



"Prøverørsmetoden" - assistert befruktning  
Åpent møte i Bioteknologinemnda

**RAPPORT**

fra

**ÅPENT MØTE OM "PRØVERØRS-  
METODEN" - ASSISTERT BEFRUKTNING**

**Oslo, 17.03.93**

## "Prøverørsmetoden" - assistert befruktning Åpent møte i Bioteknologinemnden

**TID:** *ONSDAG 17.MARS 1993, KL. 11.00 - 16.30.*

**STED:** *HOTEL ROYAL CHRISTIANIA, BISKOP GUNNERUS'GT 3, 0106 OSLO*

10.00 Registrering. Servering av kaffe og wienerbrød.

11.00 Møtet åpnes av professor Julie Skjæraasen, leder av Bioteknologinemnden.

Rådgiver Grete Gjertsen, Sosialdep., medlem av Nemnden: "Hva sier den nye Stortingsmeldingen om Assistert befruktning og forskning på befruktede egg?"

11.15 "Assistert befruktning - norsk praksis og lovgivning". Overlege Thomas Åbyholm, Rikshospitalet.

Kommentarer:

"Hvorfor forske på befruktede egg?". Sivilingeniør Arne Sunde, Regionssykehuset i Trondheim.

"Bør nye grupper gis tilbud om prøverørsmetoden?" Reidun Trae, leder av Turner-foreningen i Norge.

12.15 "Assistert befruktning - etiske utfordringer". Biskop Sigurd Osberg, medlem av Bioteknologinemnden.

Kommentarer ved forskningsstipendiat Knut Ruyter, Senter for medisinsk etikk og forsker Brita M. Gulli, NAVFs Etikk-program.

13.15 Lunsj.

14.00 DEBATT: PRØVERØRSMETODEN. HVA BØR REGULERES OG HVORFOR?

Storingsrepresentant William Engseth, AP.

Storingsrepresentant Solveig Sollie, KrF.

Storingsrepresentant Annelise Høegh, Høyre.

Likestillingsombud Ingse Stabel.

Professor Kåre Berg, Universitetet i Oslo, medlem av Bioteknologinemnden.

15.30 PRØVERØRSBEHANDLING - TIL BESTE FOR HVEM?

Professor Kari Wærnes, Universitetet i Bergen.

Professor Nils Christian Stenseth, Universitetet i Oslo.

Kaja Graff Huster, leder av Foreningen for ufrivillig barnløse.

Møteleder: Ketil Gravir, NRK.

## INNHOOLD

Program for møtet.

Bioteknologinemndens leder, professor Julie Skjæraasen åpner møtet .....	s. 1.
"Hva sier den nye stortingsmeldingen om assistert befruktning og forskning på befruktede egg?", av rådgiver Grete Gjertsen, Sosialdepartementet, medlem av Bioteknologinemnden .....	s. 1.
"Assistert befruktning - norsk praksis og lovgivning", av overlege Thomas Åbyholm, Rikshospitalet .....	s. 3.
"Hvorfor forske på befruktede egg?", kommentar av sivilingeniør Arne Sunde .....	s. 8.
"Bør nye grupper gis tilbud om prøverørsmetoden?", kommentar av Reidun Trae, leder av Turner-foreningen i Norge .....	s. 10.
"Assistert befruktning - etiske utfordringer", av biskop Sigurd Osberg, medlem av Bioteknologinemnden	s. 11.
Kommentar ved forskningsstipendiat Knut Ruyter, Senter for medisinsk etikk .....	s. 17.
Kommentar ved forsker Brita M. Gulli, NAVFs Etikk-program .....	s. 19.
Utdrag av debatt: Prøverørsmetoden. Hva bør reguleres og hvorfor? .....	s. 21.
Utdrag av debatt: Prøverørsbehandling - til beste for hvem? .....	s. 35.
Deltakerliste .....	s. 45.

En oversikt over publikasjoner utgitt av Bioteknologinemnden finnes på siste side i rapporten.



# Bioteknologinemndens åpne møte om "Prøverørsbefruktning" - Assistert befruktning 17.mars 1993

**JULIE SKJÆRAASEN, professor, leder av Bioteknologinemnden:**

På vegne av Bioteknologinemnden vil jeg ønske dere alle velkommen. Spesielt velkommen til foredragsholdere og til dem som skal innlede til debatt.

En viktig oppgave for Bioteknologinemnden er å bidra til å spre saklig informasjon og stimulere til debatt. Dagens tema vil kanskje i forskermiljøet betraktes som å ligge i periferien for det man vanligvis tenker på når man snakker om bioteknologi, men det er jo høyaktuelt når det gjelder den kliniske medisin og også sett i forhold til Stortingsmelding nr. 25 (1992-93) Mennesker og bioteknologi. At temaet skulle bli så dagsaktuelt som det viser seg å ha blitt, det visste vi ikke da vi bestemte møtedato. Men for fem dager siden ble, som dere vet, stortingsmeldingen om mennesker og bioteknologi lagt frem, og dere har sikkert sett og hørt at media har viet de spørsmål vi skal drøfte her i dag stor oppmerksomhet. Det er forslag om lovendringer som er omdiskuterte og kontroversielle blant politikere og allmennheten. Vanskelige avveininger mellom forskjellige hensyn. Jeg håper at vi kan få en god og saklig debatt.

