælp af reagensglasmetoden. Selv om man nok kan indvende, at “det naturlige” er en elastisk betegnelse, og at der f.eks. er forskel på det, der betragtes som naturligt på et tidspunkt i historien, og det, der er naturligt på et andet, så hviler den umiddelbare og intuitive reaktion på forskellige behandlinger ofte mere eller mindre eksplicit på forestillingen om, at der eksisterer en grænse mellem det naturlige og det unaturlige, og at det naturlige er moralsk bedre end det unaturlige. Det er her vigtigt at understrege, at der med værdsættelsen af det naturlige ikke menes, at alt, hvad der foregår i naturen, er godt, men at der refereres til en bestemt orden, der vurderes som god, og som i den grad er etableret, at den betragtes som naturlig. I en nyligt udgivet svensk redegørelse om kunstig befrugtning begrundes man f.eks. afvisningen af at afhjælpe ufrivillig barnløshed hos kvinder over den fødedygtige alder⁶⁸ med, at der her eksisterer en naturlig grænse. Det underforstås således, at det, der ligger indenfor grænserne af det naturlige, er godt, mens det, der overskrider denne grænse (her: kunstig befrugtning til kvinder i overgangsalderen), er dårligt.

For det andet har mange mennesker en følelse af, at den tekniske manipulation af forplantningsprocessen, der er indeholdt i mange af de nye teknikker, repræsenterer et indgreb i noget, man ikke bør gribe ind i. “Der er noget man skal holde sig fra”: Mennesket skal ikke gøre sig selv til gud. Dels fordi mennesket savner en guds indsigt og overblik og derfor ikke kan gennemskue de langsigtede konsekvenser af forskellige indgreb, dels fordi det er forkert i sig selv. Befrugtningen af ægget og forplantningen udgør de processer, hvorved mennesket bliver til, og hvor det pågældende menneskes træk og personlighed grundlægges. Derfor bør man ikke “rode” med det.

Følelsen er ofte forbundet med en mere overordnet ængstelighed for, at den videnskabelige og teknologiske udvikling går for vidt. Den er muligvis svær at legitimere rationelt, men den kan dog synes at gå igennem den europæiske historie. Den er f.eks. beslægtet med den antikke græske forestilling om, at overmod (hybris) nedkalder en straf eller skæbnens hævn (nemesi). Forestillingen er også beslægtet med den tanke, at vi som mennesker ikke bliver lykkeligere af at få opfyldt alle de behov og ønsker, vi går rundt og nærer. Det kan muligvis af forskellige grunde være praktisk at kunne bestemme, præcis hvornår man får børn, børnenes køn, karaktertræk osv. Men i stedet for at stræbe efter den mulighed bør man til en vis grad forlige sig med sin skæbne. Hvis man ikke kan få børn, så må man give sit liv et andet indhold end det, man forventer, at børnene kan give det.

Kan man overhovedet tillægge en intuitivt baseret vurdering af de kulturelle konsekvenser af kunstig befrugtning vægt, eller bør de vige for stringente rationelle argumenter?

Her kan man i første omgang anføre, at det ikke er indlysende, at “bevisbyrden” så at sige påhviler dem, der vil tillægge deres intuitive følelser vægt. Mens det almindeligvis er sådan, at de, der fremfører, at de “synes” eller “føler”, at dette er rigtigt og hint forkert, mødes med krav om at levere ordentlige eller rationelle argumenter, kan man vel også sige: “Hvis dit argument ikke overbeviser mig om, at min følelse er forkert, så vil jeg have lov til at holde fast i den”. Det er i hvert fald ikke umiddelbart klart, at man med det samme bør opgive sine intuitive følelser. Det må være rimeligt, at der bliver givet god tid til at overveje, om følelserne eller de rationelle argumenter bør veje tungest.

Dernæst kan man hævde, at spørgsmål om, hvad der er rigtigt og forkert, i den grad er et skøns- eller følelesspørgsmål, at det ikke giver megen mening at søge at argumentere sig frem til etiske domme. Forplantningen - skabelsen af liv - udgør et område, der egner sig dårligt til rationelt afledte domme. Der er, siges det, langt mere på spil end blot spørgsmålet om, hvorvidt par bør hjælpes til at få børn eller ej. Det handler også om vores kultur, om, hvordan vi omgås livet og skabelsen af det osv. Det rationelle ræsonnement er for endimensionalt til at indfange de mange aspekter af disse spørgsmål. Derfor kan og må man stole på sin intuition og lade den danne grundlag for sin holdning til kunstig befrugtning.

5.2.4.3 Glidebane-argumentet

Uanset om man baserer sin vurdering af konsekvenserne for fællesskabet og kulturen på en rationel analyse af den samfundsmæssige betydning af indførelsen af behandlinger, eller på intuition og følelser, er det såkaldte glidebane-argument vigtigt. Ifølge glidebane-argumentet må de enkelte teknikker ses som led i en udvikling. Den videnskabelige og teknologiske udvikling fortsætter, ikke mindst fordi der er stærke kommercielle interesser involveret i udviklingen af nye metoder og teknikker. Denne udvikling vil også i fremtiden give nye muligheder og skabe nye behov. Lidt efter lidt flyttes ens egne grænser. Man bliver vænnet til ting, der førhen ville forekomme utrolige og uhyrlige. Uafviselige enkeltsager kommer op, og det bliver svært at afgøre, hvornår man skal sige stop.

Glidebane-argumentet hviler på to antagelser. For det første, at udviklingen på den kunstige befrugtningens område fører til situationer, hvor man ikke længere vil være i stand til at opretholde eller sætte grænser. For det andet, at den situation, vi med glidebanen føres ud i, er moralsk set dårligere end udgangspunktet.

Ved at sige ja til f.eks. reagensglasbefrugtning eller til donation af æg skaber man en situation, hvor det senere kan blive svært eller umuligt at sige nej til behandlinger, man finder uacceptable. Derfor kan man frygte, at anvendelsen og udbredelsen af de nye teknikker til kunstig befrugtning på længere sigt kan udgøre en trussel mod princippet om menneskeværd eller andre væsentlige elementer af vores kulturarv. Der må derfor trækkes en veldefineret og klar grænse for, hvad man kan acceptere. Kun ved at insistere på en sådan grænse undgår man, at udviklingen gradvist og umærkeligt fører til udbredelsen af behandlingsformer, man ikke kan acceptere.

I relation til reagensglasmetoden, hvor man i øjeblikket "dyrker" det befrugtede æg i 2 døgn, inden det sættes op i livmoderen, taler man f.eks. om, hvordan det på længere sigt kan føre til egentlig ectogenese (gennemført graviditet i en kunstig livmoder). Desuden bliver indikationerne for reagensglasbefrugtning successivt udvidet, således at flere og flere grupper får adgang til at få børn med hjælp fra teknikken. I relation til nedfrysning af befrugtede æg, opererede man i første omgang med en lovfæstet grænse på 1 år. Den søges allerede nu ændret til 2 år. Det er svært at sige, om det bliver muligt at fastholde den grænse også i fremtiden. På den baggrund er der nogle, der føler, at vi allerede er gået for langt, at vi allerede befinder os på den glidebane, hvor vi ikke kan finde fodfæste. Derfor må man træde tilbage og se, hvor man igen kan få fast grund under fødderne, eller på anden måde sikre sig, at vi ikke "glider" videre.

5.2.5 Det kristent konservative perspektiv

Den europæiske kultur er i sin opfattelse af værdier og i sin etiske tænkning afgørende præget af kristendommen, selv om sekulariseringen har løsrevet mange værdier fra deres særlige religiøse fundering. Således står en del af de i det foregående skildrede synspunkter i et forhold til den kristne moraltradition. Og mange, der betragter sig som

kristne, vil i deres stillingtagen til kunstig befrugtning fremhæve et eller flere af disse synspunkter som det, der efter deres opfattelse kommer nærmest på det centrale i kristendommens menneskeforståelse. Næstekærlighedsbudet kan f.eks. fremhæves som det, der må være afgørende for den etiske stillingtagen. Det, der i det følgende skildres som et kristent konservativt perspektiv, tillægges derfor af nogle kristne ikke den betydning, som andre kristne tillægger det.

For det kristent konservative perspektiv kommer den afgørende vægt i en stillingtagen til kunstig befrugtning til at ligge på, at det befrugtede æg helt fra befrugtningsøjeblikket besidder en særlig moralsk status. Her må det understreges, at også mennesker, der lægger større vægt på de tidligere ovenfor anførte synspunkter, kan mene, at det befrugtede æg besidder en moralsk status. Det kristent konservative perspektiv adskiller sig imidlertid derfra ved at gøre hensynet til denne moralske status til det vigtigste.

Når det befrugtede æg ud fra det kristent konservative perspektiv besidder en særlig moralsk status, er det ud fra en tro på, at Gud betragter hvert enkelt menneskeliv som betydningsfuldt, og at dette liv starter ved undfangelsen. Når livet begynder ved undfangelsen, har det befrugtede æg allerede fra det tidspunkt krav på den respekt, som man i øvrigt viser menneskeligt liv. I $\square$ 1 i lov om oprettelsen af et etisk råd hedder det bl.a., at menneskeligt liv tager sin begyndelse ved befrugtningstidspunktet. En vigtig konsekvens af dette synspunkt er, at det altid vil være moralsk forkert at destruere befrugtede æg.

Ud fra denne holdning sættes der meget snævre grænser for kunstig befrugtning. Selv om der i og for sig ikke er nogen modsætning mellem reagensglasbefrugtning og respekten for det befrugtede ægs moralske status, så medfører synspunktet, at det må betragtes som etisk uforsvarligt at foretage forsøg med befrugtede æg, fordi det i reglen er en forudsætning for at kunne udføre sådanne forsøg, at man kan destruere ægget bagefter. På samme måde vil det være moralsk forkasteligt at nedfryse befrugtede æg, hvis man ikke på forhånd har sikkerhed for, at de vil blive anvendt. På nuværende tidspunkt skal de overskydende befrugtede æg under alle omstændigheder destrueres, når tidsgrænsen på 1 års nedfrysning nås. Derfor vil en knæsættelse af respekten for det befrugtede ægs moralske status i praksis medføre en væsentlig indskrænkning, ikke blot af anvendelsen af nedfrysningsteknikken, men også af reagensglasbehandlingen i almindelighed, dels fordi der således ikke gives muligheder for at foretage forsøg for at forbedre metoden, dels fordi nedfrysning er et vigtigt element i behandlingen.

På det intuitive plan kan man synes, at der er forskel på den beskyttelse, man bør yde et mikroskopisk befrugtet æg og det mere og mere fuldbårne foster. Ikke desto mindre synes der ikke at være biologisk belæg for at sige, at embryoet eller fosteret på et tidspunkt i sin udvikling passerer en tærskel, der kan begrunde, at man først derefter tillægger det moralsk status. Man står derfor overfor det problem, at det er vanskeligt at argumentere for fastholdelsen af en grænse for, hvor længe man må holde befrugtede æg, fosteranlæg og fostre i live i forskningsøjemed.

5.3 Det etiske valg

Opstillingen af de 5 perspektiver tegner naturligvis et meget groft skåret billede af debatten om kunstig befrugtning. Det betyder, at der indenfor hver enkelt perspektiv, som de er beskrevet her, er vidt rum for uenigheder. Der er samtidig en række mennesker, både i Det Etiske Råd og udenfor, der vil frabede sig at blive placeret indenfor en af de nævnte perspektiver, fordi de indtager synspunkter, der snarere ligger imellem to eller flere af de beskrevne perspektiver, end indenfor t af dem.

Folks konkrete stillingtagen til kunstig befrugtning i det hele taget og til de enkelte

behandlingsformer kan derfor ikke nød-vendigvis udledes af, at man kan påpege, at de i deres argumentation overvejende placerer sig indenfor t af de 5 beskrevne perspektiver. Opstillingen af de 5 perspektiver tegner derfor et noget idealiseret og forenklet billede af den brogede uoverskuelighed, som debatten udgør.

Det kan ikke desto mindre betragtes som en frugtbar og anvendelig oversigt, fordi den anskueliggør det forhold, at diskussionen mellem forskellige perspektiver i debatten om kunstig befrugtning vanskeliggøres af, at de hver især bygger på forskellige og modstridende grundantagelser om, hvilke hensyn der bør veje tungest i spørgsmålet om, hvordan den kunstige befrugtning skal reguleres, samt om, hvilke regler man må overholde for, at ens argumentation kan betragtes som stringent og konsistent.

Spørgsmålet om, hvilke hensyn der bør veje tungest, kan ikke afgøres ved rationel diskussion. Man kan naturligvis forsøge at overbevise hinanden ved at opregne de gode argumenter, der findes for at vægte et bestemt hensyn mest. Men det eliminerer ikke det forhold, at det altid må bero på en personlig vurdering, om det ene hensyn er vigtigere end det andet. Der synes ikke at være nogen rationel måde til opnåelse af enighed om moralske spørgsmål i vores kultur.

Etisk stillingtagen til kunstig befrugtning (ligesom til andre spørgsmål) er derfor uvilkårligt forbundet med et valg, nemlig et valg af, hvilke hensyn man synes bør veje tungest. Man må naturligvis bestræbe sig på at sikre, at dette valg træffes på et så velinformeret og solidt grundlag som muligt. Men der er i sidste ende uundgåeligt tale om et valg.

Det betyder samtidig, at forsøgene på at stimulere en offentlig debat om disse spørgsmål, vil vise sig nytteløse, hvis målsætningen er at opnå enighed, konsensus. Det er formentlig umuligt. Ikke bare i et organ som Det Etiske Råd, men også i befolkningen i almindelighed. Man må derfor sætte sig det mere beskedne mål, at debatten skal lede frem til en afklaring af, hvad der ligger i de forskellige synspunkter, og hvori forskellene imellem dem består. Man vil aldrig kunne nå frem til en afgørelse, alle kan tilslutte sig.

