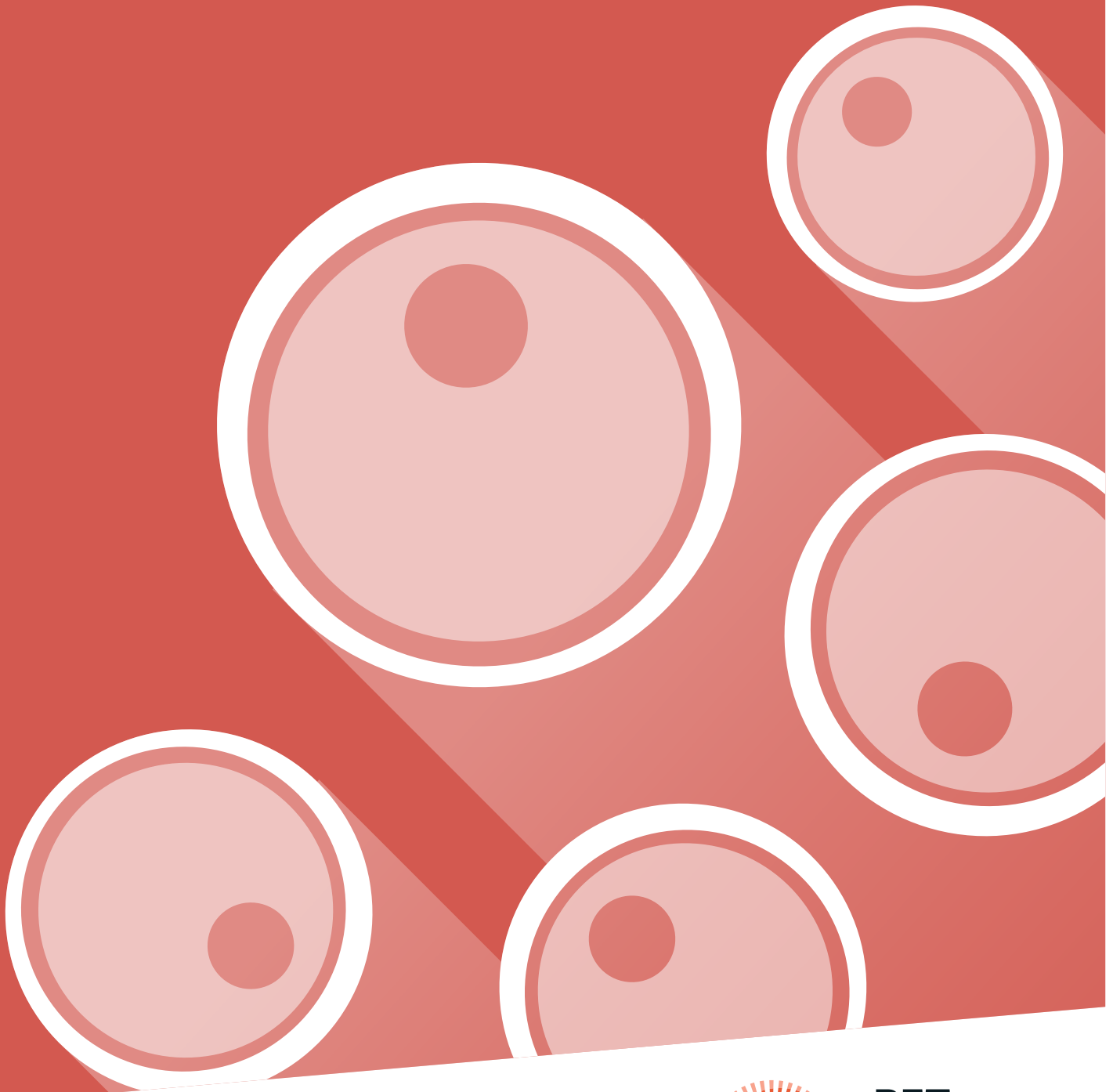


Udtalelse om opbevaring af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller



**DET
ETISKE
RÅD**

Indhold

Udtalelse om opbevaring af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller / 3

Rådets anbefalinger / 4

Den medicinske baggrund / 6

Den juridiske baggrund / 10

Etiske aspekter / 12

5 overordnede perspektiver / 12

Et autonomibaseret perspektiv / 13

Et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv / 14

Et individorienteret konsekvensetisk perspektiv / 16

Et fællesskabsorienteret konsekvensetisk perspektiv / 17

Et religiøst konservativt perspektiv / 20

Det Etske Råds udtalelse om opbevaring af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller

© Det Etske Råd 2020
ISBN: 978-87-92915-25-2

www.etiskraad.dk
twitter.com/etiskraad



**DET
ETISKE
RÅD**

Udtalelse om opbevaring af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller

På opfordring fra Sundheds- og Ældreministeren har Det Ethiske Råd besluttet at udarbejde denne udtalelse om opbevaring af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. Ministerens henvendelse udspringer bl.a. af et borgerforslag om at udvide opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller til 46 år, som er aldersgrænsen for, hvornår en kvinde må modtage reproduktiv assistance. Som lovgivningen er nu, kan befrugtede æg og ubefrugtede ægceller opbevares i op til fem år, hvorefter de skal destrueres. I tilfælde af alvorlig sygdom kan opbevaringstiden dog forlænges ud over fem år, så længe kvinden ikke er fyldt 46 år.

I forbindelse med behandlingen af spørgsmålet om en eventuel udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, har rådet diskuteret en række tæt beslægtede problemstillinger vedrørende assisteret reproduktion. Det drejer sig bl.a. om den omtalte aldersgrænse på 46 år for at modtage reproduktiv assistance samt den markante forskel på, hvad man ifølge lov om assisteret reproduktion må gøre med henholdsvis æg og sædceller. Rådet tager ikke direkte stilling til disse forhold i udtalelsen, men gør opmærksom på, at de efter rådets mening gør det relevant at underkaste lov om assisteret reproduktion et nærmere eftersyn, særligt set i lyset af de ændringer i familie- og kønsopfattelsen, som finder sted i disse år.

Udtalelsen består af fire dele. Først præsenteres rådets anbefalinger. Derefter beskrives den medicinske baggrund for nedfrysning af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. Som det tredje beskrives den relevante lovgivning kort, og til sidst kortlægges problemstillingens etiske aspekter. Da den eksisterende lovgivning ikke gør forskel på befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, og man med lige så god ret kan hævde, at befrugtede æg og ubefrugtede ægceller i udgangspunktet bør behandles ens, som at de bør behandles forskelligt, behandles de sammen i denne udtalelse. I både det medicinske og det etiske afsnit gøres der dog løbende opmærksom på en række forskelle på befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, som for nogen kan være relevante for den endelige stillingtagen til spørgsmålet.

Det Ethiske Råd ønsker at takke følgende personer for at have stillet deres viden til rådighed i forbindelse med arbejdet: Anja Bisgaard Pinborg, dr.med., professor i reproduktionsmedicin, Rigshospitalet; Janne Rothmar Herrmann, professor mso, Det Juridiske Fakultet på Københavns Universitet; og Thomas Søbirk Petersen, professor i etik på Roskilde Universitet.

Rådets anbefalinger

I det følgende fremlægges rådets anbefalinger. Sammen med de relevante kendsgerninger har de forskellige etiske perspektiver og hensyn, som udfoldes i udtalelsen, dannet udgangspunkt for de enkelte medlemmers stillingtagen. Medlemmerne har taget alle hensynene med i deres overvejelser, men idet de har tillagt de enkelte hensyn forskellig vægt og betydning, har det givet anledning til forskellige anbefalinger.

Et flertal af rådets medlemmer (Anne-Marie Axø Gerdes, Søren Møller, Lise Müller, Henrik Nannestad Jørgensen, Mia Amalie Holstein, Jakob Giehm Mikkelsen, Bolette Marie Kjær Jørgensen, Merete Nordentoft, Knud Kristensen, Christian Gamborg, Berit Andersen, Grethe Christensen, Leif Vestergaard Pedersen, Rune Engelbreth Larsen og Eske Willerslev) anbefaler, at opbevaringstiden for befrugtede æg såvel som ubefrugtede ægceller udvides til den til enhver tid gældende aldersgrænse for at modtage reproduktiv assistance. Med den nuværende aldersgrænse på 46 år vil det altså sige, at det anbefales, at såvel befrugtede æg som ubefrugtede ægceller kan opbevares, indtil kvinden er fyldt 46 år.