\*\*\*\*\*

**GRETE GJERTSEN, rådgiver, Sosialdepartementet, medlem av Bioteknologinemnden:**

"Hva sier den nye stortingsmeldingen om assistert befruktning og forskning på befruktete egg?"

Jeg vil presentere hovedpunktene i kapittel 5 om kunstig befruktning i meldingen, og kapittel 6 om forskning på befruktete egg og fostre.

**Lov om kunstig befruktning.**

Norge var det første land i verden som fikk en lov om kunstig befruktning i 1987. Senere har mange land fått tilsvarende reguleringer, med forskjellig innhold. En del vestlige land driver dette behandlingstilbudet uten noen form for lovregulering.

Da vi fikk loven i 1987, var den svært streng fordi erfaringen var meget begrenset, både nasjonalt og internasjonalt. På grunnlag av de erfaringer vi har etter at loven trådte i kraft, har Regjeringen derfor funnet det riktig å foreslå justeringer i loven. Tilbud om kunstig befruktning foreslås utvidet til ikke bare å omfatte ufruktbare kvinner, men også ufruktbarhet hos mannen eller der hvor det er uforklarlig ufruktbarhet.

**Donorsæd.**

I loven av 1987 er det et forbud mot bruk av donorsæd i forbindelse med IVF-behandling. Grunnen til forbudet er ikke logisk, men daværende regjering var redd for at dette ville bli litt for mye manipulasjon med to teknikker. I dag er det 6 offentlige institusjoner og et privat medisinsk senter som har tilbud om kunstig befruktning. Erfaringen basert på den strenge rapportplikt disse 7 sykehusene har til departementet og internasjonal erfaring har imidlertid vist at den frykten ikke lenger er til stede. Regjeringen velger derfor å foreslå å oppheve dette forbudet.

**Eggdonasjon.**

Eggdonasjon skal etter Regjeringens mening fortsatt være forbudt i Norge. Man åpner imidlertid for en adgang til eggdonasjon på særlig medisinske vilkår. I Danmark har en 52 år gammel

kvinne nylig blitt gravid etter å ha fått egg fra en annen kvinne på en privat klinikk. Det vil ikke bli tillatt i Norge. Det er kun særlig medisinske vilkår Regjeringen vil gå inn for. Dersom Regjeringen får tilslutning til sitt forslag i Stortinget, vil disse særlige medisinske vilkår bli fastsatt i forskrift til loven.

Regjeringen foreslår at eggdonor skal være anonym. Det medfører at venninner eller kvinnelige slektninger ikke kan gi egg til hverandre. Det forutsettes at egg bare skal avgis i forbindelse med IVF-behandling. Det betyr at kvinner som steriliseres ikke kan avgi egg, eller kvinner som av sitt gode hjerte ville ønske å gjøre noe sånt, heller ikke kan gjøre det. Det forutsettes videre at sæden kommer fra kvinnens ektemann eller samboer.

#### **Frysetid for befruktede egg.**

Regjeringen foreslår å utvide oppbevaringstiden for befruktede egg til 3 år fra kvinnen har fått barn som resultat av befruktning utenfor kroppen.

Da loven ble laget i 1987 var det faktisk ingen som tenkte på at man kunne bruke samme uttak av egg til å lage to barn. 3-års grensen er satt fordi at man da vil få en aldersgrense mellom barna som de fleste vil finne akseptabel. Et motargument er at dette i realiteten er to-eggede tvillinger, fordi de er unnfanget på samme tidspunkt. Men to-eggede tvillinger er jo genetisk ikke annerledes enn søsken ellers som har samme foreldrepar.

Det finnes mange forskjellige regler for frysning av befruktede egg i Europa. Både i England og i Frankrike er grensen i dag 5 år. Svenskene har 1 år - deres lov trådte i kraft først høsten 1991. Men det finnes en dispensasjonsadgang i loven. Da dette året var gått, høsten 1992, søkte selvfølgelig alle par i Sverige som har egg nedfrosset, om dispensasjon. Hva er resultatet? Jo, Sosialstyrelsen i Sverige har kasser med søknader. Hva man skal gjøre med disse er uvisst i dag. Danmark har vært sent ute på dette området. Det har blitt meg fortalt at nordmenn har vært i Danmark og lært dem fryseteknikken. Danmark fikk sin lov som gir anledning til lagring i 1 år 1.oktober 1992, og har derfor liten erfaring med fryseteknikk.

#### **Tilbud også til samboere.**

Da den tidligere arbeiderpartiregjeringen la frem lov om kunstig befruktning i 1987, hadde man foreslått at dette skulle være et behandlingstilbud både til ektepar og til stabile samboere. Dette ble nedstemt i Stortinget, og Regjeringen fremmer nå dette forslaget på nytt. Det er vanskelig å se at et medisinsk behandlingstilbud skal være knyttet til en bestemt samlivsform.

#### **Forskning på befruktede egg.**

Da Regjeringen la frem lov om kunstig befruktning i 1987, hadde man opprinnelig foreslått at man skulle tillate forskning på befruktede egg utenfor kroppen i én uke. Som sagt - erfaringene var begrenset - både i Norge og internasjonalt, og hensikten med det forslaget var at man skulle forbedre metoden for IVF-behandling. Under behandlingen av Ot.prp.nr.25., sa Sosialkomiteen - etter et forslag fra Sosialistisk Venstreparti - at man ønsket å fremme et midlertidig forbud, inntil Stortinget hadde fått forelagt meldingen vi nå snakker om. Dette er bakgrunnen for at forslaget om forbud mot forskning på befruktede egg ble vedtatt.