5.4 Hovedmodsætningen i debatten om kunstig befrugtning

Netop med det formål at stimulere en afklaring af diskussionen, kan der være grund til at forsøge at skitsere en hovedmodsætning i debatten om, hvordan kunstig befrugtning bør reguleres - en hovedmodsætning, der genfindes i Det Etiske Råd. Folk, der del-tager i debatten om den etisk begrundede regulering af kunstig befrugtning, deler sig i to løst afgrænsede grupper, hvor den ene gruppe anbefaler en mere restriktiv regulering, hvilket indebærer en strammere og mere detaljeret lovgivning på en række punkter, mens den anden gruppe anbefaler en relativt liberal regulering af kunstig befrugtning, hvilket i store træk indebærer en fastholdelse af den nuværende regulering på området. Når der er tale om en hovedmodsætning, er det, fordi det ikke er den eneste modsætning, der er, men dog den mest udtalte og tydelige.

Denne hovedmodsætning genfindes, som nævnt, også i Det Etiske Råd, hvor den groft sagt deler medlemmerne i to omtrent lige store grupper. Hovedmodsætningen vil derfor først kort blive beskrevet som bestående imellem en hovedposition 1 og en hovedposition 2. Derefter vil den blive søgt illustreret ved en gen-nemgang af, hvordan disse positioner forholder sig til hinandens centrale synspunkter og argumenter.

Hovedposition 1 lægger op til lovændringer på en række områder, således at adgangen til kunstig befrugtning begrænses på en række punkter. Denne position ligger primært i forlængelse af det, vi ovenfor har kaldt den fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv. Ud fra denne position bør man underlægge kunstig befrugtning en regulering,

der sikrer, at den tekniske udvikling sker i overensstemmelse med grundlæggende værdier i vores kultur, fordi den kulturelle udvikling er af stor betydning for det samfund, vi lever i, og som de næste generationer skal arve fra os. Desuden spiller usikkerheden med hensyn til konsekvenserne for det kommende barn en betydelig rolle blandt dem, der indtager denne position. Derfor bør man direkte forbyde en række behandlingsformer, der indebærer en tingsliggørelse af forplantnings-processen og en uheldig ændring af det gældende menneskesyn. Det samme resultat nås på en række områder også ud fra det kristent konservative perspektiv.

Hovedposition 2 fører frem til en anbefaling af, at man i store træk fastholder det nuværende niveau for regulering af kunstig befrugtning, idet der ikke er tilstrækkeligt tungtvejende grunde til at ændre herpå. Positionen ligger i forlængelse af det, vi ovenfor beskrev som henholdsvis det autonomibaserede perspektiv og det humanistisk"samaritanske" perspektiv. Indenfor denne position lægges der således fortrinsvis vægt på den respekt og tolerance overfor den enkeltes ret til selvbestemmelse, der er et centralt element i den demokratiske tradition i pluralistiske samfund som det danske, og på pligten til at hjælpe folk i nød. Man bør derfor underlægge kunstig befrugtning en relativ liberal regulering, der sikrer kvaliteten af behandlingerne, og at folk modtager kvalificeret information og rådgivning forud for behandlingen. Reguleringen bør imidlertid i videst muligt omfang overlade det til folk selv at afgøre, om de finder en bestemt behandlingsform etisk acceptabel eller ej, og man bør derfor kun i begrænset omfang udstede egentlige forbud imod bestemte behandlingsformer.

Hvis vi først ser på, hvordan man indenfor hovedposition 1 af-viser de indvendinger, der bliver fremsat indenfor hovedposition 2, træder 3 argumenter frem:

1) Den udbredte accept af kunstig befrugtning og den liberale regulering, der foreslås ud fra hovedposition 2, gør det meget vanskeligt at se, hvor man skulle være i stand til at trække en grænse for, hvad man vil acceptere. Dermed havner man på en glidebane, hvor man bliver ude af stand til at stå imod en udvikling, der bevæger sig i retning af accept og tilladelse af former for kunstig befrugtning, f.eks. kloning eller ectogenese (gennemført graviditet i kunstig livmoder), der på nuværende tidspunkt forekommer uacceptable.

2) Den afvisning af kunstig befrugtnings betydning for konsekvenserne for fællesskabet og kulturen, der ligger til grund for hovedposition 2, er udtryk for en undervurdering af kulturens betydning for vores måde at leve på og for samfundet. Det er, som om man indenfor hovedposition 2 opererer med et atomistisk billede af samfundet som en samling isolerede enkelt individer, hvor det, den ene tænker og gør, ikke har nævneværdig betydning for den anden. I modsætning hertil betragter man indenfor hovedposition 1 kulturen som en dynamisk størrelse, der i høj grad lader sig påvirke af forandringer, f.eks. den teknologiske udvikling. Den teknologiske udvikling drives imidlertid frem af kræfter, der i betydeligt omfang er unddraget demokratisk kontrol, og det forekommer derfor legitimt, at samfundet søger at sætte lovgivningsmæssige grænser gennem regulering af dens anvendelse.

3) Der er ingen tvivl om, at de ufrivilligt barnløse oplever deres situation som problemfyldt, og at fællesskabet derfor har en forpligtelse til at hjælpe dem. Forsåvidt anerkendes uforbeholdent "den samaritanske pligt". Indenfor hovedposition 1 er man imidlertid skeptisk overfor, hvorvidt kunstig befrugtning overhovedet kan betragtes som en god løsning på barnløshedsproblemerne. Det skyldes, at der opstår nye og uafklarede problemer både for parret og for samfundet, samt at en række af behandlingsformerne fortsat er forbundet med ubehag og helbredsmæssige risici, samtidig med at det jo stadig forholder sig sådan, at op imod halvdelen af dem, der går i behandling, oplever, at det er forgæves, og at de derfor har været igennem et anstrengende og belastende behandlingsforløb til ingen nytte. Det skyldes også, at fascinationen af de

lægevidenskabelige muligheder for at skabe liv, der f.eks. viser sig i den massive presseopmærksomhed omkring udviklingen på området, betyder, at en række gangbare alternativer, som f.eks. adoption, trænges i baggrunden.

Hvis vi ser på, hvordan man indenfor hovedposition 2 afviser de synspunkter, der fremsættes under hovedposition 1, kan man ligeledes pege på 3 punkter:

1) Den form for regulering, der foreslås ud fra hovedposition 1, er uforenelig med den demokratiske tradition i et pluralistisk samfund som det danske. Denne demokratiske tradition består bl.a. i en tolerance overfor forskellige livsanskuelser og værdisæt. I modsætning hertil er der et totalitært skær over en regulering, der ud fra et bestemt sæt af værdier og en bestemt udlægning af betydningen af indførelsen og anvendelsen af kunstig befrugtning vil fratage folk muligheden for selv at tage stilling til, om de finder de forskellige behandlingsformer acceptable eller ej.

2) Den bekymring, der ud fra hovedposition 1 gives udtryk for med hensyn til konsekvenserne for fællesskabet og kulturen af indførelse og udbredelse af kunstig befrugtning, er ikke tungtvejende nok til at afvise ufrivilligt barnløse par's ønske om behandling. Det forekommer, som om man indenfor hovedposition 1 er uvillige til at indse, hvilken belastning ufrivillig barnløshed kan være for de berørte parter. Det kan imidlertid slås fast, at ufrivillig barnløshed typisk er forbundet med alvorlig belastning, og derfor bør man give disse par mulighed for behandling. Hvis deres adgang til behandling skal indskrænkes, bør det under alle omstændigheder være med bedre begrundelse end en ubestemmelig ængstelse for den kulturelle udvikling eller det befrugtede ægs moralske værdi.

3) Den årsagsmæssige sammenhæng mellem tilladelsen af forskel-lige former for kunstig befrugtning og de bredere kulturelle konsekvenser, der refereres til indenfor hovedposition 1, er ikke tilstrækkeligt underbygget, endsige dokumenteret. Tværtimod synes denne sammenhæng i de fleste tilfælde at have karakter af et postulat. Ikke mindst i de tilfælde, hvor der er tale om usikker fremskrivning i forbindelse med det såkaldte glidebane-argument. Glidebane-argumentet synes at hvile på den antagelse, at man ikke vil være i stand til løbende at diskutere, hvorvidt de forskellige konkrete udviklinger på den kunstige befrugtnings område er acceptable eller ej, og på en manglende tro på at man kan hindre glidebanen ved retlige mekanismer. Men antagelsen er ikke underbygget og næppe plausibel.

Denne skitsering af hovedmodsatningen blandt medlemmerne af Det Ethiske Råd er naturligvis ikke udtømmende. En række nuancer i argumentationen er for overblikkets skyld udeladt. Ikke desto mindre giver den et indtryk af baggrunden for den konkrete stillingtagen, der præsenteres i næste kapitel.

6. Etisk stillingtagen

6.1 Indledning

Kunstig befrugtning og spørgsmålet om sådanne teknikkers regulering rejser en række forskellige spørgsmål. Debatten handler således ikke kun om, hvorvidt man nu synes, en bestemt behandlingsform forekommer acceptabel eller ej. Den handler også om, hvorvidt der er tilstrækkelig gode grunde til at indføre eller opretholde en bestemt behandling, eller om de hensyn, der taler imod en bestemt behandlingsform, omvendt er så betydningsfulde og tungtvejende, at de giver grund til at regulere, herunder eventuelt helt forbyde anvendelsen af den pågældende behandling.

Det Etiske Råd er i denne forbindelse i særlig grad optaget af at sikre, at de kunstige befrugtningsteknikker ikke kommer til at udgøre et anslag imod de involverede menneskers muligheder for at træffe ansvarlige, reelle beslutninger. Der bør ikke være tale om illusoriske valgsituationer.

Det er en udbredt opfattelse i Det Etiske Råd, at der er etiske betænkeligheder ved udviklingen på den kunstige befrugtnings område. Det betones navnlig, at anvendelsen og udbredelsen af kunstig befrugtning kan opfattes som en trussel imod det, der i forrige kapitel blev kaldt betydningsfulde kollektive værdier. Udbudet af de forskellige teknikker til kunstig befrugtning indebærer en generel teknologisering af forplantningen og indebærer en væsentlig risiko for en stærkt uønsket påvirkning af selve vores menneskeopfattelse. Man taler om sæd og æg, fosteranlæg og fostre, som om det var ting, og man behandler dem som ting: De smides væk, forskes på, foræres væk, og man diskuterer, hvem der har ejendomsret og råderet over dem. På den måde udgør anvendelsen og udbredelsen af kunstig befrugtning en tingsliggørelse af de mellemmenneskelige forhold og selve forplantningsprocessen.

Det Etiske Råd mener på den baggrund, at der er behov for en styrkelse af forskning i forebyggelse af ufrivillig barnløshed og i kurativ behandling, dvs. kirurgiske indgreb og medicinske behandlinger, der tager sigte på at eliminere årsagen til ufrivillig barnløshed. Rådet anbefaler derfor, at der afsættes midler til en øget forskningsmæssig indsats på disse områder. En sådan forskning skal bl.a. tilvejebringe større viden om årsagerne til ufrivillig barnløshed og bør derfor inddrage sociale og miljømæssige forhold såvel som medicinske forhold.

Rådet mener dernæst, at det er af stor betydning, at den hidtidige regulering af området i form af lov, bekendtgørelse, cirkulærer og vejledninger samles i en fælles, mere overskuelig regulering baseret på lovgivning. En sådan lovgivning bør efter rådets opfattelse omfatte en lovfæstelse af den godkendelsesordning for nye behandlingsformer, der blev indført med Folketingets dagsorden af 25. januar 1994. Ønsket om en samlet lovgivning på området begrundes dels med et ønske om, at der herved sker en beskyttelse af de kommende børn - hensynet til barnet bør i det hele taget have en fremtrædende plads i overvejelserne vedrørende regulering af kunstig befrugtning. Dels med et ønske om, at der foregår kvalitetssikring af behandlingerne, og at lægerne på såvel de offentlige som de private klinikker får klare retningslinier. Og endelig med at der herved skabes bedre grundlag for offentlig indsigt og demokratisk kontrol af dette sensitive område med dets forskellige værdimæssige holdninger.

Det Etiske Råd er samtidig af den opfattelse, at der bør gøres en større indsats for at rådgive og vejlede de par, der søger behandling for ufrivillig barnløshed, om såvel risici ved behandlingerne og sandsynligheden for, at det ikke vil lykkes, som alternativer til kunstig befrugtning f.eks. adoption. I dag foregår rådgivning af de behandlingssøgende som individuel rådgivning, som rådgivning på fællesmøder for større grupper af behandlingssøgende eller som en kombination af begge dele med fertilitetslægen som den hovedansvarlige for rådgivningen. Rådet finder det vigtigt, at også andre end den behandlende læge inddrages i rådgivningen efter at den lægelige diagnose er stillet. En sådan uvildig rådgivning kunne varetages af den praktiserende læge og af en psykolog, en socialrådgiver eller en anden kvalificeret person, f.eks. en præst. Tilvejebringelsen af en sådan rådgivning sikres mest effektivt ved etablering af rådgivningscentre i amterne, som kan forestå rådgivningen af de behandlingssøgende med hensyn til deres situation, herunder de psykiske belastninger, der kan forekomme i forbindelse med behandlingen, og de valgmuligheder, der foreligger, f.eks. om adoption som alternativ til kunstig befrugtning.

Et flertal i rådet (Niels Henrik Arendt, Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Ebba

Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) mener, at det i lovgivningen bør fastslås, at ingen læge må påbegynde barnløshedsbehandling, før vedkommende har sikret sig, at det behandlingssøgende par har fået et konkret tilbud om den nævnte rådgivning.