Til grund for deres anbefaling har medlemmerne især lagt vægt på tre hensyn. For det første har de lagt vægt på hensynet til personens selvbestemmelse. Grundsynspunktet er her, at det i udgangspunktet bør være op til personen selv at bestemme, hvor lang tid denne ønsker at opbevare sine befrugtede æg eller ubefrugtede ægceller.

For det andet har de lagt vægt på et hensyn til ligestilling. Grundsynspunktet er her, at mænd og kvinder i udgangspunktet bør stilles lige, hvad angår råderetten over deres kønsceller, og da der ikke er nogen øvre grænse for, hvor lang tid sædceller kan nedfryses, taler det for at udvide opbevaringstiden for ubefrugtede ægceller.

Endelig har rådsmedlemmerne lagt vægt på de positive konsekvenser, som en udvidelse af opbevaringstiden må forventes at føre til for de involverede parter. Efter deres mening peger den eksisterende viden således på, at der ikke er væsentlige risici forbundet med at opbevare befrugtede æg eller ubefrugtede ægceller i længere tid. Og da en udvidet opbevaringstid ikke blot vil spare nogle for det ubehag, som kan være forbundet med hormonstimulation og ægudtagning, men også må forventes at føre til fødslen af børn, som ellers ikke ville være blevet til, taler det ifølge rådsmedlemmerne for en udvidelse af opbevaringstiden.

Selv om de tilslutter sig den beskrevne anbefaling, ønsker tre rådsmedlemmer (Lise Müller, Bolette Marie Kjær Jørgensen og Henrik Nannestad Jørgensen), at give udtryk for en vis bekymring i forhold til, at en udvidelse af opbevaringstiden for både befrugtede æg og ubefrugtede ægceller til det fyldte 46. år åbner op for nedfrysning af især

ubefrugtede ægceller på ikke-medicinsk indikation (såkaldt 'social nedfrysning'), hvilket den hidtidige grænse på fem år i praksis har begrænset.

Rådsmedlemmerne er især bekymrede for, hvordan det vil kunne påvirke kvinders stilling på arbejdsmarkedet og udviklingen af tilbud, som gør det let at være børnefamilie (Lise Müller og Henrik Nannestad Jørgensen) samt den generelle indstilling til det at få børn (Bolette Marie Kjær Jørgensen og Henrik Nannestad Jørgensen). De er bevidste om, at tal fra fx Storbritannien, hvor det i længere tid har været muligt at nedfryse ubefrugtede ægceller på ikke-medicinsk indikation, ikke tyder på, at fænomenet vil blive særlig udbredt. Af de angivne grunde finder de det dog vigtigt at følge udviklingen tæt, og anbefaler derfor, at en udvidelse af opbevaringstiden ledsages af en særskilt registrering af antallet af nedfrosne ubefrugtede ægceller i Sundhedsdatastyrelsens årlige rapport om assisteret reproduktion.

Et mindretal af rådsmedlemmerne (Mette Reissmann og Morten Bangsgaard) anbefaler, at befrugtede og ubefrugtede æg bør kunne opbevares i 10 år, med mulighed for forlængelse i tilfælde af alvorlig sygdom, så længe aldersgrænsen på 46 år ikke overskrides.

Rådsmedlemmerne har i forbindelse med deres anbefaling særlig lagt vægt på hensynet til et forsigtighedsprincip. De anerkender, at selvbestemmelse og ligestilling har stor værdi, men mener også, at man må udvise særlig forsigtighed i forbindelse med indgreb, som potentielt kan påvirke menneskets arveanlæg. De er bevidste om, at meget tyder på, at der ikke er nogen særlig risici forbundet med selve opbevaringsperioden. Da der ikke foreligger mange studier af de mulige senfølger i forbindelse med nedfrysning af især ubefrugtede ægceller og befrugtede æg, som har været nedfrosset i lang tid, mener de dog, at grænsen for både befrugtede æg og ubefrugtede ægceller af forsigtighedshensyn bør være 10 år. De er af den overbevisning, at en udvidelse til 10 år vil imødekomme de fleste, og for dem, som måtte være nødsaget til at udsætte en evt. brug af æggene inden for de 10 år på grund af alvorlig sygdom, vil muligheden for dispensation gøre, at de ikke behøver at destruere æggene efter 10 år.

Hvad enten de anbefaler en opbevaringstid på 10 år eller til det fyldte 46. år, er alle rådsmedlemmer opmærksomme på, at der er tale om en betydelig udvidelse af den nuværende opbevaringstid på fem år, og at en sådan udvidelse rejser et spørgsmål om, i hvilken grad de nye opbevaringsmuligheder bør tilbydes i offentlig regi eller overlades til det private marked. I denne udtalelse har rådet dog bevidst valgt ikke at tage stilling til dette spørgsmål. Som rådet ser det, bør det overlades til den almindelige politiske prioritering, som fx også ligger bag, at der i dag ikke tilbydes reproduktiv assistance i det offentlige sundhedsvæsen, hvis kvinden er fyldt 41 år, selv om loven tillader reproduktiv assistance indtil kvinden er fyldt 46 år.

Alle rådsmedlemmer finder det desuden afgørende, at en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller ikke står alene, men ledsages af initiativer, som dels sikrer, at alle borgere i den reproduktive alder er fuldt oplyste om fertilitetens afhængighed af alder og livsstil, og dels at infertilitet så vidt muligt forebygges. Endelig finder alle rådsmedlemmer det også væsentligt, at en udvidelse af opbevaringstiden følges op af undersøgelser, som kan bekræfte, at der rent faktisk ikke er betydelige senfølger forbundet med en sådan udvidelse.

Den medicinske baggrund

Nedfrysningen af befrugtede æg (embryoner) og ubefrugtede ægceller (oocytter) skal ses i sammenhæng med fænomenet assisteret reproduktion, som dækker over ethvert forsøg på at etablere graviditet på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand. En af de mest basale former for assisteret reproduktion er *insemination*, hvor friske eller optøede sædceller med et lille plastikkateter føres op i toppen af livmoderen, hvorfra de så kan bevæge sig ud i æggelederne og eventuelt befrugte en ægcelle. En anden udbredt form for assisteret reproduktion er såkaldt *reagensglasbefrugtning* (IVF, in vitro fertilization), hvor selve befrugtningen af ægget ikke finder sted i æggelederen, men i et 'reagensglas' (i virkeligheden en petriskål) uden for kroppen. Der findes overordnet set to forskellige former for reagensglasbefrugtning. Dels 'almindelig' IVF, hvor ægcellerne befrugtes ved at tilsætte cirka 100.000 sædceller til hver ægcelle, og dels såkaldt mikroinsemination (ICSI, Intra Cytoplasmatic Sperm Injection), hvor en enkelt sædcelle indføres direkte i ægcellen. Uanset hvilken metode, som benyttes, lægger man efterfølgende et befrugtet æg op i livmoderen, hvor det i gunstigt fald vil føre til et levedygtigt foster. Ligesom ved insemination er det ved IVF muligt at bruge såvel friske som optøede sædceller. Samtidig er det også muligt at bruge såvel friske som optøede æg, og det er af den grund, at både ubefrugtede ægceller og befrugtede æg nogle gange nedfryses.