Utviklingen har vist at det bare er Norge og Tyskland som har et slikt forbud i dag. Ellers forsker man på befruktede egg i alle land, både der hvor det er lovgivning, og der hvor det ikke er lovgivning. Det tyske forbudet kan forklares ut fra historiske årsaker. Tyskland har gjennomgående en svært streng holdning til genteknologi, både når det gjelder mennesker, planter og dyr.

Regjeringen finner det inkonsekvent å opprettholde dette forbudet, når man har akseptert et behandlingstilbud som delvis er basert på slik forskning, og man ser jo også at dette tilbudet har stor allmenn aksept i befolkningen. Antall barn som er født etter kunstig befruktning er vel det beste eksempel på det; det er nå nærmere 500 barn pr. år.

Forskning på befruktede egg berører livets begynnelse. Regjeringen har derfor foreslått en meget streng ramme rundt denne forskningen. Regjeringen har lagt vekt på åpenhet og offentlig innsyn. Det medfører bl.a. at uttalelser fra forskningsetiske komiteer som i dag er unntatt fra offentlighet, nå vil være åpne for offentlig innsikt. Sosialdepartementet skal godkjenne hvert enkelt prosjekt. Paret, som egget skriver seg fra skal gi skriftlig, informert samtykke til at man får bruke deres egg til forskning. Det skal kun skje forskning på overtallig befruktede egg, altså de eggene som blir til overs etter at fryseperioden har gått ut. Det medfører at det ikke blir anledning til å skape liv for å forske. Kun de egg som ellers blir destruert skal kunne brukes.

Tidsgrensen for forskning er satt til 14 dager. Dette er i samsvar med internasjonal praksis, og da regner man ikke med den tiden egget har vært frosset. Det foreslås videre enkelte forbud som også følger internasjonal lovgivning, spesielt gjelder det forbud mot forskning som kan innebære endring av arveanlegg på befruktede egg. Det medfører også at det ikke er anledning til å utføre genterapi på befruktede egg i Norge.

#### **Forskning på fostre.**

Når det gjelder forskning på fostre, foreslår Regjeringen at vev og celler fra spontanaborterte fostre bør kunne brukes til diagnostikk og forskning, slik det har vært gjort i Norge i 20 år.

Etter at president Clinton kom til makten i USA, har debatten om bruk av cellemateriale fra provoserte aborter eksplodert. Der ser Regjeringen mange etiske problemer, og den vil komme tilbake til dette i en egen utredning.

\*\*\*\*\*

**THOMAS ÅBYHOLM, professor ved Rikshospitalet**

#### **"Om assistert befruktning, norsk praksis og lovgivning"**

Det er nå 14-15 år siden den første vellykkede befruktning med den såkalte prøverørsmetoden fant sted i England. Senere har det vært en enorm utvikling innen det felt vi kaller assistert befruktning. Det er flere metoder som er tatt i bruk. Assisterte befruktningsmetoder står i dag ikke i noen særstilling, men må sees på som en integrert del av all infertilitetsbehandling. Det er i dag metoder som gir gode resultater og som kan hjelpe store pasientgrupper.

Jeg vil først si litt om de anatomiske forhold og hva som skjer i naturen, før jeg går over til de assisterte befruktningsmetoder.

#### **Naturlig fruktbarhet.**

Først en oversikt over anatomen av de kvinnelige kjønnsorganer. Det består av : skjede, livmorhals, livmorlegemet, eggledere og eggstokker. Egglederene ligger over eggstokkene for å fange opp egget når det løsner ved eggløsning. I eggstokkene finnes det millioner egganlegg ved fødselen, men de fleste av disse går til grunne i løpet av det første leveår, og man regner med at når kvinnen får sin første menstruasjon ved ca. 13 års alder, er det ca. 400 000 egg tilbake i eggstokkene. Disse eggene forbrukes i løpet av kvinnens fertile periode, til hun går i klimakteriet, rundt 51 års alder.

Den tidlige modningen av eggene og hva som regulerer denne er for det meste ukjent. Hva som skjer i de siste 14 dagene av modningsprosessen vet man noe om. I begynnelsen av menstruasjonssyklus er det flere egg som modnes. Det skyldes et hormon som produseres i hypofysen, det såkalte FSH, follikkelstimulerende hormon. Produksjonen av dette hormonet stiger og fører til at mange egg begynner å modnes - ca. 20- 25 egg. Etter ca. 7 dager er det en av eggposene som tar "ledertrøya" og fortsetter å vokse, mens de andre tilbakedannes. Dette skjer normalt. Denne ene eggposen fortsetter å vokse til egget blir modent. Til slutt vil eggposen

sprekke og egget i eggposen vil skyves ut. Det blir tatt opp av egglederene, og spermene vil eventuelt møte egget øverst i egglederen.

Ved samleie vil flere ti-talls, kanskje hundre-talls millioner spermier deponeres i bunnen av skjeden. Spermene vil prøve å trenge inn i livmorhalsen, men det er ikke lett. Utenom egglosningstidspunktet er mormunnen lukket og det er meget sparsomt, tykt slim i livmorhalsen som gjør det vanskelig for spermene å trenge inn gjennom denne. Men under egglosningen åpner mormunnen seg, det er rikelig med sekret i livmorhalsen, det henger som en foss ned i skjeden slik at spermene kan gå opp i denne fossen og opp i livmorhalsen og inn i livmoren.