Et mindretal (Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard) mener, at denne rådgivning skal være obligatorisk, således at man som behandlingssøgende, efter udredningen er foretaget og før behandlingen påbegyndes, skal modtage rådgivning af den nævnte art.

Mens der således på et overordnet plan er enighed i Det Etske Råd om behovet for en samlet regulering af området, har det ikke været muligt at opnå enighed om rækkevidden af en samlet regulering.

Et flertal i Rådet (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Sigurd Olesen, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard, Marianne Wangsted) mener, at der er grund til at underlægge anvendelsen af kunstig befrugtning i Danmark en mere restriktiv regulering end hidtil. I lyset af, at kunstig befrugtning indebærer en teknologisering og tingsliggørelse af forplantningen og dermed en uheldig forandring af vores menneskeopfattelse, mener flertallet, at kunstig befrugtning er en betænkelig løsning på det problem, som den ufrivillige barnløshed udgør.

Bag en del af flertallets modstand imod anvendelsen og udbredelsen af kunstig befrugtning ligger også den opfattelse, at denne teknologi udgør en type kontrol af kvinders fødeevne. Hvor forplantningen tidligere har været kvindens domæne i den forstand, at det foregik inde i hendes krop, kan kunstig befrugtning ses som udtryk for videnskabens overtagelse af denne proces. Kvinden skal stadig levere ægget og bære fosteret under graviditeten, men i takt med, at det bliver muligt at overvåge og kontrollere såvel forplantningen som fosterets vækst og udvikling, erstattes eller "overdøves" kvindens følelser og fornemmelser for det liv, der udvikler sig, af videnskabens muligheder for at se og høre fosteret og evt. skride ind overfor sygdom eller udviklingsfejl.

Endelig anlægger en del af flertallet et globalt befolkningspolitisk synspunkt og finder det på den baggrund irrationelt, at vestlige samfund anvender barnløshedsbehandling, fordi der i en overbefolket verden er mange børn, som har brug for at blive adopteret. Det ville være mere ønskeligt om samfundet tilskyndede de barnløse til at adoptere børn, der er født, eller tage dem i pleje. I stedet for ved hjælp af avanceret teknologi at skabe nye børn, kunne man give nogle af de allerede fødte børn ordentlige muligheder.

En anden del af flertallet tager i sin holdning til kunstig befrugtning først og fremmest udgangspunkt i, at befrugtede æg, præ-embryoner, embryoner og fostre er menneskelige individer med moralsk status, og at det derfor (med visse sjældne undtagelser) er forkert at destruere dem. De dele af teknikkerne til kunstig befrugtning, som enten direkte kan nødvendiggøre destruktion (som f.eks. forsøg på befrugtede æg), eller som indirekte øger risikoen for, at destruktion senere bliver udført (som f.eks. nedfrysning af befrugtede æg), må derfor afvises. At befrugtede æg, præ-embryoner, embryoner og fostre er menneskelige individer med moralsk status, kan dels begrundes ud fra den kristne tros grundsætninger, dels ud fra filosofiske overvejelser om betydningen af de udviklingsmuligheder, som ethvert menneskeligt væsen har i sig. Synspunktet ligger i forlængelse af lov om oprettelse af Det Etske Råd, hvoraf det fremgår, at rådet skal tage udgangspunkt i, at det menneskelige liv tager sin begyndelse på befrugtningstidspunktet. Denne del af flertallet mener, at denne moralske status bør tillægges afgørende betydning ved bedømmelsen af de forskellige former for kunstig befrugtning.

Et mindretal (Jørgen Husted, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Mikael Rørth) mener, trods de indledningsvis nævnte betænkeligheder, at man bør fastholde de muligheder for behandling af barnløshed, der er til rådighed i dag. Mindretallet mener nok, der kan være grund til at nære betænkeligheder ved udviklingen på området, og man vil derfor gerne fastholde den godkendelsesprocedure ved introduktion af nye behandlinger, der gælder for øjeblikket. Men mindretallet finder ikke, at der er grundlag for at anse betænkelighederne ved de teknikker, der er til rådighed på nuværende tidspunkt, dvs. insemination med egen eller donors sæd, reagensglasbefrugtning, ægdonation, nedfrysning af befrugtede æg og mikroinsemination, for så tungtvejende, at man vil begrænse de barnløse pars adgang til disse behandlinger.

Mindretallet lægger betydelig vægt på, at indførelsen af forbud på et så personligt område kræver meget stærke grunde. Den demokratiske tradition i et pluralistisk samfund og den tolerance, som der ligger heri, sammenholdt med respekten for den enkeltes valg, afholder således mindretallet fra at foreslå, at der indføres forbud på områder, hvor der i dag er en veletableret praksis. Mindretallet lægger således vægt på autonomiprincippet, betinget af, at den nødvendige og nuancerede rådgivning er givet, men finder dog ikke, at selvbestemmelsen kan være ubegrænset. Der kan tænkes situationer, hvor samfundet er berettiget til at udstede forbud mod anvendelse af bestemte former for kunstig befrugtning, selv om de populært sagt "virker"; mindretallet er f.eks. enig i det de facto forbud imod anvendelse af kloningsteknik i barnløshedsbehandlingen, der gælder i dag. Det er denne opfattelse, der er baggrunden for, at mindretallet, som nævnt ovenfor, foreslår opretholdelsen af den nugældende godkendelsesprocedure vedrørende indførelse af nye behandlingsmetoder.

En del af mindretallet lægger i sin stillingtagen vægt på, at den store efterspørgsel efter disse behandlinger kan tages som udtryk for, at infertile kvinder og mænd nærer et dybtfølt ønske om at få et barn, der på den ene eller anden måde kan siges at være deres " eget". De fleste af disse behandlinger er langvarige og tidskrævende, ligesom de kan være forbundet med forskellige former for ubehag, ikke blot af fysisk art, men tillige af psykisk eller følelsesmæssig art. Ikke desto mindre er behandlingerne stærkt søgte, og det må tages som udtryk for, at de imødekommer et følt behov. Ud fra hjælpemotivet eller et næstekærlighedsprincip forekommer det således rigtigt, at tillade behandling, når den nu findes.

Mindretallet mener som allerede berørt, at det må tillægges betydning, at disse behandlinger allerede findes i det danske sundhedsvæsen, og at man derfor kan tale om, at de behandlingssøgende par kan have en forventning om at have mulighed for at få adgang til behandlingerne. Situationen i dag er således anderledes end situationen, hvor der som noget nyt skulle tages stilling til, om teknikkerne skulle indføres eller ej. Mindretallet ønsker imidlertid samtidig at tilkendegive, at man finder det uheldigt, at de forskellige teknikker til kunstig befrugtning ikke blev gjort til genstand for en nærmere debat forud for deres indførelse som behandlinger i sundhedsvæsenet.

6.2 Reagensglasbefrugtning

Reagensglasbefrugtning kan både bestå i befrugtning af kvindens æg med mandens (ægtemandens eller samleverens) sæd og i befrugtning af donoræg med egen sæd eller donorsæd. Overvejelser over donationsspørgsmålet er således også relevante i forhold til reagensglasbefrugtning. Her er det imidlertid udelukkende reagensglasteknikken, der tages stilling til.

6.2.1 Selve reagensglasteknikken

Et flertal (Niels Henrik Arendt, Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) opfatter reagensglasmetoden som en acceptabel forbedring af mulighederne for behandling af ufrivillig barnløshed. En del af dette flertal begrundede denne holdning med de argumenter, der ovenfor blev givet for at afvise en mere restriktiv regulering af kunstig befrugtning, nemlig at der i en dansk sammenhæng skal gives meget gode grunde for legitimt at kunne indskrænke folks selvbestemmelse, og at det, eftersom behandlingen har været kendt i Danmark i nogle år, vil være vanskeligt at begrunde indførelsen af et forbud.

Flertallet hæfter sig desuden ved det forhold, at barnløshed for mange par er en ulykkelig og belastende situation, og at man derfor ud fra et hjælpemotiv bør acceptere reagensglasmetoden.

Ikke desto mindre ønsker flertallet at give udtryk for, at der er visse betænkeligheder ved behandlingen.

For det første, mener flertallet - selv om spørgsmålet om tilladeligheden af præimplantationsdiagnostik og af forsøg på befrugtede æg ligger udenfor rammerne for denne redegørelse - at selve muligheden for, at befrugtede æg og fosteranlæg foreligger tilgængelige for eksperimenter, kan begrunde betænkeligheder ved denne behandlingsform.

Dertil kommer, at der fortsat er usikkerhed om de langsigtede konsekvenser, der er forbundet med disse behandlinger. Man ved faktisk ikke med sikkerhed, om der på længere sigt skulle vise sig øget risiko for forskellige handicaps eller større risici for alvorlige sygdomme og tidlig død hos de børn, der bliver bragt til verden ved hjælp af reagensglasmetoden. Der findes for indeværende ikke videnskabelige undersøgelser, der endeligt kan fastslå, om en sådan bekymring er velbegrundet eller ej.

Det er flertallets opfattelse, at hensynet til de barnløse par vejer tungere end de principielle indvendinger imod teknikken. En del af flertallet mener dog på baggrund af ovennævnte betænkeligheder, at man bør tilstræbe at udvikle andre former for behandlinger, eller alternativer til behandling, der på længere sigt kan føre til en afvikling af brugen af reagensglasmetoden.

Endelig ønsker en del af flertallet tillige at understrege, at deres tilslutning gælder reagensglasbehandling, hvor hensigten er at frembringe graviditet hos en bestemt kvinde. Tilslutningen gælder ikke metoder, der indebærer destruktion af det befrugtede æg.

Et mindretal (Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard) mener, at de betænkeligheder, man kan nære overfor reagensglas-metoden, er så tungtvejende, at man må anbefale, at teknikken forbydes.

Mindretallet mener, udover det ovennævnte, at det bør tillægges afgørende vægt, at reagensglasmetoden fortsat må betragtes som en behandling med relativt ringe effektivitet i forhold til de omkostninger af fysisk og følelsesmæssig, etisk, social og økonomisk karakter, der er forbundet med den. I dag, 17 år efter, at det første reagensglasbarn kom til verden, er det fortsat kun godt halvdelen af de par, der gennemgår behandlingen, der ender med at få et barn ud af anstrengelserne (jvf. kap. 3). De andre gennemgår længere perioder med skiftevis forhåbninger og skuffelser, hele tiden med den fornemmelse, at det kan være, det overhovedet ikke vil lykkes, hvad det i den sidste ende heller ikke gør.

Dertil kommer, at hormonbehandlingen forud for ægudtagningen, som allerede nævnt, kan være forbundet med ubehag.

Mindretallet ønsker tillige at pege på det psykiske pres på det barnløse par, men måske især på kvinden, som selve eksistensen af disse teknologier indebærer. Når teknikken gør det muligt, bliver det fristende at blive ligesom alle de andre, der får børn. Desuden bliver savnet af et barn muligvis større, hvis behandlingen ikke lykkes. Endelig er der, selv om behandlingen i første omgang skulle lykkes, og man opnår at blive gravid, stor risiko for at miste barnet undervejs i graviditeten. Et sådant tab er altid svært og formentlig særlig følelsesmæssigt belastende, hvis det har været meget vanskeligt at blive gravid.

Mindretallet mener endelig, at man ved at tillade reagensglasbefrugtning bevæger sig ud på en glidebane, der kan føre til en fuldstændig teknologisk kontrol med graviditeten og en tingsliggørelse af forplantningsprocessen og dens mellem menneskelige relationer. Mindretallet ønsker at udtrykke ængstelse for, at vi bevæger os i retning af tilstande, man ellers kun kender fra sciencefiction genren, hvor forplantning og svangerskab foregår udenfor kvindens krop og bliver et strengt teknisk anliggende.

En del af dette mindretal baserer primært sin afvisning af reagensglasmetoden på, at den, som den foregår her i landet, er forbundet med destruktion af overskydende befrugtede æg, dvs. begyndende menneskelige liv.

Mindretallet mener under alle omstændigheder at en række af de nævnte forhold tilsiger, at reagensglasbefrugtning fortsat be- trægtes som forsøg, og derfor ikke bør tilbydes rutinemæssigt som etableret behandling.

6.2.2 Nedfrysning

Nedfrysning af sæd har været kendt i årevis og har ikke i udtalt grad været betragtet som forbundet med etiske problemer. Det, man diskuterer, når man diskuterer nedfrysning i relation til kunstig befrugtning, er derfor primært de muligheder, der er opstået i tilknytning til reagensglasmetoden for at nedfryse befrugtede æg.

Det Ethiske Råd mener på baggrund af resultaterne af videnskabelige undersøgelser, der viser, at nedfrysning af ubefrugtede æg næppe lader sig gøre, uden at man skader æggets kromosommateriale (jvf. kap. 3), at man bør anbefale et udtrykkeligt forbud mod anvendelsen af denne teknik. Dette er lagt til grund for den norske lovgivning og indgår i overvejelserne i Sverige.

Hvad angår nedfrysning af befrugtede æg, mener 9 medlemmer af rådet (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Søren Holm, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Sigurd Olesen, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard), at anvendelsen af nedfrysningsteknikken bør forbydes.

For en del af disse medlemmer ligger modstanden mod anvendelsen af nedfrysningsteknikken i forlængelse af den generelle modstand imod reagensglasmetoden, som er markeret ovenfor.

Derudover begrundes de 9 medlemmer synspunktet med, at det er et potentielt individ, der nedfryses. Det befrugtede æg er ikke en ting, men et potentielt menneske, der som sådant har krav på respekt.