Hvad enten æggene skal bruges umiddelbart eller nedfryses i befrugtet eller ubefrugtet tilstand, stimuleres æggestokkene som regel med hormoner i kortere eller længere tid alt afhængigt af metoden. Ægblærerne (folliklerne) er den lille sø af væske som omkranser ægcellerne i æggestokkene og som kan ses med ultralyd. Ægblærerens udvikling følges derefter ved hjælp af ultralydsskanning, og når der er tilstrækkeligt mange modne ægblærer, gives der ca. 36 timer før selve ægudtagningen en injektion (ægløsende sprøjte) for at fremme ægløsningen. Ægudtagningen foregår ved, at man gennem skeden under vejledning af transvaginal ultralydsskanning fører en kanyle op i æggestokkene, hvorfra man kan suge væsken ud af ægblærerne. I denne væske identificerer man så de ubefrugtede æg i et mikroskop. Man udtager typisk 8-10 ubefrugtede æg per behandling. Efter udtagningen kan man enten fryse de ubefrugtede æg, eller man kan befrugte dem og dyrke det befrugtede æg (embryon) nogle dage i en såkaldt inkubator (varmeskab), hvorefter det resulterende embryon enten kan lægges op i livmoderen eller nedfryses. Nedfrysning af de ubefrugtede æg sker kun i forbindelse med fertilitetsbevaring og altså ikke ved almindelig IVF-behandling.

Selve nedfrysningen kan foregå på to måder. Enten kan æggene nedfryses langsomt med en såkaldt 'slow freeze' teknik, som kan tage op til et par timer. Denne teknik er ikke særlig god til nedfrysning af ubefrugtede æg. Eller også kan de nedfryses ultrahurtigt med en såkaldt vitrifikations-teknik, hvor nedfrysningen sker så godt som øjeblikkeligt. Vitrifikation kan anvendes både til ubefrugtede og befrugtede æg og er den metode, som hyppigst anvendes i dag pga. meget høj effektivitet dvs. høje overlevelsesserater på de æg som nedfryses og tøs igen. Uanset hvilken metode, som anvendes, nedfryses æg-

cellerne til -196 grader, hvor alle biologiske processer går i stå. Ud over hastigheden er den primære forskel på de to metoder koncentrationen af de såkaldte kryoprotektanter, som tilsættes for at forhindre, at æggene ødelægges af iskrystaller i forbindelse med nedfrysningen.

I forbindelse med hormonstimuleringen og selve udtagningen af ægcellerne, kan der være forbundet en vis risiko. I visse tilfælde kan tilførslen af hormoner således føre til ovarie hyperstimulationssyndrom (OHSS), hvor ovarierne bliver forstørrede, og man kan opleve mavesmerter, kvalme, opkast og diarré. I svære tilfælde kan der også være tale om en betydelig vægtforøgelse som følge af væskeophobning i bughulen, ligesom blodpropper kan forekomme.

Ud over risikoen for OHSS er der også risiko for at opleve en vis smerte og ubehag i forbindelse med hormonbehandlingen og selve ægudtagningen. Da det er muligt at lokalbedøve, vil smerten ved selve udtagningen for de fleste dog være begrænset.

Hvad angår risici for de befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, er det så vidt vides primært selve nedfrysningen og optøningen, som kan forårsage skader, mens selve opbevaringstiden ikke synes at spille en rolle. Da det på nuværende tidspunkt er begrænset, hvor mange, der har gjort brug af befrugtede æg eller ubefrugtede ægceller, efter at de har været frosset ned i lang tid, er det dog også begrænset, hvor stor viden man har om opbevaringstidens eventuelle betydning. I en lille, kinesisk undersøgelse af befrugtede æg, som ved optøningen havde været nedfrosset i mere end 12 år, var konklusionen dog, at de godt kunne bruges, idet en del af dem førte til fuldførte graviditeter.¹ Der synes imidlertid ikke at foreligge viden om eventuelle senfølger for undersøgelsens børn. Det gør der til gengæld for børn, der er bragt til verden med befrugtede æg, som har været nedfrosset i kortere tid. Ifølge en dansk undersøgelse fra 2013 er der således færre komplikationer ved nyfødte, hvor IVF-behandlingen har benyttet optøede, befrugtede æg, end hvor den har benyttet friske, befrugtede æg, selv om der i begge tilfælde er flere komplikationer end ved naturlige fødsler.² Samtidig har en dansk undersøgelse dokumenteret, at børn, der er født ved IVF-behandling med optøede, befrugtede æg, klarer sig lige så godt ved afgangseksamen, som børn født ved IVF-behandling med friske, befrugtede æg.³ Hvis man ser afgangseksamen som et mål for (kognitive) senfølger, synes der altså ikke at være nogen forskel på, om man bruger optøede eller friske befrugtede æg.

Da muligheden for at nedfryse ubefrugtede ægceller med succes er relativ ny, foreligger der ikke viden om eventuelle senfølger for børn født ved IVF med optøede ubefrugtede ægceller.⁴ Der eksisterer dog både viden om teknikkens effektivitet og om eventuelle komplikationer på kort sigt. Da The American Society for Reproductive Medicine i 2012

-
- 1 Yuan et al. (2019): What was the fate of human embryos following long-term cryopreservation (>12 years) and frozen embryo transfer? *Human Reproduction*, Vol. 34, No. 1 pp. 52-55.
 - 2 Wennerholm et al. (2013): Prenatal outcomes of children born after frozen-thawed embryo transfer: a Nordic cohort study from the CoNARTaS group. *Human Reproduction*, Vol. 28, No. 9 pp.2545-2553.
 - 3 Spangmose et al. (2019): Academic performance in adolescents aged 15-16 years born after frozen embryo transfer compared with fresh embryo transfer: a nationwide registry-based cohort study. *BJOG*, 126: 261-269.
 - 4 Anderson et al. (2020): Elective Egg Freezing for Non-Medical Reasons. *Scientific Impact Paper No. 63. BJOG*, 127: e113-e121.

besluttede, at nedfrysning af ubefrugtede ægceller ikke længere skulle betragtes som en eksperimentel teknik, var det således på baggrund af, at en omfattende gennemgang af den eksisterende litteratur konkluderede, at det var lige så effektivt at bruge optøede, ubefrugtede ægceller som friske ægceller, og at der ikke var nogen forskel på medfødte misdannelser hos børn født med optøede ubefrugtede ægceller og friske ægceller.⁵ Fordi det først i nyere tid er blevet muligt at nedfryse og optø ubefrugtede ægceller med succes, virker der ikke til at foreligge viden om, hvorvidt selve opbevaringstiden har en betydning, men ligesom med de befrugtede æg formodes det ikke at være tilfældet.

Nedfrysningen af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller med henblik på eventuel IVF-behandling kan ske på både medicinsk og ikke-medicinsk indikation. Ved den medicinske indikation er det infertilitet/nedsat frugtbarhed (som sygdom), der er anledning til nedfrysningen, mens det ved den ikke-medicinske indikation er andre forhold, som ligger bag nedfrysningen.

Mange forskellige medicinske forhold kan give anledning til nedfrysning. Et udbredt scenarie er, hvor et par ikke har kunnet opnå graviditet ad naturlig vej. Hvis æggelederne er lukkede, behandles med almindelig IVF-behandling, mens man ved meget lav sædkvalitet behandler med mikroinsemination, hvor man udvælger en egnet sædcelle og injicerer i hver af de ubefrugtede æg. Nogle af æggene befrugtes og ét vil blive sat tilbage i livmoderen 2-5 dage efter ægudtagningen. Da man imidlertid ikke på forhånd kan vide, hvilke befrugtede æg, der vil udvikle sig på ønskværdig vis, befrugter man alle de æg, som udtages, og hvis flere befrugtes og udvikler sig rigtigt, fryses de overskydende æg ned. De overskydende nedfrosne befrugtede æg kan så bruges i den næste behandling, hvis det opsatte æg ikke fører til graviditet, eller hvis man ønsker at blive gravid igen på et senere tidspunkt.

Medicinske forhold kan også give anledning til at fryse ubefrugtede ægceller ned. Et typisk scenarie vil her være en kvinde, som på grund af en kræftsygdom kan se frem til et behandlingsforløb med fx kemoterapi eller stråling, hvor der er fare for, at ægcellerne vil tage skade på en sådan måde, at hun bliver infertil. Hvis situationen ikke er akut og sygdommen tillader det, kan man i en sådan situation igangsætte hormonbehandling med henblik på at modne en række ægceller, som man så kan tage ud og fryse ned. Hvis kvinden har adgang til sædceller (via en partner eller en donor), som hun ved, hun vil bruge til at få et barn, kan man fryse et befrugtet æg ned. Men hvis hun ikke har adgang til en sådan form for sæd, kan man også fryse den ubefrugtede ægcelle ned, så kvinden stadig vil have mulighed for at blive gravid med sine egne ægceller, når sygdommen er overstået, og hun har fundet en egnet partner eller donor.