Livmorhalsslimet er forunderlig, det består av et finmasket nettverk ved egglosningstidspunktet. Spermene beveger seg mellom dette nettverket. De spermene som beveger seg abnormt eller de spermene som har en abnorm fasong, blir hengende fast i nettverket. Det er de normale spermier med normal bevegelighet som beveger seg inn i livmoren. Når spermene kommer inn i livmoren vandrer de ut i egglederene, og når egget. Befruktningen skjer ytterst i egglederen, deretter vandrer det befruktede egg ned i livmoren hvor det fester seg.

For at spermene og egget skal kunne møtes ytterst i egglederen må det være normal egglosning og transporten av det befruktede egg gjennom egglederen må være normal - dvs; egglederene må fungere normalt og slimet i livmorhalsen må være normalt. Spermene må ha brukbar kvalitet, og i tillegg skal det befruktede egg kunne utvikle seg normalt og slå seg ned i livmorveggen.

#### **Stort tap i naturen.**

Dette høres jo ganske greit ut, men det er nok ikke så lett i naturen. Det er nemlig slik at det ikke er alle befruktede egg som har livets rett. Vi vet at det er et stort tap av befruktede egg de første 14 dager etter befruktningen. Det er vist at 2/3 av alle sammensmeltninger av egg og spermier vil være defekte og ende i en spontan abort. Normalt er det altså et stort tap i naturen. De fleste kvinner vil ikke merke denne tidligere aborten fordi de får menstruasjonen til normal tid - eller menstruasjonen kan være utsatt noen få dager.

Det er utført 2 store undersøkelser av flere tusen spontan aborter, og de viste at 60% av spontan abort materialet hadde kromosomavvik. Dette er altså naturens måte å rydde opp i problemene. Jeg synes det er viktig at vi har denne bakgrunnen før vi skal gå over til de assisterte befruktningsmetoder.

#### **Sensasjon i 1978.**

Det var en sensasjon da den første vellykkede behandling med befruktning utenfor kroppen skjedde i England i 1978. Metoden ble først og fremst utviklet for å hjelpe pasienter som hadde egglederskade. De hadde hatt en betennelse i egglederne - i de fleste tilfellene som resultat av en seksuelt overført sykdom. Egglederne kunne tette seg eller det kunne være sammenvoksninger rundt egglederne slik at det ikke ble oppnådd god kontakt mellom eggstokker og eggledere. Den vanligste behandling for ødelagte eggledere har vært operativ behandling.

Ved Rikshospitalet opererte vi 308 pasienter for skadede eggledere i årene -75 til -79. I gjennomsnitt var det 25% som senere fikk barn etter operasjonen. Vi gjorde også en undersøkelse i vår egen helseregion - det er 10 sykehus som ligger under Rikshospitalet - og der ble 251 pasienter operert over en to-års periode - 18% fikk barn senere.

Det vil altså si at ved et operativt inngrep på egglederne får ca. 20% barn, mens 80% - de fleste - ikke får barn. Hva med dem? De kunne man selvfølgelig operere på ny. Ofte er det slik at egglederne tetter seg, eller at det blir sammenvoksninger igjen, men da vet vi at prognosene for graviditet er dårlige ved nytt operativt inngrep. Det er under 10% som blir gravide etter en ny operasjon. Det var spesielt denne gruppen pasienter prøverørsmetoden var rettet mot primært.



### Ulike metoder for assistert befruktning.

Det er utviklet en rekke metoder når det gjelder assistert befruktning. Dette er de hyppigste behandlingsformer:

1. Den klassiske prøverørsmetoden, IVF-behandling - *in vitro*-fertilisering, dvs. befruktning utenfor kroppen og embryo transfer, ET - dvs. at man fører befruktete egg tilbake til livmoren.
2. EIFT, hvor vi overfører det befruktete egg tilbake til egglederne, ikke til livmoren, slik at det befruktete egg kan vandre normalt gjennom egglederne før det fester seg i livmoren.
3. En annen metode, som har stor popularitet i utlandet, er "GIFT"-metoden, hvor man overfører en blanding av egg og sæd-celler til egglederne. Dette forutsetter at egglederne er normale. Befruktning vil skje normalt, som i naturen, i egglederne, og det befruktete egg vil vandre ned i livmoren.
4. Den siste metoden er inseminasjon. Vi kan inseminere mannens sæd enten i livmoren, eller direkte i bukhulen. Poenget er å få spermene deponert nærmest mulig egget.

De mest benyttede metoder i Norge i dag er IVF og inseminasjon.

IVF-metoden benyttes ved egglederskader. Ved de fleste andre årsaker til infertilitet kan enten IVF-metoden eller de andre assisterte befruktningsmetoder benyttes.

Hovedårsakene til infertilitet er:

1. Egglederskade.
2. Eggledningsforstyrrelser - kvinnen har sjeldne eggledninger eller har ikke eggledning i det hele tatt.
3. Endometriose - At livmorslimhinnen slår seg ned utenfor livmoren, f.eks. i bukhulen, på livmoren, eller i eggstokkene. (Denne sykdommen fører ofte til underlivssmerter)
4. Uforklarlig infertilitet.
5. Dårlig sæd kvalitet.

De fleste pasientgrupper med infertilitetsproblemer kan i dag benytte assisterte befruktningsmetoder.