Disse medlemmer er af den opfattelse, at muligheden for nedfrysning påvirker vort syn på det befrugtede æg. Når man taler om at "fryse befrugtede æg ned", og derefter at "tø dem op", mister man blikket for, at der er tale om potentielle mennesker. Dertil kommer,

at der rundt om på afdelinger og klinikker findes stadig flere æg i nedfrosnen tilstand. Dermed er der en fare for, at disse befrugtede æg vil blive betragtet som ting, at der vil opstå en øget trafik med - og evt. et kommercielt marked for - kønsceller, og at der opstår et pres på "forældrene" for at gøre æggene tilgængelige for forskning.

Desuden rejser nedfrysningsteknikken en række vanskelige etiske og retlige spørgsmål: Hvem skal f.eks. have råderet over nedfrosne befrugtede æg? Hvad nu hvis forældrene skilles eller dør? Disse spørgsmål kan naturligvis afklares igennem regulering, men spørgsmålet er, om man er i stand til at regulere sig ud af enhver fremtidig og uforudset konfliktsituation.

Disse medlemmer mener dernæst, at anvendelsen af nedfrysningsteknikken åbner for en ubehagelig udvikling. Nedfrysningsteknikken muliggør f.eks. en tidsforskydning mellem befrugtningen og den egentlige fostertilstand. Rent teknisk er der tilsyneladende meget vide grænser for, hvad man kan gøre. Det betyder, at der f.eks. kunne være 10 eller 20 års forskel på børn, der er blevet befrugtet på samme tidspunkt. Man kan ligeledes forestille sig, at et barn, der er undfanget i n generation, nedfryses og bliver til et barn i den næste. Med de nuværende regler, kan det dog ikke lade sig gøre (jvf. kap. 4 ovenfor).

Disse muligheder åbner ifølge disse medlemmer mulighed for "overplanlægning". Man kan nu befrugte et æg og siden tage det op og forsøge at sætte det op i en kvinde, når det nu passer ind i ens livsplanlægning. I og med at kønscellerne nu adskilles fra de pågældende mænds og kvinders kroppe, bliver det muligt at foretage kalkulation og forsøge at kontrollere det hele. Disse medlemmer er af den opfattelse, at der ligger en kilde til forråelse i disse muligheder, og er derfor modstandere af dem. Det er ikke meningen, at mennesker skal kunne styre alting efter ønsker og behov: Man må være indstillet på, at tilfældet eller skæbnen spiller ind.

Disse medlemmer af rådet mener endelig, at det ikke kan være et argument for nedfrysningsteknikken, at den muliggør, at et par evt. kan få et barn nummer to, idet sådanne mennesker ikke er barnløse.

En del af disse medlemmer lægger som begrundelse for deres modstand imod anvendelse af nedfrysningsteknikken først og fremmest vægt på, at det befrugtede æg besidder en moralsk status og dermed har krav på respekt. Det indebærer destruktion af befrugtede æg - og det kan næppe undgås ved anvendelse af nedfrysningsteknikken.

8 medlemmer af rådet (Barbara Gram, Jørgen Husted, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) er af den opfattelse, at muligheden for at nedfryse befrugtede æg bør betragtes som en forbedring af reagensglasbehandlingen. Med nedfrysningsteknikken får man mulighed for ved hver ægudtagning at tage flere æg ud, end man umiddelbart vil bruge. Dermed får man mulighed for flere forsøg på at få sat æg op, uden igen at skulle igennem den anstrengende hormonbehandling og det omfattende indgreb, der er forbundet med en ny ægudtagning. Disse medlemmer mener således, at man bør fastholde denne mulighed.

Disse medlemmer er desuden af den opfattelse, at man - også i tilfælde af en udvidelse af den gældende tidsgrænse for nedfrysning - bør opretholde de nugældende bestemmelser, hvorefter det nedfrosne befrugtede æg destrueres ved dødsfald eller skilsmisse, ligesom der ikke er ret til at tage dem med til udlandet (jvf. kap. 4 ovenfor). Disse medlemmer mener dog, man bør fastlægge råderetten nøjere med det formål at sikre, at man ikke kommer ud i situationer, hvor der opstår stridigheder om råderetten over de befrugtede æg.

Med hensyn til udvidelse af den gældende tidsgrænse for nedfrysning af befrugtede æg

på 1 år, mener disse medlemmer ikke, der er noget i vejen for, at der åbnes en dispensationsmulighed fra denne grænse, hvis der kan fremlægges undersøgelser, der viser, at det befrugtede æg ikke tager skade af en længere nedfrysningstid. Disse medlemmer begrundet først og fremmest deres stillingtagen med hensynet til det barnløse pars ønske om at få et barn. Med nedfrysningstid på 1 år, kan komplikationer indebære, at det par ikke kan nå at gennemføre behandlingen inden de befrugtede æg skal destrueres. Samtidig indebærer en tidsgrænse på 1 år, at kvinder ikke kan tilbydes de samme muligheder som mænd for at få nedfrosset kønsceller i tilfælde af, at de skal gennemgå f.eks. strålebehandling i forbindelse med cancer. Derfor bør man give mulighed for, at der kan dispenseres fra denne tidsgrænse. Denne dispensationsmulighed skal ifølge disse medlemmer ikke kunne anvendes af par, der ønsker at forlænge nedfrysningstiden med henblik på at kunne få mere end et barn.

6.2.3 Mikroinsemination

Mikroinseminationsteknikken er forbundet med reagensglasmetoden på den måde, at mikroinsemination kun kan foregå in vitro. Her er det imidlertid kun selve mikroinseminationsteknikken, der tages stilling til.

Et flertal i rådet (Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) mener, at mikroinseminationsteknikken repræsenterer et etisk set acceptabelt behandlingstilbud til nogle grupper af barnløse. Flertallet lægger vægt på, at mikroinsemination giver mulighed for, at selv mænd med nedsat sædkvalitet kan få deres genetisk egne børn, og kvinderne kan få børn, som deres mænd er genetiske fædre til. Flertallet lægger vægt på, at mikroinseminationsteknikken således har den fordel, at man i vidt omfang kan undgå at benytte sig af donorsæd, og at man dermed undgår de etiske problemer, der er forbundet hermed.

Flertallet er dog samtidig af den opfattelse, at mikroinsemination fortsat er en ny og relativt dårlig undersøgt behandling. Som det nærmere fremgår af fremstillingen i afsnit 2.1.5 ovenfor kan det stadig ikke med sikkerhed afvises, at der skulle være alvorlige bivirkninger ved brug af denne teknik. Derfor bør behandling med brug af mikroinseminationsteknikken anvendes - ikke som en etableret behandling - men kun som led i kliniske forsøg, hvilket bl.a. indebærer, at der skal skrives protokol, at denne skal indsendes og godkendes i det videnskabsetiske komit system, og at der er skærpede regler for indhentning af informeret samtykke fra de involverede patienter. Formålet med denne foranstaltning er at sikre, at

mikroinseminationsteknikken anvendes under kontrollerede former og at der sker en opfølgning af resultaterne.

Et mindretal (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard) mener, at brugen af mikroinseminationsteknikken bør forbydes.

For en del af mindretallet ligger modstanden imod anvendelsen af denne teknik, som ovenfor, i forlængelse af den generelle modstand imod reagensglasmetoden.

Hele mindretallet mener desuden, at det bør tillægges betydning, at mikroinsemination repræsenterer et dybt indgreb i skabelsen af liv. Ved mikroinsemination gennemtrænges æggets ydre membran mekanisk, hvorefter sædcellen sprøjtes ind. Dermed manipuleres der på en i særlig grad teknificeret måde med den konkrete skabelse af liv.

En del af mindretallet mener endvidere, at det må tælle som et argument imod tilladelse

af mikroinsemination, at den indebærer at kvinder udsættes for sygeliggørelse og behandling på grund af en faktor, der ligger uden for kvinden selv, her mandens nedsatte sædkvalitet. Mikroinsemination kan, som nævnt, kun foregå in vitro, og derfor er kvinden nødt til at gennemgå den hormonbehandling og det indgreb, der er forbundet med enhver form for reagensglasbefrugtning.

Endelig lægger en del af mindretallet vægt på, at den naturlige udvælgelsesprocedure tilsidesættes ved mikroinsemination, og at betydningen heraf for de næste generationer er uvis f.eks. hvad angår forekomsten af kromosomafvigelser og nedsat sædkvalitet. Selv om der endnu ikke er gennemført undersøgelser af disse børns forplantningsevne (jvf. kap. 3), mener disse medlemmer, at alene muligheden for at det viser sig at børnene så at sige arver barnløsheden, bør anspore til tilbageholdenhed med at tage teknikken i anvendelse. For en del af mindretallet er det netop af afgørende betydning, at mikroinseminationsteknikken fortsat må betragtes som en eksperimentel teknologi, der ikke er tilstrækkelig undersøgt til, at den kan tilbydes som behandling.

6.3 Donation

Reagensglasbefrugtning kan som nævnt omfatte befrugtning med doneret æg (og eventuelt doneret sæd), men donation kan også finde sted i forbindelse med insemination. I denne sammenhæng diskuteres anvendelsen af "fremmede" kønsceller til frembringelse af graviditet.

6.3.1 Sæddonation

Anvendelsen af donorsæd giver et par, hvor manden har nedsat sædkvalitet, mulighed for at få et barn, som moderen er genetisk forælder til, og hvor parret kan følge graviditeten og opleve fødslen af det barn, de skal opfostre.

Et flertal i Det Ethiske Råd (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Lene Koch, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Jørn Vestergaard, Marianne Wangsted) anbefaler, at der fortsat gives mulighed for befrugtning med donorsæd på fertilitetsklinikker her i landet. Flertallet mener dog ikke, at der skal åbnes for aktive og selektive valg af donor, således at de sociale forældre kan vælge donor efter f.eks. intelligens eller karaktertræk.

En del af flertallet finder anvendelsen af donorsæd til frembringelse af graviditet etisk set helt uproblematisk. Behandlingen er lavteknologisk og repræsenterer kun en mindre afvigelse i forhold til forplantning ved samleje. En række af de betænkeligheder, man i øvrigt kan have overfor de højteknologiske former for kunstig befrugtning, gælder derfor ikke her.

En anden del af flertallet finder, at der er betænkeligheder ved anvendelsen af donorsæd.

De lægger vægt på, at hensynet til barnets tarv gør, at det må tillægges vægt, at den komplicerede tilblivelseshistorie kan give identitetsproblemer for barnet. Det kan i nogle tilfælde vise sig at være et problem for et barn at finde ud af, at den mand, han eller hun bor sammen med, ikke er genetisk far. At mange andre børn også oplever dette, retfærdiggør ikke, at samfundet direkte fremmer det ved at tillade insemination med donorsæd.

Det tillægges desuden betydning, at donation kan skabe splid i familien og i forholdet mellem manden og kvinden, fordi kun den ene af dem er genetisk forælder til barnet, mens den anden ikke er det. Den, der ikke har leveret genetisk materiale til barnet, kan

komme til at føle sig “udenfor”, og der kan opstå problemer omkring fordelingen af ansvar for - og forpligtelser overfor - barnet. Dertil kommer, at par, der får barn ved hjælp af kunstig befrugtning med donorsæd, kan bevæge sig ud i en skrøbelig illusion og lukkethed om barnets tilblivelse, som er uheldig for det åbne forhold i familien, se nærmere nedenfor om donoranonymitet.

Når disse medlemmer trods disse betænkeligheder ikke vil anbefale et forbud mod brugen af donorsæd, skyldes det bl.a., at et forbud for det første er vanskeligt at administrere, og for det andet, at et forbud har for mange negative konsekvenser, bl.a. på grund af den smittefare, der er forbundet med sæddonation, der ikke foregår under velorganiserede og kontrollerede former.

Et mindretal i rådet (Ellen Kappelgaard, Inga Steiner Sørensen) finder på baggrund af ovennævnte betænkeligheder, først og fremmest vedrørende barnets tarv, at kunstig befrugtning med brug af donorsæd, herunder donorinsemination, bør forbydes.

6.3.2 Donation af ubefrugtede æg

Mange mennesker mener, at der er en afgørende forskel på at donere sæd og at donere æg. For det første har moderskabets udspring altid været betragtet som anderledes end faderskabets; der kunne være tvivl om, hvem der var et barns far, men om moderen kunne der ikke være tvivl. For det andet har sæddonation som nævnt været kendt og anvendt igennem længere tid, mens ægdonation er en relativt ny metode, der bygger på reagensglasmetoden.

Et flertal i rådet (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard, Marianne Wangsted) mener, at donation af ubefrugtede æg bør forbydes.

For en del af flertallet ligger denne holdning i forlængelse af den generelle modstand imod reagensglasmetoden.

Hele flertallet hæfter sig desuden ved, at muligheden for ægdonation betyder en opsplitning af moderskabet, der indtil for få år siden har været en integreret helhed. Med ægdonation bliver det muligt at tale om den genetiske mor og den sociale mor. Kombineres ægdonation med rugemoderskab, bliver det derudover muligt at tale om livmoder-moderen eller føde-moderen. Disse tre betegnelser kan nu referere til tre forskellige kvinder. Argumentet går således på, at behandlingen af de kvinder, der indvilliger i at donere og modtage æg, kommer til at påvirke det kulturelle klima på en måde, der indvirker på, hvordan andre kvinder (og mænd) oplever moderskabet.

Flertallet tillægger det desuden vægt, at kvinder, der donerer æg, risikerer at forringe deres egne chancer for at blive gravide. På grund af de dårlige resultater med at nedfryse ubefrugtede æg, skal ægget befrugtes umiddelbart efter udtagningen. Som det er i dag, skal kvinden derfor inden udtagningen beslutte, om hun vil donere æg. Den donerende kvinde kan derfor komme i den situation, at hun efter mislykket opsætning af æg, kommer til at mangle de æg, hun har doneret. Dertil kommer, at kvinder kan komme under pres for at donere æg fra læger, der ønsker æg til behandling af andre par, eller fra par, f.eks. familie eller venner, der ønsker at modtage et doneret æg. Det sidste kan dog ikke lade sig gøre inden for rammerne af den nuværende lovgivning, idet donation kun kan foregå anonymt. Endelig kan der opstå risiko for kommercialisering og “handel” med æg.