Ligesom der kan være mange medicinske forhold, som giver anledning til at fryse æg ned, kan der også være mange ikke-medicinske forhold, som giver anledning til det. Overordnet set er den ikke-medicinske nedfrysning motiveret af et ønske om at sikre en vis fertilitet på et senere tidspunkt, hvor ens fertilitet ellers ville være reduceret ad naturlig vej. En kvindes fertilitet falder statistisk set allerede fra det 30. år og kraftigt efter det 35. år. Dette skyldes både et fald i æggenes antal og i deres kvalitet (bl.a. pga.

5 ASRM Practice Committees (2013): Mature oocyte cryopreservation: a guideline. *Fertility and Sterility*. Vol 99: 37-43.

kromosomfejl). Man kan altså bevare sin fertilitet i længere tid ved at fryse æg ned i en yngre alder, så man kan bruge dem på et senere tidspunkt.⁶ Det kan fx være, at man fryser æg ned, når kvinden er 25 år, som så fx kan bruges, når hun bliver 35 eller 40 år. Selvom den overordnede motivation (fertilitetsbevaring) altid vil være den samme, kan der som sagt være mange forskellige ikke-medicinske forhold, som giver anledning til at fryse æg ned. Det kan fx skyldes, at det ikke passer ind i en kvindes (og hendes eventuelle partners) livsplaner at få børn på det tidspunkt, hvor der biologisk set er størst sandsynlighed for at få det. Det kan også være, at kvinden ikke har fundet den rette partner at få børn med, og derfor vil vente og se, om det ikke skulle være muligt at møde denne på et senere tidspunkt. I princippet kan man nedfryse såvel befrugtede æg som ubefrugtede ægceller af ikke-medicinske årsager. Således vil et par, som ikke ønsker et barn nu og her, men ved, at de gerne vil have et barn sammen engang i fremtiden, hvor kvindens fertilitet højst sandsynligt vil være reduceret, kunne nedfryse et *befrugtet* æg af ikke-medicinske årsager, mens en enlig kvinde vil kunne nedfryse en *ubefrugtet* ægcelle af samme årsag.

Hvad angår optøning af befrugtede æg blev der ifølge de seneste tal fra Sundhedsdatastyrelsen i 2018 påbegyndt 6.780 behandlinger, som førte til 6.285 ægoplægninger, idet nogle æg ved optøning viste sig ikke at kunne bruges.⁷ Behandlingerne fordeler sig på henholdsvis udenlandske og danske kvinder. Af de 6.780 påbegyndte behandlinger, vedrørte de 5.774 således danske kvinder og førte til 4.596 ægoplægninger. Disse ægoplægninger forventedes at resultere i 1.715 fødsler og 1.788 fødte børn, idet succesraten for oplagte æg er 37,3 %, og 2,4 % af fødslerne forventedes at være flerfold. Da der var omkring 61.000 fødsler i både 2018 og 2019, vil det sige, at ca. 2,8 % af fødslerne fandt sted som følge af optøning af befrugtede æg. Ud over de omtalte behandlinger, blev 948 optøninger af befrugtede æg også foretaget i forbindelse med ægdonation, hvilket førte til 917 ægoplægninger. Her vedrørte 523 af behandlingerne danske kvinder og resulterede i 512 ægoplægninger, som forventedes at føre til 177 fødsler og 180 fødte børn. Der synes ikke at foreligge danske tal for, hvor mange ubefrugtede ægceller, der er blevet optøet og lagt op, men nedfrysning af ubefrugtede ægceller foregår langt sjældnere.

6 Cimadomo et al. (2018): Impact of Maternal Age on Oocyte and Embryo Competence. *Frontiers in Endocrinology*, Vol. 9, Article 327.

7 Sundhedsdatastyrelsen (2020): Assisteret reproduktion 2018. IVF-registeret – Tal og Analyse.

Den juridiske baggrund

Nedfrysning af befrugtede og ubefrugtede æg reguleres af Lov om assisteret reproduktion, som regulerer en række forhold vedrørende assisteret reproduktion.⁸ For eksempel fastslår loven, at assisteret reproduktion ikke må finde sted, hvis den kvinde, der skal føde barnet, er fyldt 46 år. Reguleringen af nedfrysning af æg beskrives i lovens kapitel 3 vedrørende ”salg, donation og opbevaring af menneskelige æg”, hvor det fastslås, at befrugtede æg og ubefrugtede menneskelige ægceller kan opbevares i op til fem år, hvorefter æggene skal destrueres. Udgangspunktet er altså, at nedfrosne befrugtede æg og ubefrugtede ægceller højst kan opbevares i fem år. Loven giver dog den ansvarlige læge mulighed for at forlænge opbevaringsperioden ud over fem år og indtil det tidspunkt, hvor kvinden er fyldt 46 år, hvis den enlige kvinde eller den ene part i et forhold lider af en alvorlig sygdom. Og som praksis er nu, gives der som udgangspunkt altid dispensation ved alvorlig sygdom.

Ud over at regulere opbevaringstiden for nedfrosne æg, regulerer kapitel 3 også en række andre aspekter vedrørende salg, donation og opbevaring af menneskelige æg. For det første slår kapitlet fast, at det ikke er tilladt at sælge, formidle salg eller på anden måde medvirke til salg af befrugtede æg eller ubefrugtede ægceller. Man må dog gerne donere ægceller.

For det andet slår kapitlet også fast, at assisteret reproduktion ikke må finde sted ved surrogatmoderskab. Det er altså forbudt at assistere en kvinde med at blive gravid, hvis der foreligger en aftale om, at barnet skal fødes til en anden person.

Endelig regulerer kapitlet også, hvad der skal ske, hvis kvinden eller dennes partner dør, eller samlivet ophører. Hvis kvinden dør eller parrets samliv ophører, skal den behandlende sundhedsperson således sikre, at de befrugtede æg destrueres. Og hvis manden dør, skal den behandlende sundhedsperson ligeledes sikre, at de befrugtede æg destrueres, medmindre der foreligger et skriftligt samtykke fra manden. Endelig skal sundhedspersonen også sikre, at ubefrugtede ægceller destrueres i tilfælde af kvindens død.

Mens lov om assisteret reproduktion fastlægger rammerne for assisteret reproduktion, er det faglige bedømmelser og politiske beslutninger, der afgør, hvilke behandlinger der tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen inden for denne ramme. Udgangspunktet er her, at en kvinde eller et par tilbydes fertilitetsudredning efter et års uhonoreret graviditetsønske, hvis kvinden er under 30-35 år, og der ikke er umiddelbart indlysende årsager til barnløsheden i sygehistorien. Hvis kvinden er over 35 år, kan der tilbydes fertilitetsudredning efter et halvt års uhonoreret graviditetsønske. Mens lov om assisteret reproduktion giver mulighed for at nedfryse æg på ikke-medicinsk indikation, tilbydes fertilitetsbehandling i offentlig regi altså kun på medicinsk indikation. Og mens loven tillader, at assisteret reproduktion kan finde sted indtil kvinden er fyldt 46 år, tilbydes fer-

⁸ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/902>

tiltetsbehandling på offentlige hospitalsklinikker kun til kvinder, der er henvist, inden de er fyldt 40 år, ligesom der ikke gives fertilitetsbehandling, efter kvinden er fyldt 41 år. Hvad angår IVF og evt. nedfrysning af æg gælder det desuden, at en sådan behandling kun må tilbydes, hvis en enlig kvinde ikke har barn i forvejen eller et par ikke har fælles børn. Hvis en enlig kvinde eller et par har nedfrosne æg tilovers efter endt behandling, kan det tilbydes at lægge æggene op med henblik på, at den enlige kvinde eller parret kan få flere børn. Der tilbydes dog højst op til tre behandlingsforsøg i offentligt regi.⁹ Hvis man ønsker flere behandlingsforsøg må det altså foregå i privat regi.