### Hovedprinsipper for IVF.

Jeg skal gjennomgå hovedprinsippene når det gjelder behandlingen med prøverørsmetoden.

Det første er hormonstimulering for å få ut flere egg og ikke bare det ene egget som modnes i en normal syklus. Det andre er å overvåke follikkelveksten for å se at det er flere egg som utvikles og at de er modne. Det tredje er å sette i gang eggledningen. Det fjerde er selve egghøstingen. Det femte - inseminasjonen - består i at vi tilfører sæd til eggene, og det sjette er at vi tilbakefører befruktete egg til livmoren.

### Hormonstimulering.

Det er mange forskjellige typer av stimulering, men alle går ut på å skaffe flere egg. Når vi gir hormoner i et visst tidsrom, kan vi få flere egg til å utvikles. Vi unngår at det bare er ett egg som modnes. Vi bryter da naturens egen seleksjonsmekanisme.

Et eksempel på hormonstimulering : De første 14 dagene i syklus overvåker vi modningen av eggposene med regelmessig ultralyd for å se hvordan eggposene utvikles i eggstokkene. Vi tar

regelmessige blodprøver av kvinnen for å måle nivået av hennes kjønnshormoner, dvs. østradiol i blodet. Når det når et visst nivå og når eggposene har nådd en viss størrelse, vanligvis mellom 16 - 20 mm i diameter, kan vi sette eggløsningssprøyten - HCG. Hvis den er satt på riktig tidspunkt, vet vi at eggløsningen skjer ca. 36 timer senere. Dersom kvinnen får eggløsningssprøyte kl. 23.00, tar vi ut egg kl. 09.00 ett og et halvt døgn senere, altså etter 34 timer. Da er eggene modne og fine. Eggløsning har ikke funnet sted, slik at vi kan finne eggene i eggposene. Dersom vi kommer for sent, vil eggposen ha sprukket, og eggene gått ut i bukhalen. Da er de vanskelige å finne.

#### **Slik foregår egghøstingen.**

Tidligere brukte vi laparoskopi. Dette er en "kikkehull-operasjon" hvor man fører et instrument gjennom navlen og inn i magen. Instrumentet tilkobles en lyskilde, slik at man med det blotte øye kan se på forholdene på livmor, eggstokk og eggleder. Metoden krever narkose og derfor også tid på operasjonsstuen.

Vi har forlatt den teknikken, og gått over til ren ultralydledete metoder. Det kan gjøres poliklinisk, og det krever ikke narkose. Pasienten får smertestillende medikamenter intravenøst. Hun kan forlate poliklinikken 1-2 timer etter inngrepet.

Vi benytter oss av en ultralydprobe hvor det er en festeanordning for en nål. Vi fører den inn i skjeden, og på ultralydskjermen ser vi at det er flere eggposer på eggstokken. På skjermen er det også en såkalt guideline, slik at vi kan se når vi er over eggposen. Så fører vi nålen inn gjennom skjedeveggen, inn i eggstokkene og inn i eggposene.

Nålen er tilkoblet en sugenanordning slik at vi kan suge ut eggposens innhold. Eggvæsken blir lagt under mikroskopet, og egget blir identifisert. Egget blir plassert i inkubator slik at det får riktig temperatur, gassblanding, fuktighet osv. Alle eggposene blir punktert og tømt for sitt innhold slik at vi kan få ut mange egg.

#### **Befruktningen.**

Samme dag har mannen levert en sædprøve, og den behandler vi for å få ut normale, bevegelige spermier. Vi plasserer sæden i et rør under et spesielt medium, spermene trenger opp i dette mediet i løpet av en time. De spermene som beveger seg best går høyest opp i glasset, og det er disse spermene vi bruker til inseminasjonen. Vi tilsetter ca. 40-50 000 spermier pr. egg. Det er på mange måter en tilsvarende seleksjonen som foregår normalt i livmorhalsen.

Ca. 18-20 timer etter at spermene er tilsatt eggene kan vi observere om befruktningen har funnet sted, det dannes to pronuklei. Pronuklei er det genetiske materialet fra kvinnen og mannen. Mannen har det største pronuklei. Det hender at vi får tre pronuklei, dvs. at egget har blitt befruktet av to spermier. Det skal normalt ikke skje. Dette er ikke gode, befruktede egg, og vi vet at de vil gå til grunne. Kroppen ville selektert dem bort, derfor gjør vi også det. Det kan dele seg normalt dagen etterpå, men vi vet at det er dårlige egg.

#### **Tilbakeføringen.**

I Norge tilbakefører vi nå inntil tre befruktede egg til livmoren. De trekkes opp i et lite tynt kateter (tynt rør) som vi fører gjennom livmorhalsen og opp i livmorlegemet. Så sprøyter vi dem inn i livmoren. Vi håper at iallefall ett av dem skal feste seg.

De overtallig befruktede egg, som ser pene og normale ut, blir nedfrosset og kan brukes i en annen syklus senere.

Ca 2 uker etter at pasienten har fått tilbakeført befruktede egg, vet kvinnen om hun er gravid. Hun tar da en graviditetstest i urinen. Dersom denne er positiv vil vi ca. 4-5 uker etter at hun fikk tilbakeført befruktede egg ta vi henne inn til ultralydundersøkelse. Vi kan da se fosteret og om det er hjerteaktivitet.