En del af dette flertal begrundet modstanden mod tilladeligheden af ægdonation med, at det er for fremmedgørende, at en kvinde skal bære og føde et barn, der ikke indeholder

hendes eget genetiske materiale, men derimod materiale fra en anden kvinde. Det er samtidig kun ved hjælp af ægdonation, at kvinder, der er over overgangsalderen, kan blive gravide og føde børn, hvilket også får nogle til at mene, at det er for unaturligt.

Et mindretal (Jørgen Husted, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth) finder, at donation af ubefrugtede æg udgør en acceptabel mulighed for behandling af en gruppe af ufrivilligt barnløse kvinder, og at den derfor ikke skal afvises. Mindretallet mener dog ikke, at der skal åbnes for aktive og selektive valg af donor, således at de sociale forældre kan vælge donor efter f.eks. intelligens eller karaktertræk.

Kvinder, der af den ene eller den anden grund ikke selv er i stand til at producere æg, men som er i stand til at gennemføre en graviditet, f.eks. kvinder med Turners syndrom, kan med ægdonation behandles for deres ufrivillige barnløshed og dermed få mulighed for selv at opleve at bære og føde et barn. Udfra hjælpemotivet er det relevant, at man med denne behandling får mulighed for at hjælpe nogle mennesker med at løse et påtrængende problem. Derfor bør man fortsat tillade donation af ubefrugtede æg herhjemme.

Behandlingen har nu fungeret i nogle år uden tilsyneladende at have givet anledning til særlige problemer. Det forhold, at behandlingen har været udført i Danmark i en årrække, taler imod udstedelsen af et forbud, idet der er etableret en forventning blandt folk om at den mulighed eksisterer.

Mindretallet mener samtidig, at bestemmelsen om, at det kun er kvinder i reagensglasbehandling, der må donere æg, bør ændres. I det omfang man finder ægdonation etisk forsvarlig, bør der ikke være begrænsning for, hvem der kan få lov at donere, når almindelige regler om informeret samtykke sikres overholdt, og der er ydet kvalificeret rådgivning forud for donationen. Det må være op til den enkelte kvinde selv at afgøre, om hun vil gå igennem det ubehag, der er forbundet med donation af æg.

6.3.3 Donation af befrugtede æg

Donation af befrugtede æg er i øjeblikket forbudt i Danmark (jvf. kap 4). Der synes dog at herske uklarhed om, hvordan forbudet skal fortolkes.

Et flertal af rådets medlemmer (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Ebba Lund, Linda Nielsen, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard, Marianne Wangsted) anbefaler et klart forbud både imod donation af befrugtede æg, og imod donation af æg med efterfølgende sæddonation, dvs. tilfælde hvor ingen af de sociale forældre er genetiske forældre.

For en del af flertallet ligger denne holdning i forlængelse af den generelle modstand imod reagensglasmetoden samt af modstanden imod donation af ubefrugtede æg.

For en del af flertallet kan denne stillingtagen desuden begrundes med, at hensynet til barnets tarv tilsiger, at der i hvert fald bør være et genetisk tilhørsforhold til den ene af forældrene. Man henholder sig her til, at den komplicerede tilblivelseshistorie måske senere i livet kan give barnet identitetsproblemer.

Flertallet lægger desuden vægt på, at adoption må betragtes som et særlig godt alternativ til netop denne behandling, der alligevel ikke skaber et genetisk tilhørsforhold. Adoption har samtidig den fordel, at det herved er klart for parret - og typisk for barnet, at det er et genetisk "fremmed" barn, parret tager til sig og drager omsorg for.

En del af flertallet lægger desuden til grund for et forbud, at reagensglasbefrugtning med donoræg og donorsæd - "adoptiv-æg" - repræsenterer en for teknificeret og fremmedgørende form for forplantning. Dertil kommer, at muligheden for at kombinere æg og sæd fra forskellige banker og skabe børn på den måde åbner ubehagelige muligheder for, at forældre kan vælge, hvilket æg og hvilken sæd, de vil sætte sammen til et barn. Det gives der dog ingen mulighed for inden for den nuværende regulering.

Et mindretal (Jørgen Husted, Jens Ole Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth) mener, at det er urimeligt at udelukke den gruppe af ufrivilligt barnløse par, hvor både manden og kvinden er infertile, fra reagensglasbehandling. Mindretallet mener dog ikke, at der skal åbnes for aktive og selektive valg af donorer, således at de sociale forældre kan vælge donorer efter f.eks. intelligens eller karaktertræk.

Mindretallet mener nok, at der kan være grund til at nære betænkkeligheder ved reagensglasbehandling med donoræg og donorsæd, men finder ikke disse betænkkeligheder tungtvejende nok til at begrunde et forbud. Der er i et samfund som det danske god tradition for en vis gensidig tolerance, og det forhold at nogle mennesker finder behandling med donerede befrugtede æg for teknologisk og fremmedgørende, er ikke tilstrækkelig grund til at bryde denne tradition.

Mindretallet mener således ikke, at selve befrugtningssprocessen ved denne behandling på nogen afgørende måde er mere teknisk eller mere kunstig, end ved de behandlinger, man er indstillet på at tillade. Der er med andre ord efter mindretallets opfattelse ingen betydende forskel på de teknikker, man er indstillet på at tillade, og donation af såvel æg som sæd.

Mindretallet understreger desuden, at adoption må betragtes som et alternativ til kunstig befrugtning helt generelt, og at det derfor ikke kan tælle som et argument imod netop denne form for behandling.

6.3.4 Donor anonymitet

Donation uden donor anonymitet kendes fra enkelte lande, heriblandt Sverige (jvf. kap. 4). Det er vigtigt at være opmærksom på, at en evt. ophævelse af donor anonymiteten kan tage forskellige former. Der kan for det første være forskel på, hvilken type informationer der skal gøres tilgængelige for barnet: Skal det være donors navn, adresse, osv.? Derudover er der spørgsmålet om, hvornår barnet evt. skal have ret til informationen. Endelig er der spørgsmålet om, hvordan informationerne skal gøres tilgængelige?

Et flertal (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Ellen Kappelgaard, Lene Koch, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard, Marianne Wangsted) mener, at man bør ophæve fuldstændig anonym donation af såvel sæd som æg - dog ikke med tilbagevirkende kraft, men kun for fremtidig donation. Der bør efter dette flertals opfattelse indføres en ordning, hvorved alle børn, når de har nået en vis modenhed skal kunne henvende sig til et register og få at vide, om de er blevet til ved hjælp af doneret sæd eller æg, og hvem der i så fald har doneret sæd eller æg. For nogle af disse medlemmer er det afgørende, at barnet har nået myndighedsalderen, før det kan få adgang til denne information.

Det, der skal sikres, er, at barnet kan finde ud af donors identitet på et tidspunkt i livet, hvor det har opnået tilstrækkelig modenhed. Hensynet til barnets tarv tilsiger, at hvis barnet på et tidspunkt i sit liv får behov for at kende identiteten på sine genetiske forældre, så skal den mulighed eksistere. Det kan være vigtigt af hensyn til barnets identitetsfølelse, at det kan få mulighed for at få at vide om sine "rødder". Man bør

overveje, om det ikke bør betragtes som en menneskeret at kunne få adgang til informationer om sine genetiske forældre (i den udstrækning den findes) - et forhold der bl.a. diskuteres i relation til FNs børnekonvention.

Samtidig kan udviklingen af genteknologi til diagnose og behandling betyde, at det i de kommende år vil blive stadig mere sandsynligt, at børnene opdager at de er donorbørn, selv om forældrene ikke har fortalt det - og i den situation bør de gives mulighed for at få information.

En ophævelse af donoranonymiteten kan etisk set begrundes med, at donor, idet han eller hun indvilliger i at donere genetisk materiale til skabelsen af et barn, påtager sig et ansvar. Ikke i den forstand, at vedkommende kan blive pålagt at påtage sig forældremyndigheden over - eller at forsørge det pågældende barn, men i den forstand, at vedkommende må stå ved at medvirke til at sætte et barn i verden. Dette ansvar indebærer, at man må indstille sig på, at ens identitet kan blive afsløret for det pågældende barn på et givet tidspunkt. På tilsvarende måde må modtageren af den donerede sæd eller det donerede æg påtage sig et ansvar og vedgå, at det er sådan, barnet er blevet skabt. Dette ansvar indebærer, at man indvilliger i, på et givet tidspunkt at give barnet mulighed for at få information om sine genetiske forældre. Ansvarer ligger i naturlig forlængelse af den respekt for menneskets selvbestemmelse, som der er lagt vægt på.

Nogle mener desuden, at det er en vigtig målsætning at stimulere åbenhed i familien omkring barnets tilblivelse. Forældrene skal ikke støttes i den vildfarelse, at barnet rent faktisk er deres genetisk eget barn, når sandheden er en anden. Hvis donoranonymitet ophæves, må forældrene ifølge flertallet formodes at være mere tilbøjelige til både overfor barnet og overfor sig selv at se sandheden i øjnene. Dette må anses betydningsfuldt, uanset der bl.a. som følge af diskretionshensyn ikke er set større undersøgelser, der kan be- eller afkræfte antagelsen.

Erfaringerne fra adoption taler også for åbenhed i familien. Selv om denne åbenhed ikke kan påtvinges forældrene ved regler, kan en udmelding om barnets ret til viden være af signalværdi. Barnets mulighed for at få kendskab til donor bør derfor sikres, eventuelt ved at der oprettes donorregister.

Et mindretal (Ebba Lund, Lars Nordskov Nielsen, Jens Ole Nielsen) anbefaler, at man fastholder de nuværende regler om donoranonymitet.

Mindretallet mener for det første ikke, der findes belæg for at sige, at den nuværende ordning giver anledning til problemer. Der findes ikke undersøgelser, der viser, at børn, der er blevet til ved hjælp af anonymt doneret sæd eller æg, har større problemer end andre børn.

Dernæst er mindretallet ikke overbevist om, at en ophævelse af donoranonymiteten nødvendigvis fører en lykkeligere situation med sig. Hvis donoren er en anonym leverandør af æg eller sæd, kan han eller hun ikke udgøre en "trussel" imod den så at sige erstattede forældres rolle. I det tilfælde er f.eks. den sociale far den eneste far, der eksisterer, fordi han er den eneste, der kan udpeges. Hvis donors identitet omvendt er kendt, eksisterer der så at sige en "anden" far, som barnet kan få et ønske om at komme til at kende. Dermed stimuleres der hos barnet en tilbøjelighed til at skelne mellem genetiske forældre og sociale forældre, der dels kan føre til et pres for at finde frem til de genetiske forældre, dels true med at de kvalificere relationen mellem barnet og dets (sociale) forældre. En ophævelse af donoranonymiteten kan derfor, stik imod intentionerne, reelt komme til at tilskynde forældrene til at holde informationen om barnets tilblivelse skjult, fordi de kan føle sig truet, hvis sandheden skulle komme frem.

Mindretallet betragter det som utvivlsomt, at en ophævelse af anonymitetsordningen vil medføre en begrænsning i anvendelsen af kunstig befrugtning, herunder navnlig donorinsemination. En sådan udvikling kan vurderes forskelligt. Mindretallet skal indskrænke sig til at fremføre, at en ophævelse af anonymiteten bl.a. må have grundlag i en vurdering af, om en sådan begrænsning er ønskelig, og i bekræftende fald, om det er ønskeligt, at begrænsningen sker på den nævnte indirekte måde.

6.4 Rugemoderskab i forbindelse med kunstig befrugtning

Det Etiske Råd skal i denne sammenhæng udelukkende tage stilling til rugemoderskab i forbindelse med kunstig befrugtning, dvs. rugemoderskabsaftaler, der omfatter reagensglasbefrugtning, donation af sæd eller donation af æg. Der findes ingen undersøgelser af omfanget af rugemoderskabsarrangementer i Danmark, men det er ikke desto mindre en mulighed, og Det Etiske Råd finder derfor anledning til at formulere en udtalelse derom.

Det Etiske Råd finder ingen grund til at ændre på den nuværende regulering, der fastholder et forbud imod enhver form for formidling og kommercialisering af rugemoderskaber (jvf. kap.4).

Med hensyn til de former for kunstig befrugtning, der evt. skulle anvendes i forbindelse med rugemoderskabsaftaler, gælder de synspunkter, som rådets medlemmer i øvrigt har gjort gældende i forhold til de enkelte teknikker.

De medlemmer, der i øvrigt finder behandling med donerede æg acceptabel, ønsker at præcisere, at et rugemoderskabsarrangement, hvor både æg og sæd stammer fra de forældre, der skal modtage barnet efter fødslen, er i modstrid med intentionerne bag tilladelsen af ægdonation, og derfor bør være forbudt.

6.5 De nyeste teknikker

6.5.1 Transplantation af æggestokke og modning af æganlæg fra aborterede fostre

Udviklingen inden for fertilitetsforskning tyder på, at det en gang i fremtiden vil være teknisk muligt at udtage æg fra aborterede fostre, og modne dem in vitro for derefter at opsætte dem i ufrugtbare kvinder. Samtidig forskes der også i at muliggøre transplantation af æggestokke fra levende eller afdøde kvinder til kvinder, der mangler dem, eller for hvem æggestokkene ikke fungerer. Teknikkerne er stadig på udviklingsstadiet, men de har ikke desto mindre været genstand for nogen opmærksomhed i offentligheden, og Det Etiske Råd finder derfor anledning til at formulere en stillingtagen til dem.