⁹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangskab-foedse/svangskabsforebyggelse/fertilitetsbehandling/>

Etiske aspekter

I dette afsnit beskrives de forskellige etiske hensyn, som er mest relevante i forbindelse med en diskussion af, om opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller bør ændres. Da der er tale om et emne, som Det Ethiske Råd har beskæftiget sig med lige siden sin oprettelse i 1987, vil der løbende henvises til rådets tidligere udtalelser og redegørelser, hvor særligt interesserede vil kunne finde uddybende forklaringer og perspektiver.

5 OVERORDNEDE PERSPEKTIVER

I en af rådets tidlige redegørelser om *Kunstig befrugtning* (fra 1995) præsenteres en oversigt over fem forskellige grundperspektiver i den offentlige debat vedrørende assisteret reproduktion, som i det følgende vil danne grundlag for præsentationen af de mest relevante etiske hensyn i forbindelse med en eventuel udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. De fem grundperspektiver er:

1. Et autonomibaseret perspektiv
2. Et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv
3. Et individorienteret konsekvens-etisk perspektiv
4. Et fællesskabsorienteret konsekvens-etisk perspektiv
5. Et religiøst konservativt perspektiv

Kort beskrevet lægger det autonomibaserede perspektiv primært vægt på individets selvbestemmelse, mens det humanistiske og 'samaritanske' perspektiv fokuserer på at hjælpe de svage og sårbare. Det individorienterede konsekvens-etiske perspektiv fokuserer på de gode og dårlige konsekvenser for de umiddelbart involverede parter (de barnløse og de kommende børn), mens det fællesskabsorienterede konsekvens-etiske perspektiv lægger vægt på konsekvenserne for fællesskabet og kulturen. Endelig lægger det religiøst konservative perspektiv vægt på det befrugtede ægs moralske status, samtidig med at det ofte vil betragte visse reproduktionsrelationer som mere naturlige end andre.

Når der tales om fem forskellige grundperspektiver, skal det ikke forstås sådan, at det autonomibaserede perspektiv *kun* lægger vægt på selvbestemmelse, eller at det humanistiske og 'samaritanske' perspektiv *kun* lægger vægt på at hjælpe svage og nødstedte. De enkelte perspektiver vil som regel tage højde for alle de relevante hensyn, men vil i deres afvejning oftest tillægge et bestemt hensyn afgørende betydning. Således vil det autonomibaserede perspektiv fx sagtens kunne anerkende, at bestemte personer i visse sammenhænge ikke er i stand til at bestemme selv, men fordi perspektivet lægger særlig vægt på selvbestemmelse, vil det være relativt tilbageholdende i forhold til at frakende personer retten til selvbestemmelse. Omvendt vil det humanistiske og 'samaritanske' perspektiv sagtens kunne anerkende værdien af selvbestemmelse (og måske endda være baseret på en idé om hjælp til selvbestemmelse), men fordi det lægger særlig vægt på at hjælpe og støtte de svage, vil det være mere åbent for at støtte tiltag, som tilsidesætter personers selvbestemmelse for deres eget bedste. Særligt for det humani-

stiske og 'samaritanske' og det religiøst konservative perspektiv vil man måske endda kunne sige, at betegnelserne er lidt misvisende, da det er fuldt ud muligt at være religiøs og konservativ uden at abonnere på den særlige version af et religiøst-konservativt perspektiv, som beskrives her, ligesom man vil kunne se sig selv som humanist eller kristen, uden at abonnere på det perspektiv, som de to traditioner her forbindes med.

Når de fem perspektiver i det følgende bruges til at skabe overblik over de forskellige etiske hensyn, som er særligt relevante i forbindelse med en eventuel udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, skal det altså ikke forstås sådan, at man fra et givet perspektiv kun vil lægge vægt på et bestemt hensyn, eller sådan, at et bestemt perspektiv har monopol på et givet hensyn. I stedet er der tale om en fremhævelse af *det* eller *de* hensyn, som må formodes at have en særlig, afgørende vægt fra det pågældende perspektiv. For hvert perspektiv vil det desuden blive fremhævet, hvorvidt perspektivet lægger op til at gøre forskel på befrugtede æg og ubefrugtede ægceller eller ej.

LÆS MERE

Du kan læse mere om de fem overordnede perspektiver i "Kunstig befrugtning – en redegørelse" (1995): etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret-reproduktion/Publikationer/1995-kunstig-befrugtning.pdf

Du kan også læse mere om rådets seneste udtalelser vedrørende befrugtede og ubefrugtede æg i følgende:

"Udtalelse om opbevaring og brug af ubefrugtede æg" (2015): etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret-reproduktion/Publikationer/2015-05-05-Udtalelse-om-opbevaring-og-brug-af-ubefrugtede-aeg.pdf

"Høringssvar på lov om kunstig befrugtning" (2013): etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret-reproduktion/Hoeringssvar/2013-09-02-lov-om-kunstig-befrugtning-og-lov-om-krav-og-sikkerhed.pdf

"Udtalelse om nedfrysning af befrugtede æg" (2003): etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Assisteret-reproduktion/Publikationer/2003-12-01-nedfrysning-ubefrugtede-aeg.pdf

Et autonomibaseret perspektiv

Set fra et autonomibaseret perspektiv vil det i udgangspunktet være op til de involverede parter selv at bestemme, hvor længe de vil opbevare befrugtede æg såvel som ubefrugtede ægceller. For at man kan tale om egentlig selvbestemmelse, skal parterne informeres sagligt og upartisk om alle de relevante forhold, fx sandsynligheden for at blive gravid og eventuelle risici. Men så længe de er informerede om disse forhold, er det op til dem selv at beslutte, hvor lang tid de ønsker at fryse befrugtede æg og ubefrugtede ægceller ned. Selv hvis der eksisterer forskellig viden om fx risici forbundet med opbevaring af henholdsvis befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, vil man fra et autonomibaseret perspektiv altså ikke se en grund til at behandle dem forskelligt, idet det

vil være op til æggenes ejere at bestemme, om forskellen bør give anledning til forskelsbehandling. Af samme grund vil man fra et autonomibaseret perspektiv nok også være skeptisk i forhold til at fastsætte en øvre grænse for opbevaringstiden på fx 10 år eller til kvinden er fyldt 46 år (og dermed ikke længere kan modtage assisteret reproduktion), idet det vil begrænse ejernes mulighed for selv at bestemme, hvor lang tid de ønsker at opbevare æggene.

Selv om et autonomibaseret perspektiv altså lægger op til videst mulig selvbestemmelse angående opbevaringen af såvel befrugtede æg som ubefrugtede ægceller, er det ikke ensbetydende med, at det automatisk vil mene, at det offentlige derfor aktivt skal tilbyde den enkelte en sådan mulighed. Når det er individet selv, som har besluttet sig for at opbevare sine æg, vil man nemlig også kunne argumentere for, at det selv skal sørge for at få dem opbevaret, og det vil måske især være tilfældet, når individet ikke ønsker at få dem opbevaret pga. sygdom, men som følge af personlige livsvalg.

Grundlaget for det autonomibaserede perspektiv er som sagt de involverede parter selvbestemmelse. I udgangspunktet vil det være den kvinde, hvis ægceller, der er tale om, såvel som den partner, der evt. har leveret sædceller. Men det autonomibaserede perspektiv rejser også et spørgsmål om, hvorvidt det giver mening at tale om det befrugtede æg eller den ubefrugtede ægcelles autonomi, og hvilken betydning den i givet fald bør tillægges. Det er klart, at det kan være svært – for ikke at sige umuligt – at tale om det endnu ikke eksisterende eller udviklede individs faktiske selvbestemmelse, da det endnu ikke kan træffe beslutninger. Men nogle vil argumentere for, at det stadig giver mening at formode, hvad det endnu ikke eksisterende eller fuldt udviklede individ ville have besluttet, hvis det havde været i stand til at træffe en beslutning, og at dette kan begrænse de andre parter ret til selvbestemmelse. Om det rent faktisk bør begrænse de andre parter ret til selvbestemmelse i forbindelse med nedfrysning af æg, vil dog afhænge af, hvad man nærmere formoder, at det endnu ikke eksisterende individ ville vælge. Hvis man fx formoder, at individet altid ville vælge at blive til snarere end ikke at blive til, er der fx ingen grund til at mene, at det ville protestere mod en langvarig nedfrysning med en eventuel risiko for senskader, så længe der er grund til at tro, at nedfrysningen øger chancerne for rent faktisk at blive til. Hvis man derimod formoder, at individet kun ville vælge at eksistere, hvis der kan forventes en bestemt livskvalitet, vil det omvendt kunne tale for at begrænse opbevaringstiden, hvis der er grund til at tro, at en lang opbevaringstid kan påvirke livskvaliteten negativt.