### Suksess-rate.

Det har vært mye diskusjon om hvor mange befruktete egg man skal legge tilbake. En oversikt fra USA fra 1990 viser at når man legger tilbake tre eller mindre enn tre befruktete egg, vil ca. 10% av kvinnene føde barn. Dette er regnet ut pr. egguthenting (OPU). 18% av disse får flerlinger. Dersom man øker antall befruktete egg som tilbakeføres til fire eller mer, dobler man fødselsraten, til 20%, men man dobler nesten også sjansen for flerlinger. Det er et kompromiss når det gjelder suksessrate og hva man skal godta når det gjelder flerlinger. I Norge er ikke dette et stort problem lenger, i og med at vi tilbakefører maksimalt tre befruktete egg.

I den samme oversikten fra USA fra 1990 var det 175 klinikker som drev med *in vitro*-fertilisering. Hvis man ser på antall fødsler pr. uthenting, har dette økt fra 2%, 5%, 8% til 12% i 1988 og 14% i 1989. Det var altså 14% av de kvinnene som hadde tatt ut egg som fikk barn med hjem i 1989.

Resultatene i Norge fra 1990 passer ganske godt med resultatene i USA. Antall fødsler pr. egguthenting var 15%, omtrent det samme tall som i USA på den tiden. Men resultatene har blitt bedre og bedre etterhvert.

Tidligere la vi i Norge tilbake fem embryoer, senere gikk vi ned til fire og i de siste 3 år har vi maksimalt lagt tilbake tre. Enkelte klinikker legger bare to embryoer tilbake - i Tromsø, som begynte med det, og i Trondheim. Vi fikk en forbigående nedgang i antall graviditeter da vi la tilbake færre embryoer, men etter hvert ser det ut til at vi har blitt flinkere til å selektere de beste embryo. Vi har derfor oppnådd bedre resultater selv om vi legger tilbake kun to og tre befruktete egg. Vår oversikt fra 1992 på Rikshospitalet viser 637 påbegynte sykluser, hvor det ble utført embryo-overføring i 83% av disse. Noen kvinner går ut av programmet fordi de får en dårlig stimulering av eggstokkene med de hormonene vi bruker - vi får kanskje bare et til to egg, og det er for lite. I tillegg er det enkelte kvinner som får en veldig overstimulering. Dette kan være en farlig tilstand - det vi kaller for et hyperstimulerings-syndrom. Det er viktig at disse kvinnene identifiseres og avbryter behandlingen. Dessuten er det enkelte kvinner hvor ikke eggene deler seg. Ca 1/4 av kvinnene som fikk tilbakeført egg oppnådde graviditet.

Men siste halvår har resultatene blitt ytterligere forbedret. De siste to hundrede overføringene har gitt 71 graviditeter, dvs. at ca 1/3 de kvinnene som får tilbakeført egg oppnår graviditet, dvs. per behandlingsforsøk. Vi regner med at ca. 20-25%, av de vi tilfører befruktete egg vil få barn med hjem. Hvis parene gjennomgår tre til fire fullførte behandlinger, så regner vi nå med at ca. halvparten av kvinnene vil få barn ved prøverørsmetoden.

### Flerlinger.

Tidligere hadde vi problemer med flerlingskap og for tidlig fødte barn, det henger jo sammen. De største problemene er overvunnet nå, i og med at vi bare tilbakefører to eller tre befruktete egg. Vi har en del tvillingsvangerskap, men det er få trillinger. I fjor hadde vi to trillinger, og de gikk det bra med. Jeg tror tvillingfrekvensen ligger på ca. 20% på landsbasis. Å få tvillinger for et infertilt par kan man ikke si er noen katastrofe. Det er vel heller det motsatte - man har løst sitt problem for godt!

Det er ingen øket misdannelsefrekvens hos de barna som er født etter assistert befruktning.

### Kostnader.

To grupper har forsøkt å regne ut pris pr. levende fødte barn ved *in vitro*-fertilisering. Tidligere, da man gjorde egglederkirurgi, regnet man ut at prisen pr. barn var ca. kr. 116 000. Etter IVF er den på ca. 80 000. Dette er beregninger som er gjort i Tromsø.

Beregninger som er gjort hos oss på Rikshospitalet av Øystein Magnus viser at kostnadene pr. levende fødte barn var ca. kr.85 000. Da har vi tatt med alle utgiftene til barneavdelingen,

prematravdelingen, overvåkning etter fødselen og det totale budsjett som var ved IVF-seksjonen. Jeg tror at tallet stemmer ganske godt.

\*\*\*\*\*

**ARNE SUNDE**, sivilingeniør, Regionsykehuset i Trondheim:

Kommentar til Thomas Åbyholm:

"Hvorfor forske på befruktete egg?"

Utgangspunktet mitt er at all moderne medisinsk behandling er forskningsbasert i større grad enn folk tror. Enhver ny medisin eller behandlingsmetode har vært gjennom en langvarig forskningsprosess. Den har startet i laboratoriet, vært gjennom forskning på dyr og gått i stor skala i forskning med eller på mennesker om dere vil. Dette er helt nødvendig, bl.a for å vurdere risiko når du begynner å behandle mennesker med en ny medisin eller en ny behandling.

**Typen av forskning.**

IVF-metoden er ikke noe unntak. Det tok nærmere 20 år å utvikle grunnlaget for metoden. De som var pionerer i dette feltet startet i 60-årene og jobbet forholdsvis målrettet fremover til den suksessen som nådde folks allmenne kunnskap - nemlig fødselen av det første IVF-barn. Blant de tingene som krever forskning på befruktete egg er f.eks. nye næringsløsninger som disse eggene ligger i så lenge de er utenfor kroppen. Næringsløsningen må være riktig.