Det Etiske Råd mener ikke, at det skal være tilladt at anvende æg fra aborterede fostre i barnløshedsbehandling i Danmark. For en del af rådets medlemmer ligger denne stillingtagen i forlængelse af deres generelle modstand imod reagensglasbefrugtning.

For de medlemmer af rådet, der i øvrigt finder reagensglasmetoden og ægdonation etisk set acceptable, beror modstanden imod anvendelsen af denne teknik først og fremmest på hensynet til det kommende barn. Der kan opstå psykiske komplikationer f.eks. i form af identitetsproblemer for børn, der må konfronteres med den viden, at deres genetiske mor aldrig blev født.

Derudover er det en udbredt fornemmelse, at anerkendelsen og anvendelsen af en sådan teknik vil påvirke det kulturelle klima på en uønsket måde idet aborterede fostre kan gå hen og blive betragtet som en art ægbanker, klar til at blive anvendt til behandling.

Det Ethiske Råd er ligeledes imod at transplantation af æggestokke tages i anvendelse som behandlingsmulighed for ufrivillig barnløshed. Denne stillingtagen begrundes med at denne behandlingsform forekommer at være en for teknificeret form for forplantning. For en del af rådets medlemmer begrundes den desuden med, at der findes gode alternativer til en sådan behandling, f.eks. netop i form af ægdonation og reagensglasbefrugtning.

6.5.2 Nye modningsteknikker

Som omtalt i kapitel 3 er en række nye teknikker til udvikling af reagensglasmetoden ved at være klar til at blive taget i brug. Teknikkerne går ud på at udtage umodne kønsceller fra mænd og kvinder og foretage modningen udenfor kroppen, således at den nu anvendte hormonstimulation kan undgås, og derefter foretage befrugtning ved brug af mikroinseminationsmetoden og reagensglasbefrugtning.

Det Ethiske Råd ønsker i forbindelse hermed at understrege betydningen af, at nye behandlingsmetoder skal igennem den etablerede godkendelsesprocedure inden de tages i anvendelse.

Derudover finder Det Ethiske Råd ikke anledning til i denne redegørelse at fremkomme med sin endelige opfattelse af disse teknikker, ud over den der gælder reagensglasbefrugtning og mikroinsemination i almindelighed.

Rådet mener, at en bevarelse af den indførte godkendelsesprocedure for nye teknikker må anses for meget væsentlig.

6.5.3 Kloning med henblik på kunstig befrugtning

Det Ethiske Råd anbefaler at kloning af befrugtede æg med henblik på fremstilling af genetisk identiske individer forbydes.

For nogle af rådets medlemmer ligger dette standpunkt i forlængelse af en generel modstand imod anvendelsen af reagensglasmetoden.

Rådet begrundes desuden standpunktet med, at det dels er et vigtigt element i den kristent-humanistiske kulturarv, at hver enkelt individ er unikt. Et sådant princip forulempes ifølge disse medlemmer af en teknik, der tager sigte på at "kopiere" det befrugtede æg. Dels frygter mange, at en anerkendelse og anvendelse af kloningsteknikken vil udgøre et skridt ud på en glidebane, der kan føre til, at der i højere grad fremstilles genetisk identiske mennesker.

For et mindretal i rådet (Jørgen Husted) er der ud fra en etisk betragtning ikke noget galt ved, at kloningsteknikken, hvis den ud fra lægelige kriterier betragtes som acceptabel, anvendes til fremstilling af "sikkerhedskopier" i forbindelse med kunstig befrugtning, således at par, der har meget få befrugtede æg gives større mulighed for at opnå graviditet. Dette mindretal lægger vægt på, at der ved denne anvendelse af kloningsteknikken ikke sker en krænkelse af individets ret til en unik genetisk identitet.

6.6 Hvem skal have adgang til barnløshedsbehandling?

Som det fremgår af kapitel 4 opererer en del af de offentlige klinikker med et sæt af kriterier for, hvem der kan få adgang til barnløshedsbehandling. Det Ethiske Råd finder derfor anledning til at diskutere spørgsmålet om, hvorvidt alle skal have adgang til behandling for ufrivillig barnløshed, eller om man bør indføre bestemmelser om, hvem der skal have en sådan adgang i den lovgivning for området, der lægges op til.

Det Ethiske Råd har i den forbindelse drøftet spørgsmålet om den forskel, der eksisterer mellem betingelserne for at adoptere et barn og betingelserne for at få barnløshedsbehandling. Denne forskel berører såvel forudsætningerne for at kunne få adgang til henholdsvis adoption og barnløshedsbehandling som de økonomiske implikationer. Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at der bør ske en tilnærmelse mellem de to regelsæt, men da adoptionslovgivningen for tiden er genstand for udvalgsarbejde, har man afholdt sig fra at gå nærmere ind i spørgsmålet.

Det Ethiske Råd mener, at der er gode grunde til at opretholde en øvre vejledende aldersgrænse for adgang til kunstig befrugtning. Rådet finder ingen grund til at ændre på den nuværende praksis, hvor kvinder som hovedregel kun kan tilbydes behandling op til 45 år (jvf. kap. 4 ovenfor), men rådet er dog af den opfattelse, at individuelle hensyn i enkelte tilfælde kan begrunde tilsidesættelse af denne vejledende grænse.

Rådet begrundet denne stillingtagen med hensynet til barnets tarv. Det er i barnets interesse at vokse op under de bedst mulige betingelser, og det indebærer ifølge rådets opfattelse, at barnet har størst mulig sandsynlighed for at have sine forældre i live i hvert fald indtil ungdomsårene. Under drøftelserne i rådet er der peget på, at denne begrundelse også taler for, at man bør overveje, om der burde være en aldersgrænse for mænd, således som det kendes fra adoptionsområdet.

Hvad angår spørgsmålet om, hvorvidt enlige kvinder og kvinder, der lever i lesbiske parforhold, skal have adgang til kunstig befrugtning, mener 9 medlemmer i rådet (Barbara Gram, Jørgen Husted, Lene Koch, Jens Ole Nielsen, Linda Nielsen, Lars Nordskov Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) principielt ud fra en lighedsbetragtning, at det, i den udstrækning de forskellige teknikker i øvrigt tillades, er urimeligt at forholde enlige og lesbiske muligheden for at få børn ved hjælp af kunstig befrugtning. Disse medlemmer mener således ikke, at der skal udstedes lovforbud imod kunstig befrugtning til enlige og lesbiske kvinder. Disse medlemmer henholder sig her dels til, at der ikke er grund til at tvivle på, at disse kvinder vil kunne være gode forældre og formå at skabe et godt og trygt hjem for det barn, der skal vokse op, dels til, at et forbud kan betyde, at disse kvinder bliver overladt til et uoverskueligt og sundhedsfarligt "gråt marked", hvis de vil have børn.

For nogle af disse medlemmer er det tillige af stor betydning, at det fastslås, at såfremt behandlinger tilbydes, bør de tilbydes alle, forudsat der ikke er medicinske grunde til at tvivle på muligheden for gode resultater. Disse medlemmer mener derfor ikke at enlige kvinder og kvinder, der lever i lesbiske parforhold, må diskrimineres med hensyn til adgang til barnløshedsbehandling.

8 medlemmer (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Søren Holm, Ellen Kappelgaard, Ebba Lund, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard) mener ikke, at der skal være en sådan adgang.

For så vidt angår de enlige kvinder, ønsker disse medlemmer en lovfæstelse af gældende praksis på de offentlige fertilitetsklinikker, hvor der stilles krav om, at man for at få adgang til barnløshedsbehandling skal leve i et fast parforhold af mindst 3 års varighed. Med hensyn til spørgsmålet om adgang til behandling for kvinder i lesbiske forhold, ønsker disse medlemmer, at der tillige bør stilles krav om, at parforholdet består mellem en mand og en kvinde. Disse medlemmer mener desuden man bør overveje en lovfastsættelse af disse kriterier, således at der kommer til at gælde det samme for private som for offentlige klinikker.

Disse medlemmer begrundet dette standpunkt med, at det alt andet lige må skønnes at være bedst for barnet at vokse op med både en mor og en far. Det kan give barnet

problemer under opvæksten og evt. senere at vokse op uden en far, og derfor bør man af hensyn til barnet sørge for, at det kun i begrænset omfang finder sted.

Særligt for så vidt angår lesbiske er det disse medlemmers opfattelse, at de lighedsbetragtninger og de humane hensyn, som ligger til grund for de senere års samfundsmæssige bestræbelser på at undgå urimelig diskrimination af homofile ikke i enhver henseende tilsiger ligestilling.

Disse medlemmer er opmærksomme på, at mange enlige og lesbiske kvinder, der får børn, formentlig vil kunne udfylde forælderrollen på udmærket måde, men finder, at en regel må baseres på en generel vurdering, som derfor kan komme til at virke firkantet.

6.7 Bør kunstig befrugtning tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen?

Spørgsmålet om, hvorvidt barnløshedsbehandling fortsat skal tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, bør ses i sammenhæng med en bredere diskussion af, hvordan opgaverne prioriteres inden for sundhedsvæsenet, og hvilke kriterier der kan lægges til grund for en sådan prioritering. Det Ethiske Råd skal derfor indledningsvis henvise til denne bredere debat og til det debatskabende og udredende arbejde, rådet har undervejs.

Ikke desto mindre optræder spørgsmålet om, hvorvidt barnløshedsbehandling bør være en offentlig ydelse ofte i debatten om kunstig befrugtning, og Det Ethiske Råd finder sig derfor foranlediget til i denne redegørelse at markere en foreløbig stillingtagen til dette spørgsmål.

Et flertal i Det Ethiske Råd (Niels Henrik Arendt, Asger Baunsbak-Jensen, Else Marie Bukdahl, Barbara Gram, Søren Holm, Jørgen Husted, Ellen Kappelgaard, Ebba Lund, Jens Ole Nielsen, Lars Nordkov Nielsen, Linda Nielsen, Sigurd Olesen, Mikael Rørth, Marianne Wangsted) mener, at barnløshedsbehandling, i den udstrækning den er tilladt, bør tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Det betyder dog ikke, at man dermed har taget stilling til spørgsmålet om, hvordan barnløshedsbehandling bør prioriteres blandt de opgaver sundhedsvæsenet skal påtage sig.

Flertallet vil gerne markere en afstandtagen fra den foreliggende tilbøjelighed til at antage, at spørgsmålet om, hvorvidt forskellige former for behandling skal tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, kan afgøres med henvisning til, om der er tale om en sygdom eller ej. Denne type afgørelser kan ikke afgøres med henvisning til en bestemt - uundgåeligt stærkt kontroversiel - definition af, hvad der kan betegnes som sygdom. Allerede på nuværende tidspunkt behandler man i sundhedsvæsenet en række tilstande, der vanskeligt kan betragtes som sygdomme. Flertallet ønsker derfor at understrege, at det finder spørgsmålet om, hvorvidt man kan betragte barnløshed som en sygdom eller ej, irrelevant i forhold til diskussionen om, hvorvidt disse former for behandling skal tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen. Afgørende er, at der er tale om alvorlige menneskelige belastninger, der kan og kun kan behandles i sundhedsvæsenets institutioner.

Flertallet begrundet først og fremmest sin holdning med udgangspunkt i hjælpemotivet og lighedsbegrebet. Der lægges vægt på, at man, hvis man tager barnløshedsbehandlingen ud af det offentligt finansierede sundhedsvæsen, bryder med det lighedsprincip, der ellers gælder på sundhedsområdet, og som betyder at alle mennesker skal sikres lige adgang til de behandlinger, der tilbydes i sundhedsvæsenet. Hvis barnløshedsbehandlingen overlades til private klinikker, hvor behandling med reagensglasmetoden eksempelvis koster i størrelsesordenen 20-25.000 kr. pr behandling, betyder det, at nogle grupper i befolkningen bliver udelukket fra denne type behandling, fordi de ikke har sådanne beløb

til deres disposition.

Dertil kommer, at barnløshedsbehandling repræsenterer en relativt beskedne post på det samlede sundhedsbudget. Man vil derfor kun kunne opnå stærkt begrænsede besparelser ved at tage denne behandling ud af det offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Flertallet er tillige bekymret over, om det vil være muligt at yde tilstrækkelig kontrol med den kunstige befrugtning, hvis den overlades til private klinikker på kommerciel basis.

Et mindretal (Lene Koch, Inga Steiner Sørensen, Jørn Vestergaard) mener ikke, barnløshedsbehandling skal tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Disse medlemmer er af den opfattelse, at det er uønskeligt, at vi som samfund ved at tilbyde reagensglasbefrugtning og dermed forbundne teknikker på de offentlige sygehuse udsender det signal, at disse behandlingsformer er etisk og kulturelt set acceptable.

Disse medlemmer mener endvidere helt generelt, at man kan stille spørgsmålstejn ved, om det kan betragtes som lægens henholdsvis sundhedsvæsenets opgave at skaffe børn til de lidende barnløse. I dag begrundes rimeligheden af at tilbyde behandling for barnløshed ofte med henvisning til lægens og samfundets pligt til at hjælpe den lidende. Spørgsmålet er dog, om barnløshedens lidelse ikke snarere må betragtes som værende af psykosocial art. Ud fra denne betragtning kan det naturligvis med henvisning til det etiske princip om næstekærlighed være rimeligt, at samfundet stiller psykologisk eller psykiatrisk bistand til rådighed for at afhjælpe lidelsen.