Et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv

Det 'samaritanske' perspektiv er som bekendt baseret på den kristne fortælling om den barmhjertige samaritaner og ideen om, at man har pligt til at hjælpe de svage og nødstedte. Den samme idé findes også i en ren sekulær, humanistisk version. I forbindelse med opbevaringen af befrugtede og ubefrugtede æg bliver de afgørende spørgsmål fra et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv derfor, hvem den svage part er, og hvordan man bedst hjælper denne. En mulighed er at betragte den eller de barnløse som den svage part, idet barnløsheden ofte vil give anledning til en følelse af magtesløshed og

dyb afhængighed af andres hjælp. Det er dog ikke entydigt, hvilken handling en sådan identifikation af den svage part i givet fald bør give anledning til.

På den ene side kan man argumentere for, at det bør føre til udstrakte bestræbelser på at hjælpe den eller de barnløse med at få børn på så let og smertefri vis som mulig. For så vidt som en forlængelse af opbevaringstiden for nedfrosne æg vil kunne spare parterne for de psykiske og fysiske smerte forbundet med fornyet hormonstimulation og udtagning af æg, vil det altså kunne tale for at forlænge opbevaringstiden. Om det så bør gælde for både befrugtede og ubefrugtede æg vil afhænge af, om man i begge tilfælde betragter ejerne som (lige) svage og udsatte. Her vil ét argument lyde, at det afgørende ikke så meget er, om der er tale om et befrugtet eller ubefrugtet æg, men om nedfrysningen skyldes medicinske årsager eller ej, idet sådanne årsager er udtryk for en mere fundamental magtesløshed, end hvis årsagen 'bare' er ikke-medicinsk. Omvendt vil man dog også kunne argumentere for, at magtesløsheden er lige så stor, hvad enten man fryser et befrugtet æg ned på grund af infertilitet eller man fryser en ubefrugtet ægcelle ned, fordi man ikke er lykkedes med at finde den rette partner. Selv hvis man vurderer, at spørgsmålet om medicinsk indikation gør en etisk forskel, tvinger det dog ikke nødvendigvis én til at støtte en differentieret lovgivning vedrørende opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, da det afgørende i så fald ikke er, om ægcellen er befrugtet eller ej, men om der nedfryses på medicinsk indikation eller ej. Man vil altså sagtens kunne argumentere for, at opbevaringstiden bør være den samme, så længe den kun gælder for medicinsk indiceret nedfrysning. Og selv hvis en forlænget opbevaringstid gælder for medicinsk såvel som ikke-medicinsk indikeret nedfrysning, vil man stadig kunne støtte et sådan forslag og mene, at der er en etisk relevant forskel, idet denne forskel vil kunne komme til udtryk gennem, hvilke behandlinger det offentlige sundhedsvæsen tilbyder.

På den ene side kan opfattelsen af den eller de barnløse som den svage part altså begrunde en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller med henvisning til, at det vil gøre det lettere og mere smertefrit for de barnløse at få børn. På den anden side kan opfattelsen af den eller de barnløse som den svage part dog også give anledning til en vis forsigtighed i forhold til at udvide opbevaringstiden. For så vidt som en udvidet opbevaringstid næppe kan undgå at understøtte, at æg opbevares i længere tid, rejser det nemlig et spørgsmål om, hvorvidt det nødvendigvis hjælper de barnløse at opbevare æg i længere tid.

Fra et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv kan én bekymring her være, at muligheden for at opbevare æg i længere tid kan skabe falske forventninger til, hvor sandsynligt det faktisk er at blive gravid med optøede æg. En sådan bekymring vil måske særligt gøre sig gældende i forhold til nedfrysningen af æg på ikke-medicinsk indikation, da den alt andet lige må forventes at foregå i privat regi, hvor reklamekampagner vil kunne spille en rolle. Hvor tungtvejende et sådant argument vil være, og om det bør føre til en egentlig forskel i den tilladte opbevaringstid for henholdsvis befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, vil dog afhænge af en konkret vurdering.

En anden bekymring, som fra et humanistisk og 'samaritansk' perspektiv kan give anledning til forsigtighed i forhold til at udvide opbevaringstiden, angår den tilgængelige

viden om eventuelle senfølger. For så vidt som der er betydelig forskel i den eksisterende viden om eventuelle senfølger i forbindelse med nedfrysning af henholdsvis befrugtede og ubefrugtede æg, vil det således kunne begrunde en forskel på den tilladt opbevaringstid af hensyn til den barnløse, ud fra en tanke om, at den bedste måde at hjælpe den sårbare og udsatte på, er at begrænse muligheden for at vælge en opbevaringsform, hvis risici det kan være svært at overskue i en sårbar og udsat position.

Ud over at betragte den eller de barnløse som den svage part, vil nogle også mene, at det er muligt at betragte det nedfrosne æg som en svag part, idet der her er tale om et potentielt menneske, som af gode grunde ikke har sin egen stemme. Da overvejelserne her vil være helt parallelle med dem, som er beskrevet ovenfor i forbindelse med autonomiperspektivet, skal de dog ikke uddybes her.

Et individorienteret konsekvensetisk perspektiv

Det kendetegnende for et individorienteret konsekvensetisk perspektiv er, at tiltag vurderes ud fra, om der er grund til at tro, at de vil forøge eller mindske den samlede livskvalitet for de umiddelbart involverede individer. I forbindelse med en eventuel udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, vil det altså være afgørende, om der er grund til at tro, at en udvidelse vil forøge den samlede livskvalitet dels for de barnløse og dels for det endnu ikke eksisterende individ. Det kan i sagens natur være svært at vurdere, hvilke konsekvenser, en eventuel udvidelse af opbevaringstiden vil have, og hvordan konsekvenserne mere præcist vil påvirke den samlede livskvalitet. Men set fra det individorienterede konsekvensetiske perspektiv vil det mest forsvarlige altså være at vælge den løsning, som der er grund til at tro vil øge den samlede livskvalitet mest. Da man næppe kan undgå at inddrage konsekvensbetragtninger, når man vurderer, hvad der vil hjælpe de svage og udsatte, vil der naturligt være et vist overlap mellem det humanistisk-'samaritanske' og det individorienterede konsekvensperspektiv.

Hvis en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller kan være med til at sikre, at personer, som har et meget stærkt ønske om at få børn, rent faktisk får flere børn, end de ellers vil få, på et tidspunkt, som passer dem godt, vil det fra et individorienteret konsekvensetisk perspektiv derfor tale for en udvidelse af opbevaringstiden. Og det samme vil det gøre, hvis en sådan udvidelse kan mindske afhængigheden af hormonstimulation og udtagning af æg mindst hvert femte år, og dermed gøre det lettere og mindre smertefyldt at få børn. Sådanne fordele skal selvfølgelig opvejes imod de eventuelle risici for både forældrene og det ufødte barn, som måtte være forbundet med en udvidelse af opbevaringstiden. Men hvis disse er ubetydelige eller klart opvejes af fordelene, vil de fra et individorienteret konsekvensetisk perspektiv ikke udgøre et vægtigt argument imod en udvidelse af opbevaringstiden. For så vidt som en udvidet opbevaringstid for både befrugtede æg og ubefrugtede ægceller kan være med til at øge den samlede livskvalitet for forældrene og de resulterende børn, vil den fra dette perspektiv altså være velbegrundet. Samtidig vil det være af mindre betydning, om nedfrysningen sker af medicinske eller ikke-medicinske årsager, da det afgørende ikke er nedfrysningens motiv, men dens konsekvenser for den samlede livskvalitet.