Vi fryser og tiner egg. Det må vi gjøre på en mest mulig skånsom måte, og dette er ikke ferdig utviklet. Vi ønsker oss kriterier for å kunne velge ut de befruktete eggene som har størst livskraft. Vi ønsker å ha en metode som er effektiv.

Det foregår internasjonalt en forskning som forbruker befruktete egg. Det er en type forskning som ikke skal berøres senere i dag, for Regjeringen har ikke lagt opp til det. Men bare for å ha sagt det: Ved basalforskning kunne man for eksempel studere utviklingen i de første 14 dager for å få kunnskap/opplysninger om normal og unormal utvikling. Nye prevensjonsmetoder: Det er folk som jobber med å forhindre at det befruktete egget fester seg i livmorlimhinnen, det vi kaller en implantasjonsblokkering. Omtrent i prinsippet på samme måte som spiralen fungerer, men med en annen angrepsvinkel. Vi har preimplantasjonsdiagnostikk, dvs. at du gjør fostertesting to til åtte dager etter befruktningen.

**Bare overtallige egg.**

Det er ikke uinteressant å berøre dette temaet, selv om det har vært berørt litt tidligere: Hvilke egg skal vi bruke? Der har jeg et sammenfallende syn med det som har kommet frem i innstillingen. Vi har tre klasser her:

- 1) Vi har genuint overtallige egg, befruktete egg som ingen vil ha, enten fordi paret ikke ønsker det, eller fordi "datostemplingen" har gått ut i henhold til en lov.
- 2) Vi kan ta egg fra kvinner som er i behandling, altså en form for donasjon under behandling.
- 3) Vi kan ta egg som er fremskaffet bare til forskning, f.eks. i forbindelse med sterilisering.

Jeg er helt enig i at vi bare skal bruke genuint overtallige egg til forskning. Jeg mener at det er uetisk å destruere disse uten samtidig å ta ut informasjon som vi kan bruke til felles beste. Vi snakker ikke om noen lang tidsperiode her - antall pasienter som har blitt gravid pr. fullført behandling har steget fra 20 til over 30% i årene -88 til -92. Men ikke alle embryoene vokser

videre og utvikler seg til barn. I -92 hadde vi en fødselsprosent på 21% og det er svært nært det naturlige utviklingspotensialet. Mye høyere tror jeg ikke vi kommer.

Årsaken til at vi kan få til dette er at vi ikke lever i et informasjonsvakuum. Vi lever i et globalt forskningsnettverk. Vi har direkte kontakt med folk som driver forskning med befruktete egg og på befruktete egg. Vi kan høste informasjon fra dem. En stor del av dem er fra vårt nærområde geografisk, altså nord-Europa. Uten dette hadde vi ikke hatt muligheter til å utvikle metoden i det hele tatt.

**KETIL GRAVIR, møteleder, NRK:**

Betyr de strenge restriksjonene i Norge ikke noe for forskningen fordi man får forskningsresultater utenfra?

**ARNE SUNDE:**

Det har ingen stor praktisk betydning for parene, men det er et moralsk spørsmål. Jeg mener at vi må kunne tillate forskning på befruktete egg, slik som det er fremlagt, altså etter søknad på genuint overtallig egg, og etter samtykke fra paret.

Jeg synes det er to hensyn. Vi har det moralske hensynet, altså det omvendte "Ole Brumm"-argumentet, du skal ikke få i pose og sekk uten at du har betalt for det. Med andre ord, ikke behandling som er forskningsbasert uten at vi tillater forskningen. Det er som å spise honning og forby bier.

Det andre hensynet, som tenkende mennesker ute i verden nok gjerne synes er mye viktigere enn dette, er at du skal prøve å få ut informasjon som kan være til nytte for de som er igjen, når du allikevel skal destruere eggene.

**BORGHILD LAUVÅS, student:**

Hva er kriteriene for 14 dagers grensen? Og er det tungtveiende årsaker for ikke å utvide denne grensen?

**ARNE SUNDE:**

Svaret er avhengig av hvilket utgangspunkt du har - for det kan legges moralske, etiske, religiøse motiver rundt dette. Alle er enige, uansett utgangspunkt, om at en eller annen grense skal vi sette. Så leter man da etter et "fornuftig" tidspunkt. Og det man har landet på er 14-dagers grensen.

En av årsakene er at på det tidspunktet vil alle cellene i det voksende embryoet tilhøre ett individ. Det er først da samhörighet i et fremtidig individ. Før dette kan spontan tvilling og trillingdannelse skje. En annen årsak er at da begynner de første anleggene til nerveceller og hjerne å danne seg.

Sett fra rent forskningsståsted trenger vi ikke lenger tid. De problemstillingene vi er ute etter å løse kan vi løse faktisk i den første uken.

\*\*\*\*\*

## **REIDUN TRAE, leder for Turner-foreningen i Norge:**

**Kommentar til Thomas Åbyholm:**

**"Bør nye grupper gis tilbud om prøverørsmetoden?"**

Jeg tilhører den gruppen som kan få mulighet til å benytte eggdonasjon, så jeg er veldig glad for at vi får uttale oss her i dag. De aller fleste sitter vel kanskje med et spørsmål om hva Turners syndrom er. Det er et kromosomavvik. Vi mangler hele eller deler av X-kromosomet. Det er derfor vi er kortvokste, og vi kommer ikke i puberteten uten østrogen-behandling. På tross av østrogen-behandling utvikles ikke våre eggstokker, men vi har et normalt underliv, og har derfor evnen til å bære frem et foster hvis vi får muligheten til eggdonasjon.