Spørgsmålet er, om denne pligt til at hjælpe omfatter pligten til at opfylde det ønske, den lidende søger opfyldt. Altså om samfundet har pligt til netop at skaffe den barnløse barn. Det menneske, der søger lægehjælp i fortvivlelse over ikke at have fundet optagelse på den uddannelsesinstitution, hun ønskede, bliver sjældent tilbudt en sådan plads i terapeutisk øjemed. Den arbejdsløse mor, der ikke fik sit barn på daginstitution, bliver næppe tilbudt en plads, hvis

hun klager sin nød til det offentlige. Og den arbejdsløse, der efter utallige ansøgninger måtte se sig udstødt fra arbejdsmarkedet, hjælpes kun sjældent af samfundet til at få ønsket om fast arbejde opfyldt. Hvis fortvivlelsen er alvorlig og socialt og helbredsmæssigt truende, ydes måske psykologisk bistand for at hjælpe personen til at acceptere de vilkår, der er blevet hendes. Der er ikke tradition for, at samfundet opfatter det som sin opgave at skaffe de afviste ind på eftertragtede uddannelsespladser, eller rationerede institutions- og arbejdspladser, og således kan der argumenteres for, at det ikke er samfundets opgave at skaffe de barnløse børn.

Mange mennesker lider, som de barnløse, af en biologisk betinget tilstand, der for den enkelte medfører et fra normerne afvigende liv og livsperspektiv. Det gælder f.eks. mentale evner eller arbejdsevne, der kan føre til forringede chancer for den uddannelse, det arbejde eller den indkomst, den enkelte ønsker sig. Og det gælder barnløshed. I et samfund som vort, står det den enkelte frit for at søge at kompensere for denne situation ved at søge assistance til afhjælpning af situationen, men mindretallet finder ikke, i analogi med disse situationer, at kunstig befrugtning kan betragtes som en offentlig opgave.

I det moderne samfund opfattes barnløshed af mange som et stort problem. Men det kan næppe betragtes som et samfundsmæssigt problem, de begrænsede fælles ressourcer skal bidrage til at løse. Tværtimod er Vesteuropa blandt verdens tættest befolkede områder, og vi vælger - til trods for en problematisk alderspukkel - til stadighed at afvise unge og mindreårige flygtninge og indvandrere. Desuden findes der i den tredje verden, og nu

også i det tidligere Sovjetunionen og Østeuropa, voksende antal børn til adoption. Det er i langt højere grad en samfundsopgave, at man ud fra humanitære hensyn yder bistand til, at potentielle adoptivforældre støttes, også økonomisk, til at adoptere børn fra disse områder.

Endelig må det påpeges, at kloden i dag er truet af overbefolkning, med katastrofale økologiske følger. At den vestlige verden i denne situation skulle prioritere fremstilling af børn ved kunstig befrugtning med henvisning til næstekærlighedsbudet overfor de barnløse forekommer etisk set ikke overbevisende. Tværtimod må næstekærlighedsbudet først og fremmest gælde de børn, der allerede er sat i verden. Det må derfor også ud fra disse overvejelser afvises, at kunstig befrugtning er en samfundsopgave.

7. Resumé af rådets anbefalinger

Det Ethiske Råd konstaterer:

at kunstig befrugtning i stigende grad anvendes i det danske samfund med det formål at hjælpe ufrivilligt barnløse til at få børn, men at nogle af de teknikker, der udvikles på området, kan give anledning til betænkeligheder.

Rådet anbefaler på den baggrund:

at der fra samfundets side satses på forskning i forebyggelse i vid forstand af barnløshed og i kurativ behandling, dvs. både kirurgiske indgreb og medicinske behandlinger, der tager sigte på at eliminere årsagen til barnløshed. Rådet mener i øvrigt, at sundhedsvidenskabelig forskning i og udvikling af kunstige befrugtningsteknikker rejser komplicerede problemer, som bør gøres til genstand for humanistisk/samfundsvidenskabelig forskning. De omtalte forskningsområder bør prioriteres højt i dansk national forskningsstrategi;

at den nuværende spredte regulering fordelt på lov, bekendtgørelse, cirkulærer og vejledninger samles i en fælles, mere overskuelig regulering, baseret på lovgivning, herunder bl.a. lovregler, der indebærer en lovfæstelse af den godkendelsesordning for nye behandlingsformer, der blev indført med Folketingets dagsorden af 25. januar 1994. Hensigten med en sådan lov er at sikre offentlig indsigt i og styring af dette væsentlige og sensitive område præget af forskellige værdimæssige holdninger, at sikre klare retningslinier for lægerne både af hensyn til de berørte personer: de barnløse og de kommende børn, og af hensyn til kollektive værdier;

at den foreslåede regulering skal omfatte bestemmelser, der sikrer øget individuel og nuanceret rådgivning om såvel de risici, der er forbundet med behandlingen, som alternativer til behandlingen (herunder adoption). Denne rådgivning bør forestås af både læger og ikke-læger, f.eks. psykologer og/eller socialrådgivere. Rådet ønsker i den forbindelse at understrege, at der i forbindelse med bevillingen af ressourcer til behandling af barnløse samtidig bør bevilges ressourcer til rådgivning.

Det Ethiske Råd anbefaler i øvrigt:

at insemination med partners sæd fortsat skal kunne foretages;

at nedfrysning af sæd fortsat skal kunne foretages;

at en række af de nye mulige teknikker forbydes i behandlingsøjemed, nemlig anvendelse af æg fra aborterede fostre, transplantation af æggestokke, kloning af befrugtede æg med

henblik på fødslen af genetisk identiske børn samt nedfrysning af ubefrugtede æg;

at rugemoderskab fortsat underlægges regulering, med henblik på at hindre kommercialisering o.l., og at forbud mod annoncering og formidling følgelig opretholdes;

at en regulering indeholder en vejledende aldersgrænse for, hvem der har adgang til barnløshedsbehandling - en aldersgrænse, der bør gælde for såvel offentlige som private klinikker;

at der sker en tilnærmelse mellem reglerne for adoption og reglerne for reagensglasbehandling med hensyn til forudsætninger og økonomi;

at kunstige befrugtningsteknikker skal baseres på videnskabelig forskning;

at der løbende foretages kvalitetssikring; samt

at reguleringen suppleres med øget offentlig information og debat.

Ved spørgsmålet om, hvorvidt kunstig befrugtning bør gøres til genstand for yderligere regulering, herunder forbudsbestemmelser, samt ved spørgsmålet om, hvorvidt kunstig befrugtning fortsat bør være et tilbud i det offentligt finansierede sundhedsvæsen, er der forskellige opfattelser i Det Ethiske Råd, således, at:

Der er et flertal på 11 medlemmer for fortsat at tillade behandling med reagensglasmetoden.

Der er et mindretal på 6 medlemmer imod.

Der er et flertal på 9 medlemmer for at forbyde nedfrysning af befrugtede æg.

Et mindretal på 8 medlemmer mener fortsat at nedfrysning skal være tilladt og ser gerne, at der indføres en dispensationsmulighed for den gældende tidsgrænse på 1 år.

Der er et flertal på 10 medlemmer for fortsat at tillade behandling med mikroinseminationsteknikken, dog således at denne behandling alene anvendes som led i kliniske forsøg.

Et mindretal på 7 medlemmer er imod enhver anvendelse af mikroinseminationsteknikken.

Der er et flertal på 15 medlemmer for, at kunstig befrugtning med donorsæd fortsat skal være tilladt.

Et mindretal på 2 medlemmer mener, at kunstig befrugtning med donorsæd skal være forbudt.

Der er et flertal på 10 medlemmer for at forbyde donation af ubefrugtede æg.

Et mindretal på 7 medlemmer mener, at donation af ubefrugtede æg fortsat skal være tilladt, og ser gerne, at muligheden for at donere æg udvides, således at også kvinder, der ikke selv er i reagensglasbehandling, kan donere æg.

Der er et flertal på 12 medlemmer for fortsat at forbyde donation af befrugtede æg og andre tilfælde af "ægdonation", hvor hverken den sociale mor eller sociale far er genetisk mor/far.

Et mindretal på 5 medlemmer går ind for en ophævelse af dette forbud, således at også par, hvor både manden og kvinden er infertile, kan få behandling.

Der er et flertal på 14 medlemmer for på visse betingelser at ophæve donoranonymiteten ved æg- og sæddonation for fremtidige donorer.

Et mindretal på 3 medlemmer mener, man skal fastholde den gældende praksis, hvor donation foregår anonymt.

Der er et flertal på 9 medlemmer, som mener, at der ikke bør stilles krav om heteroseksuelt parforhold som forudsætning for adgang til barnløshedsbehandling.

Et mindretal på 8 medlemmer anbefaler, at der stilles et sådant krav.

Der er et flertal på 14 medlemmer for, at kunstig befrugtning, i det omfang det iøvrigt tillades, fortsat bør tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen.

Et mindretal på 3 medlemmer mener ikke at kunstig befrugtning bør tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen.

Det Ethiske Råd er af den opfattelse, at det, hvis den foreslåede regulering viser sig ikke at fungere på en hensigtsmæssig måde, må overvejes at indføre en egentlig autorisationsordning af fertilitetsklinikkerne.

Debatten på dette område må forventes at fortsætte endnu i mange år. Tiden har vist, at der hele tiden dukker nye teknikker, sociale konsekvenser og etiske dilemmaer op. Disse forhold må til stadighed debatteres. Kun herved kan det sikres, at behandlingsmulighederne og (især) de tilknyttede teknikker ikke får utilsigtede, uheldige etiske eller sociale konsekvenser.

Regulering kan dog aldrig erstatte det individuelle ansvar, og information og erfaringsudveksling må i overensstemmelse hermed fortsætte. Det vil derfor være anbefalelsesværdigt at lade de etiske problemstillinger få en mere fremtrædende plads i uddannelsessystemet. Den enkeltes ansvar udgør hjørnestenen i demokratiet og vore kulturelle værdier. Lovgivning er med andre ord velbegrundet, men langt fra tilstrækkelig.

Noter

1. Tidligere relevante arbejder fra rådet har været redegørelsen "Beskyttelse af menneskelige kønsceller, befrugtede æg, fosteranlæg og fostre" fra 1989, debatoplægget Kunstig befrugtning og forskning på menneskelige kønsceller og befrugtede æg fra 1989 samt det juridiske responsum Reagensglasbørn og anden form for kunstig befrugtning fra 1989.
2. Lov nr. 503 af 24. juni 1992 om et videnskabsetisk komité system og behandling af biomedicinske forskningsprojekter (i det følgende kaldet forsøgsloven).
3. Carlsen, E., A.J. Giwercman, N. Keiding og N.E. Skakkebæk. 1993. Faldende sædkvalitet fra 1930 til 1991. Ugeskrift for læger vol. 155, no. 33.
4. Greenhall, E. and M. Vessey. 1990. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. Fertility and Sterility 54: 978-83.

Page, H. 1989. Estimation of prevalence and incidence of infertility in a population: a pilot study. *Fertility and Sterility* 51: 571-7.

Schmidt L., K. Münster & P. Helm. In press. Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative study population. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Sundby, J. & J.E. Dahl. In press. Is the frequency of infertility increasing? *Journal of Clinical Epidemiology*.

5. Greenhall, E. and M. Vessey. 1990. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. *Fertility and Sterility* 54: 978-83.

Noack, T. og Tstby. 1984. Barnløshet - savn eller ønske? Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Rachootin, P. & J. Olsen. 1982. Prevalence and socioeconomic correlates of subfecundity and spontaneous abortion in Denmark. *International Journal of Epidemiology* 11: 254-9.

6. Greenhall, E. and M. Vessey. 1990. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. *Fertility and Sterility* 54: 978-83.

Rachootin, P. & J. Olsen. 1982. Prevalence and socioeconomic correlates of subfecundity and spontaneous abortion in Denmark. *International Journal of Epidemiology* 11: 254-9.

7. Cates, W. et al. 1985. International comparisons. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? *The Lancet* september 14.

8. I forbindelse med behandling af barnløshed diskuteres ofte, hvorvidt barnløshed er en sygdom eller snarere en social tilstand, og det kan der næppe gives noget entydigt svar på. Imidlertid er infertilitet opført på WHO's liste over International Statistical Classification of Diseases and related health problems (på dansk Sundhedsstyrelsen. 1993. Klassifikation af sygdomme. 10. revision. København: Munksgaard).

9. Rasmussen, P.E. 1995. Fertilitetsfremmende indgreb på tubae uterinae. *Ugeskrift for læger* 157: 4346-9.

10. Sundhedsstyrelsens officielle tal foreligger endnu ikke, men oplysningerne er baseret på: rsrapport 1994. Fertilitetsklinikken, amtssygehuset i Herlev. rsrapport 1994. Fertilitetsklinikken, Odense Universitetshospital. rsrapport 1994. Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet.

11. Bergh, C., B. Josefsson, L. Nilsson & L. Hamberger. 1995. The success rate in a swedish in-vitro fertilization unit: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 74: 446-450.

12. Golombok, S., R. Cook, A. Bish et al. 1995. Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development* 66: 285-98.

Weaver, S.M., E. Clifford, A.G. Gordon et al. 1993. A follow-up study of 'successful' IVF/GIFT couples: Social-emotional well-being and adjustment to parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 14: 5-16.

13. Amuzu, B., R. Laxova & S.S. Shapiro. 1990. Pregnancy outcome, health of children and family adjustment after donorinsemination. *Obstetrics and gynaecology* 75: 899-905.