Om den maksimale opbevaringstid så skal være 10 år eller til kvinden er fyldt 46 år vil igen afhænge af en konsekvensberegning. Hvis det fx vurderes, at risici for senfølger er

minimale og at summen af nye, lykkelige forældre opvejer summen af skuffede barnløse, vil man fx kunne begrunde en grænse ved 46 år. I princippet vil man fra et individorienteret konsekvensetisk perspektiv også kunne argumentere for at hæve grænsen yderligere eller helt at ophæve både den og aldersgrænsen for assisteret reproduktion. Det anføres ganske vist ofte, at en hævning eller ophævelse af aldersgrænsen for assisteret reproduktion vil skade de resulterende børn, idet de vil få ældre forældre, som alt andet lige vil dø tidligere og dermed påføre børnene den smerte det er at miste en eller flere forældre i en ung alder. Men hvis man kan sandsynliggøre, at børnenes livskvalitet er tilstrækkelig god til, at det er bedre for dem at være blevet født med ældre forældre end slet ikke at være blevet født, samtidig med at man fx kan dokumentere, at ældre forældre alt andet lige er bedre forældre, kan det fra et individorienteret konsekvensetisk perspektiv tænkes at være tilstrækkeligt til at opveje tabet af en forælder i en ung alder, og dermed begrunde en hævning eller ophævelse af aldersgrænsen for såvel assisteret reproduktion som opbevaring af nedfrosne æg. Om det rent faktisk er det resultat, en konsekvensberegning vil føre til, vil dog igen afhænge af en konkret vurdering af de mange komplekse konsekvenser, som er involveret i sagen.

Et fællesskabsorienteret konsekvensetisk perspektiv

Mens det individorienterede konsekvensetiske perspektiv fokuserer på konsekvenserne for de umiddelbart involverede parter, fokuserer det fællesskabsorienterede konsekvensetiske perspektiv mere bredt på konsekvenserne for fællesskabet og kulturen. I stedet for at fokusere snævert på konsekvenserne for de umiddelbart involverede parter, vil fokuset i forbindelse med en konkret problemstilling som den eventuelle udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller altså snarere være på, hvilke konsekvenser en sådan udvidelse kan tænkes at få for kulturen og fællesskabet i al almindelighed. Hvis der hæfter sig en vis usikkerhed til konsekvensberegningerne i det individuelle tilfælde, gør det sig i sagens natur i endnu højere grad gældende, når der er tale om sådanne diffuse, systemiske konsekvenser, som ligger et godt stykke ude i fremtiden. Men selv om de kan være svære at beregne og dermed forholde sig konkret, kan man omvendt også argumentere for, at de faktisk er desto vigtigere at forholde sig til, da de er systemiske og dermed berører mange.

Instrumentalisering

Ifølge ét argument er der en risiko for, at en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller vil kunne bidrage til en normalisering af en såkaldt *instrumentel* indstilling til menneskelivet i al almindelighed. Tanken er her, at en hvilken som helst form for assisteret reproduktion er udtryk for en instrumentel tilgang til menneskelivet, idet den assisterede reproduktion behandler menneskelivet (eller dets tidlige forstadier) som en manipulerbar *ting* på linje med andre ting, snarere end som et væsen, der fortjener en særlig form for respekt og omsorg på grund af sin iboende værdighed. Og frygten er så, at denne instrumentelle måde at behandle menneskelivets tidlige stadier på vil smitte af på måden, mennesker forholder sig til hinanden på i al almindelighed. I forbindelse med nedfrysningen af befrugtede æg og ubefrugtede ægceller vil bekymringen altså være, at en sådan nedfrysning svarer til at behandle æggene som en ting, man kan nedfryse på linje med en pose ærter eller en kasse is, og frygten vil

være, at en udvidelse af mulighederne for en sådan nedfrysning vil kunne bidrage til en normalisering af en sådan instrumentel indstilling til menneskelivet i al almindelighed.

Mod et sådant argument vil man for det første kunne sætte spørgsmålstejn ved, om et befrugtet æg eller en ubefrugtet ægcelle virkelig er så lig et foster eller et fuldt udviklet menneske, at der er grund til at tro, at måden, man forholder sig til det ene på, vil smitte af på måden, man forholder sig til de andre på. For det andet vil man også kunne spørge, om de mange fysiske og psykiske prøvelser, som personer, der benytter sig af assisteret reproduktion, ofte er villige til at gå igennem, ikke rent faktisk er udtryk for, hvor meget de værdsætter menneskelivet som noget, der har værdi i sig selv, snarere end det omvendte.

Befolkningsstørrelse

En anden type af fællesskabsorienterede konsekvensetiske argumenter vedrører befolkningsstørrelsen nationalt såvel som globalt. Et argument for en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller vil her være, at der er grund til at tro, at en sådan udvidelse alt andet lige vil føre til, at der fødes flere børn, idet det vil gøre det muligt for nogle, som på grund af den begrænsede opbevaringstid i dag slet ikke får børn eller ikke får det antal børn, de ønsker, at gøre det i fremtiden. Og da den samlede fertilitet i Danmark på 1,7 levendefødte per kvinde ikke er i stand til at opretholde befolkningens størrelse uændret på længere sigt uden indvandring¹⁰, vil man kunne argumentere for, at det vil være godt at udvide opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller.

Omvendt vil man også kunne bruge befolkningsstørrelsen til at argumentere imod en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. Set i et klimaperspektiv vil man således kunne argumentere for, at der både nationalt og internationalt lever rigeligt med mennesker, hvis forbrug belaster klimaet for meget, og at der derfor ikke er nogen grund til at øge summen af klimabelastende individer ved at udvide opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller og dermed gøre det lettere at få børn.¹¹ Mod et sådant argument vil man så igen kunne spørge, hvorvidt det er fair på denne måde at lade de personer, som tilfældigvis er ramt af fx infertilitet, bære et særligt ansvar for hele den danske befolknings klimabelastende forbrug.

Ligestilling

En tredje type af fællesskabsorienterede konsekvensetiske argumenter vedrører diskrimination og lige muligheder. I forbindelse med en udvidelse af muligheden for at opbevare især ubefrugtede ægceller, lyder en bekymring, at det kan være med til at tvinge yngre kvinder til at fryse deres ubefrugtede æg ned og vente med at få børn, hvis de vil have succes i bestemte brancher.¹² Tanken er her, at konkurrencen simpelthen er så hård i visse brancher, at det for kvinder vil være så godt som umuligt at 'gøre karriere' og stige i graderne, medmindre de venter med at få børn til en sen alder. Og da nedfrysning

¹⁰ <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30330>; <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/foedsler/fertilitet>

¹¹ <https://www.dr.dk/nyheder/viden/klima/vil-du-hjaelpe-klimaet-faa-faerre-boern>

¹² <https://www.wired.com/2017/04/no-companies-shouldnt-pay-women-freeze-eggs/>

af ubefrugtede ægceller i en ung alder øger chancerne for at blive gravid i en sen alder betydeligt, vil kvinderne altså indirekte være tvunget til at fryse deres ubefrugtede ægceller ned i en ung alder, hvis de ønsker både at gøre karriere og få børn. Store selskaber som Apple, Google og Facebook har allerede gjort nedfrysning af ubefrugtede ægceller til et gode for visse medarbejdere, og mens nogle ser det som et udtryk for, hvor meget sådanne selskaber gør for at holde på værdsatte medarbejdere, ser andre det som en indirekte opfordring til kvinderne om at fryse deres ubefrugtede ægceller ned, hvis de vil have mulighed for at stige i graderne.¹³ Mens problemstillingen pt. nok mest er relevant i forhold til særligt konkurrenceprægede positioner, har nogle udtrykt bekymring for, at tendensen kan brede sig til større dele af samfundet, og dermed potentielt være med til at svække en mangeårig kamp for lige vilkår for kvinder på arbejdsmarkedet.