14. Möller, A & K. Fällström. 1991. Psychological consequences of infertility: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and gynaecology* 12: 277-45.
15. Möller, A. 1985. Psykologiska aspekter på infertilitet. Göteborgs Universitet. Göteborg: Psykologiska Institutionen.
16. Van Steirteghem, A. et al. 1995. Intracytoplasmic sperm injection. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* vol. 12 no. 3.
17. Bonduelle, M. et al. 1995. Follow-up study of children born after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction* vol. 10, july.
18. Kilde: Professor Torben Greve, Den Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole.
19. Vilsbøll, T., L. Helmsøe-Zinck & A. Nyboe Andersen. 1994. Intrauterin insemination med donorsæd - behandling af ufrivillig barnløshed på grund af mandlig infertilitet. *Ugeskrift for læger* vol. 156, no. 34.
20. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 650 af 22. juni 1992, som ændret ved bekendtgørelse nr. 852 af 28. oktober 1993, nu afløst af bekendtgørelse nr. 392 af 17. maj 1994.
21. Lægelovens § 17, og om strafansvar § 18.
22. Centralstyrelsesloven § 12, stk. 2 og § 14 samt Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 631 af 5. juli 1994 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn § 14.
23. Centralstyrelsesloven § 14, jfr. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 631 af 5. juli 1994 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn § 14.
24. Der henvises til Lars Nordskov Nielsen og Nell Rasmussen. 1991. Privathospitaler - offentlige hospitaler. En sammenligning af nogle retlige forhold, s. 36 ff, Det Ethiske Råd, samt erstatningsreglerne i Patientforsikringsloven.
25. Sundhedsministeriets skrivelse af 16. november 1993: "Regeringens initiativer til regulering af forplantningsteknologien".
26. Sundhedsstyrelsens cirkulære af 22. december 1993 om indberetning af IVF-behandling mv.
27. Enkeltpersoner kan indbringe klager for Menneskerettighedsdomstolen, mens denne mulighed ikke er tilstede i forbindelse med Børnekonventionen. For en nærmere diskussion af disse spørgsmål om Børnekonventionen henvises til Det Danske Center for Menneskerettigheder, 1993, Lov og Ret om Børn, med henvisninger .
28. Forslag til Konvention om beskyttelse af menneskerettigheder og menneskelig værdighed i forbindelse med anvendelse af biologi og lægevidenskab: Bioetikkonventionen, Strasbourg juli 1994.
29. Lægelovens § 6, stk. 2 og 3 og Sundhedsstyrelsens cirkulære af 22. september 1992 om information og samtykke - lægers pligt og patienters ret.
30. Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. december 1993 om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling s. 2 (vedr. cirkulærets § 3).

31. Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. december 1993 om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling s. 2.

32. De udenlandske reguleringer er gengivet på baggrund af oversigt Forplantningsteknologi - fremmed ret af Linda Nielsen (upubliceret). Den norske lovgivning er fra 1994 (Lov nr. 56 af 5. august 1994 om medisinsk bruk av bioteknologi), den svenske lovgivning fra 1988 (Lov nr. 711 fra juni 1988 om befruktning utanför kroppen) og 1984 (Lov nr. 1140 af 20. december 1984 om insemination), den tyske fra 1990 ("Embryonenschutzgesetz" fra 13. december 1990), den engelske fra 1990 (The Human Fertilization and Embryology Act), den franske fra 1994 (Lov nr. 94/654 af 29. juli 1994) og den østrigske fra 1992 (Lov nr. 275 af 14. maj 1992). I Canada findes ingen lovgivning, men der er udfærdiget en betænkning: Law Reform Commission of Canada 1992. Medical assisted procreation. Working paper 65: Proceed with care 1993. I Italien findes ingen lovgivning eller formel regulering af kunstig befrugtning, og i USA fastlægges retstilstanden ofte på case to case basis.

33. Sundhedsministerens redegørelse om etiske problemer i forbindelse med forplantningsteknologien, 1992 s. 4.

34. Odense Universitetshospital, fertilitetsklinikken, rhus Kommunehospital, gynækologisk-obstetrisk afdeling, Københavns Amts Sygehus i Herlev, gynækologisk-obstetrisk afd. Rigshospitalet, København, føde- og gynækologisk afd. og fertilitetsklinikken.

35. Lars G. Westergaard, Per Emil Rasmussen m.fl., 1994: Indikationer for in vitro fertilisering (IVF) på de offentlige fertilitetsklinikker. Ugeskrift for Læger 28. marts, p. 1970.

36. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 392 af 17. maj 1994 om nedfrysning og donation af menneskelige æg.

37. I Notat om udvidelse af fristen for nedfrysning af menneskelige æg i forbindelse med IVF-behandling fra 1 til 2 år af 9. december 1994.

38. Jfr. endvidere ovenfor afsnit 3.1.4 om indberetningspligt for sædbanker.

39. Statens Medicinsk-etiske Råd, 19.4.1995. Assisterad befruktning - synspunkter på visse frågor i samband med befruktning utanför kroppen s. 43

40. Jfr. bemærkningerne til lovforslagets □ 13 stk. 5 (lovens □ 14, stk. 5) (s.15).

41. Dommen er kommenteret af advokat Claus Juul Hansen. 1995. IVF-behandling - reagensglasbørn og surrogatmoderskab, Ugeskrift for Retsvæsen 1995 s. 313.

42. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 392 af 17. maj 1994 om nedfrysning og donation af menneskelige æg □ 8 og 9.

43. Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling 1993.

44. Statens Medicinsk-Etiske Råd, 19.4.1995. Assisterad befruktning - synspunkter på visse frågor i samband med befruktning utanför kroppen s. 33.

45. De etiske regler for behandling af uønsket barnløshed ved kunstig insemination og in vitro fertilisering, 1986.

46. Teknologinævnet. 1993/94. Barnløshed. Slutdokument og ekspertoplæg fra konsensuskonferencen 29. oktober - 1. november 1993 på Christiansborg arr. af Teknologinævnet i samarbejde med Folketingets Forskningsudvalg og Det Ethiske Råd. Teknologinævnets rapporter 1993/94, side 133 (Bilag 1).

47. Komit en vedrørende Barnets Rettigheder, hvis opgave er at tilse at Konventionen om Barnets Rettigheder overholdes af deltagerstaterne, udtalte i januar 1995, at der muligvis er uoverensstemmelse mellem de danske regler om, at æg- og sæddonation har fuld anonymitet og artikel 7 og 8 i konventionen, jfr. artikel af juridisk konsulent Eva Caspersen, 1995 Børnekonventionen og dens efterlevelse i Danmark, Juristen nr. 6, s. 275.

48. Sundhedsministeriets, 1992 Behandling af ufrivillig barnløshed, rapport fra en arbejdsgruppe.

49. Forsøgsloven § 14, stk. 6, jfr. bekendtgørelse 1994 § 11.

50. Bekendtgørelse nr. 649 af 18. september 1990 om forældremyndighed og samværsret.

51. Adoptionslovens § 33.

52. Se i det hele forsøgsloven § 14, stk. 5 og Sundhedsministeriets arbejdsgruppes rapport 1992 2. 57 og 67.

53. Rugemoderskab i kombination med reagensglasbehandling behandles i den i note 41 omtalte artikel af advokat Claus Juul Hansen. I artiklen konkluderes det, at det ud fra lovmotiverne bag forsøgsloven står klart, at lovgiver næppe har haft intentioner om at lovgive så liberalt, som tilfældet er blevet.

54. Lov nr. 402 af 13. juni 1990 om ligsyn, obduktion og transplantation mv. § 13 og 14. Væv og andet biologisk materiale kan udtages. Ved biologisk materiale forstås organer og vævsvæsker. Herunder hører f.eks. hud, knoglemarv, hornhinder, blodkar og organer som nyre, hjerte, lever, tarm, lunge og øje.

55. I henhold til forsøgsloven.

56. Statens Medicinsk-Etiske Råd, 19.4.1995. Assisterad befrugtning - synspunkter på visse frågor i samband med befrugtning utanför kroppen s. 57 ff.

57. Sundhedsministeriets bekendtgørelse 1994 § 8.

58. I henhold til forsøgsloven.

59. Af en arbejdsgruppe nedsat af Sosial- og helsedepartementet 2. september 1993, jvf. NOU 1994:22 s. 11, 36.

60. Statens Medicinsk-Etiske Råd 19.4.1995. Assisterad befrugtning - synspunkter på visse frågor i samband med befrugtning utanför kroppen, s. 39.

61. I henhold til forsøgsloven.

62. Forsøgsloven § 15, nr. 1.

63. For alders-, godkendelses- og procedurekrav mv. se adoptionslovens § 4, 4a og § 25 og 25b og adoptionsbekg. nr. 597 af 5.9.1986, som ændret ved bekendtgørelse nr. 783 af

- 14.12. 1988 □ 6 og 6a samt Finn Taksøe Jensen. 1995. Familieretten, s. 245ff.
64. Bekendtgørelse nr. 597 af 5. september 1986, som ændret ved bekendtgørelse nr 783 af 12. december 1988 (adoptionsbekendtgørelse) □ 6, stk. 1.
65. Notat af 10. april 1995 udarbejdet af Civilretsdirektoratets 1. kontor om Civilretsdirektoratets praksis i sager om oplysning om biologisk slægt.
66. Civilretsdirektoratet henviser til betænkning nr. 857/1978 om offentlighedslovens revision s. 129 og Kirkeministeriets cirkulære □ 28, stk. 1, nr. 2.3.afsnit.
67. Adoption og Samfund. 1995. Adoption i Danmark, s. 113ff samt Adoption af udenlandske børn og adoptionsformidling Betænkning IV fra Justitsministeriets adoptionsudvalg, betænkning nr. 1053, København 1985 s. 203 ff.
68. Statens Medicinsk-Etiske Råd, 19.4.1995. Assisterad befrugtning - synspunkter på visse frågor i samband med befrugtning utanför kroppen.
69. En undersøgelse publiceret i tidsskriftet Nordisk Sexologi i 1991 konkluderer på baggrund af 60 videnskabelige undersøgelser, at alt tyder på, at homoseksuelle mænd og kvinder udgør udmærkede forældre_ Ernulf, K.E. & S.M. Innala. 1991. Homosexuella män och lesbiska kvinnor som föräldrar. En sammanfattning av aktuell forskning. Nordisk Sexologi 9:65-74.
-

Litteraturliste til redegørelsens kapitel 5

- Byrne, Peter. 1988. The animation tradition in the light of contemporary philosophy. In The Status of The Human Embryo, eds. G.R. Dunstan and M.J. Seller. London: Kings Fund Publishing Office.
- Devine, Philip E. 1983. Abortion, contraception, infanticide. Philosophy 58:513-20.
- Dworkin, Ronald. 1977. Taking Rights Seriously. London: Gerald Duckworth & Co.
- Dyson, Anthony & John Harris, eds. 1990. Experiments on Embryos. London: Routledge.
- Engelhardt, H. Tristram. 1986. The foundation of bioethics. New York: Oxford University Press.
- Fagot-Largeault, Anne. 1990. The notion of the potential human being. In Philosophical ethics in reproductive medicine, eds. D.R. Bromham, M. Dalton, J.C. Jackson. Manchester: Manchester University Press.
- Glenn Lauritzen, Jørgen. 1987. Etiske aspekter af behandling af barnløshed. In Medicinsk etik, eds. Andersen m.fl. København: FADLs forlag.
- Habermas, Jürgen. 1990. Moral Consciousness and Communicative Action. Cambridge MA: Polity Press.
- Hare, Richard M. 1993. Essays on Bioethics. Oxford: Clarendon Press.
- Holm, Søren. 1986. Hvem afgør liv og død - De etiske problemer ved prænatal diagnostik. København: Scandinavia.

Holm, Søren. 1989. The peacable pluralistic society and the question of persons. *Journal of Medicine and Philosophy* 13:379-86.

Holm, Søren. 1990. The mother-child relationship: A tradition recalled. *Ethics and Medicine* 6:32-34.

Holm, Søren. 1994. Tju, bang og ikke så meget føleri.... *Ugeskrift for Læger* 56:1008-9.

Holtug, Nils & Klemens Kappel. Barnets tarv - om etik og reproduktionsteknologi. *Philosophia* årg. 23 1-2.

Kemp, Peter. 1991. *Det Uerstattelige*. København: Spektrum.

Kappel, Klemens. 1993. Autonomi. In *Anvendt Etik*, eds. Holtug & Kappel. København: NNF.

Koch, Lene. 1991. Hvad skal vi med reagensglasbefrugtning. *Social Kritik* nr. 16.

Kuhse, Helga & Peter Singer. 1985. *Should the baby live?* Oxford: Oxford University Press.

Kuhse, Helga. 1995. New reproductive Technologies: ethical conflict and the problem of consensus. *Monash Bioethics Review* vol 14 no. 1, january.

Kymlicka, Will. 1993. Moral philosophy and public policy: The case of new reproductive technologies. *Bioethics* vol 7 no.1.

MacIntyre, Alasdair. 1984. *After Virtue* (2.ed.). Notre Dame University Press.

MacIntyre, Alasdair. 1988. *Whose Justice? Which Rationality?* London: Gerald Duckworth & Co.

Marquis, Don. 1989. Why abortion is immoral. *The Journal of Philosophy* 86:182-202.

Nussbaum, Martha C. 1986. *The Fragility of Goodness*. New York: Cambridge University Press.

Nussbaum, Martha C. 1990. *Love's Knowledge*. New York: Oxford University Press.

Quinn, Warren. 1984. Abortion: Identity and Loss. *Philosophy & Public Affairs* 13:24-54.

Singer, Peter & Wells, Diane. 1984. *The Reproduction Revolution*. Oxford: Oxford University Press.

Stanworth, Michelle ed. 1987. *Reproductive Technologies - gender, motherhood & medicine*. Cambridge: Blackwell.

Statens Medicinsk-Etiska Råd 1995-04-19: Assisterad befruktning. Synspunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen.

Statens Medicinsk-Etiska Råd: Etiska vägmarken 4: Det svårfångade människovärdet - et debattskrift. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Taylor, Charles. 1991. *The Ethics of Authenticity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Tooley, Michael. 1985. Abortion and Infanticide. Oxford: Oxford University Press.

Wulff, Henrik R.: 1995. Den samaritanske pligt. København: Munksgaard.

| [Til forside](#) |