Imod et sådant argument kan man dels indvende, at der rent empirisk tilsyneladende ikke er meget som tyder på, at kvinder bruger ikke-medicinsk nedfrysning på grund af pres fra arbejdspladsen, snarere end fordi de ikke har fundet den rette partner.¹⁴ Samtidig kan man også argumentere for, at ikke-medicinsk nedfrysning rent faktisk er med til at styrke kvinders ligestilling, idet det gør det muligt for dem *både* at få børn *og* at forfølge karrierer, som de ellers ville være udelukket fra. Og selv hvis brugen af ikke-medicinsk nedfrysning svækker den generelle kamp for ligestilling, vil man fra et konsekvensetisk perspektiv kunne indvende, at det ikke nødvendigvis taler imod brugen af ikke-medicinsk nedfrysning, idet det kan tænkes, at den ekstra livskvalitet, som brugen sikrer de personer, der får opfyldt et dybtfølt ønske om at få børn, opvejer den nedsatte livskvalitet, som teknikken eventuelle svækkelse af den generelle kamp for ligestilling måtte give anledning til.

Ligestillingshensyn kan også tale for en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller på anden vis. Som den danske lovgivning vedrørende assisteret reproduktion er nu, er det i udgangspunktet som sagt ikke tilladt for en kvinde at fryse et befrugtet æg eller ubefrugtet ægceller ned i mere end fem år. Loven sætter dog ikke nogen begrænsninger på, hvor lang tid en mand må fryse sine sædceller ned, og for så vidt som der ikke er nogen særlig risiko forbundet med at opbevare befrugtede æg og ubefrugtede ægceller i mere end fem år, kan man argumentere for, at det er kønsdiskriminerende at have en grænse på fem år for ægceller, når der ikke er en grænse for sædceller.

At forskellen rent faktisk bunder i diskrimination vil nogle hævde underbygges af, at lovgivningen vedrørende assisteret reproduktion systematisk synes at gøre forskel på mænd/sædceller og kvinder/ægceller. Ud over opbevaringstiden gøres der således også forskel på mænd og kvinder i forhold til, hvad de ellers må gøre med deres kønsceller, og hvornår de må modtage reproduktiv assistance. Mens der ingen aldersgrænse er for, hvornår en mand må modtage reproduktiv assistance, slår loven som sagt fast, at assisteret reproduktion ikke må finde sted, hvis den kvinde, der skal føde barnet, er fyldt 46 år. Og mens en mand må sælge sin sæd, må en kvinde ikke sælge sine ægceller, men kun

13 <https://www.businessinsider.com/egg-freezing-at-facebook-apple-google-hot-new-perk-2017-9?r=US&IR=T>

14 Petersen, Thomas Søbirk (2020): "Arguments on thin ice: on non-medical egg freezing and individualization arguments", *Journal of Medical Ethics* 2020, 0: 1-5.

donere dem mod en kompensation på 7.000 kr. Endelig gælder der også forskellige regler for, hvad der skal ske med kønsceller efter henholdsvis en mands og en kvindes død. Hvad angår en befrugtet ægcelle skal den således destrueres ved kvindens død, mens der ved mandens død kan gøres en undtagelse, hvis der foreligger et skriftligt samtykke fra hans side. Og mens en kvindes ubefrugtede ægceller skal destrueres ved hendes død, kan en mand give skriftligt samtykke til, at hans ubrugte sædceller ikke destrueres efter hans død.¹⁵ Nogle vil nok argumentere for, at der ligger relevante biologiske forskelle bag lovgivningen, og at den til dels er konstrueret med henblik på at tage højde for de særlig problemstillinger, som knytter sig til muligheden for surrogatmoderskab, men for dem, som er overbevist om, at der er tale om en systematisk form for kønsdiskrimination udgør det et stærkt argument for, at en udvidelse af opbevaringstiden for befrugtede æg og ubefrugtede ægceller vil være et godt sted at begynde på det omfattende arbejde med at rette op på denne ulighed.

Et religiøst konservativt perspektiv

For den særlige version af et religiøst konservativt perspektiv, som ofte spiller en rolle i debatter om assisteret reproduktion, er udgangspunktet, at livet er helligt og begynder ved undfangelsen. Samtidig vil perspektivet ofte trække på en ide om, at bestemte former for reproduktion er mere naturlige end andre. Tanken vil her være, at det mest naturlige er, at et barn undfanges gennem samleje mellem en mand og en kvinde, som er gift, mens andre reproduktionsformer til sammenligning fremtræder unaturlige og kunstige, sådan som det fx kommer til udtryk i vendingen ”kunstig befrugtning”.

Da selve det at udøve assisteret reproduktion kan betragtes som unaturligt fra et sådan religiøst konservativt perspektiv, kan det begrunde en modstand mod en udvidelse af opbevaringstiden for både befrugtede æg og ubefrugtede ægceller, idet æggene nedfryses med henblik på eventuel assisteret reproduktion. Samtidig kan opfattelsen af, at menneskelivet er helligt og begynder ved undfangelsen give anledning til at gøre forskel på henholdsvis befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. For så er det i princippet et fuldgyldigt menneske, man nedfryser, når man nedfryser et befrugtet æg, mens det ’kun’ er en celle, man nedfryser, når der er tale om en ubefrugtet ægcelle. En sådan forskelsbehandling kan fx komme til udtryk ved, at man stiller forskellige krav til viden om risici i forbindelse med nedfrysning af henholdsvis befrugtede æg og ubefrugtede ægceller. Fordi det befrugtede æg har fuld moralsk status, vil det nemlig være naturligt at stille større krav til, at befrugtede æg ikke destrueres eller lider skade i processen.

I Italien førte et sådan religiøst konservativt perspektiv til et forbud mod nedfrysning af befrugtede æg fra 2004 til 2009, samtidig med at det gav anledning til at forbedre mulighederne for at nedfryse ubefrugtede ægceller. I en dansk kontekst har denne særlige version af et religiøst konservativt perspektiv historisk set også spillet en betydelig rolle i debatten om kunstig befrugtning og nedfrysning af æg, hvilket bl.a. fremgår af Det Ethiske Råds ældre udtalelser og redegørelser om emnet. I nyere tid har det dog ikke spillet helt så stor en rolle. I rådets seneste udtalelse om opbevaring og brug af ubefrugtede

¹⁵ Sådanne argumenter udfoldes bl.a. i Kroløkke et al (2019): *The Cryopolitics of Reproduction on Ice: A New Scandinavian Ice Age*. Emerald Publishing Limited.

æg var der fx kun et enkelt rådsmedlem, som baserede sin stillingtagen på et sådant perspektiv (se ”Udtalelse om opbevaring og brug af ubefrugtede æg”).

En af udfordringerne for et sådan religiøst konservativt perspektiv vedrører forståelsen af livets begyndelse. For selv om det næppe kan benægtes, at sammensmeltningen af ægcelle og sædcelle er en vigtig begivenhed, så kan man omvendt også argumentere for, at der er noget vilkårligt over at fæstne sig ved lige præcis denne begivenhed og tildele den en særlig etisk betydning. I det livets udvikling synes at være en kontinuerlig proces præget af en gradvis differentiering af de enkelte celler og væv, kan det nemlig være svært at se, hvorfor lige præcis sammensmeltning af æg- og sædcelle fortjener en særlig etisk status. Således vil andre fx argumentere for, at fremkomsten af evnen til at føle smerte eller til at overleve uden for livmoderen etisk set er mere relevante begivenheder end selve sammensmeltningen af æg- og sædcelle.

En anden udfordring vedrører ideen om at nogle reproduktionsformer etisk set er at foretrække, fordi de er mere naturlige end andre. Ud over at det kan diskuteres, i hvilken forstand nogle reproduktionsformer kan siges at være mere naturlige end andre, vil nogle også mene, at det, at noget er naturligt, ikke i sig selv giver det en særlig etisk status. Således fremføres det ofte, at mange sygdomme også kan ses som naturlige, men at vi ikke af den grund tildeler dem en særlig etisk status eller betragter dem som noget, vi bør værne om og beskytte. Tværtimod.