**Eggdonasjon - en form for adopsjon.**

Det er klart at eggdonasjon reiser store etiske problemer. Men vi ser absolutt ingen prinsipiell forskjell på egg- og sæddonasjon. Vi er også veldig opptatt av at anonymiteten må bevares. Hvis dere leste Aftenposten i dag så dere at tallet på sædgivere i Sverige har gått betraktelig ned etter at anonymiteten der ble opphevet.

Det har vært nevnt flere ganger i dag at det er mer komplisert å få hentet ut disse eggene enn det er å få tak i sæd. Men som nevnt tidligere - disse eggene som eventuelt skal doneres, vil bli tatt fra kvinner som allerede er i en prøverørssituasjon. Så det vil ikke bety store ekstraomkostninger. Vi ser faktisk på eggdonasjon som en tidlig form for adopsjon. Som Åbyholm var inne på, så har vi heller ikke tette eggledere, så vi kan føre det befruktede lengre opp i våre eggledere sånn at egget går den naturlige veien og dermed har lettere for å feste seg.

**Kvinnekamp.**

Det er helt klart at dette også er en kvinnekamp. For hvorfor skal barnløse menn få lov til å løse sitt barnløshetsproblem med å få donert sæd, mens vi som også gjerne vil få barn ikke får det fordi eggdonasjon ikke er tillatt? Dersom eggdonasjon blir tillatt, vil dette gi oss et reelt valg til å føde egne barn eller adoptere.

I vår forening har vi et ungt par hvor hun har Turner-syndrom og mannen kan ikke tenke seg å adoptere, for han vil være den biologiske far. Vi har også et par som har tatt kontakt med meg fordi de ønsker hjelp til adopsjon.

Av og til føler jeg meg som om jeg har gått på barrikadene for mennene òg. For det er så mye snakk om det biologiske moderskap. Men etter mine begreper må jo det biologiske faderskap være like sterkt.

**Mindreverdig.**

Det å være ufruktbar gjør at en kan føle seg mindreverdig som kvinne. Det er klart at de psykiske problemene rundt det å akseptere dette kan være store.

Ved at det ikke blir tillatt med eggdonasjon i Norge eksporterer man dessuten problemet. Det er tillatt med eggdonasjon i Danmark fra 1. oktober 1992. Flere reiser til England. Vi har også en svensk Turner-kvinne som har en sønn på tre år. Hun var i England og fikk eggdonasjon der, og hun sier helt klart at det er henne som er moren. Hun har båret barnet, født det og ammet det. De som vil nekte oss eggdonasjon, ser ikke helt hva de egentlig vil nekte oss.

\*\*\*\*\*

**SIGURD OSBERG, biskop, Tunsberg bispedømme, medlem av Bioteknologinemnden:**

**"Assistert befruktning - etiske utfordringer":**

Barnløshet vurderes forskjellig.

Når vi skal finne og fokusere de etiske utfordringene ved assistert befruktning, det gjelder kunstig inseminasjon men vel i særdeleshet IVF-metoden, er det nødvendig å minne om at betydningen av barnløshet vurderes forskjellig i de forskjellige kulturer og i de forskjellige menneskers situasjon. Derfor vil vurderingen av behovet for assistert befruktning og vurderingen av metoden avhenge av hvordan en vurderer betydningen av barnløshet. Barnløshet er her og i det følgende forstått som *ufrivillig barnløshet*.

Innenfor et kulturmønster der nødvendigheten av barn understrekes, vil barnløshet bli sett på som et stort problem. Behovet for å få egne barn vil være sterkt. Følgelig vil dette virke som en tilskyndelse til å prioritere metoder som kan råde bot på ufruktbarheten. Om en lever i en kultursammenheng der nødvendigheten av egen reproduksjon ikke fremheves, vil assistert befruktning være svakere prioritert.

Innenfor ett og samme kulturmønster generelt sett vil det også finnes individuelle variasjoner. T.eks. vil det trolig være mer maktpåliggende for et gårdbrukerpar på en ættegård å få egne barn som kan overta, enn det vil være for ektepar i andre yrker. Det kan også tenkes andre individuelle variasjoner, t.eks. i familier/slekter med få barn i forhold til familier/slekter som er barnrike. Ikke minst har behovet for omsorgspersoner i egen alderdom tradisjonelt vært med på å definere barnløshet som en uheldig livsskjebne.

Vurderingen av barnløshetens betydning vil også variere med sosiale og økonomiske forhold og ekteparets innbyrdes forhold. Dette kan gi seg utslag i forskjellig vurdering av behov for assistert befruktning.

Livssyn og religiøs tro vil også være avgjørende for vurdering av barnløshetens betydning. I jødisk-kristen tradisjon har skaperordren "Vær fruktbare og bli mange.." (1 Mos 1,28) blitt oppfattet som normerende. En norsk kristen etiker uttrykker dette slik: "Først når ektefellene blir mor og far, er de blitt det Gud normalt har tenkt med dem"<sup>1</sup>. I det gamle testamente kan barnløshet faktisk også sees på som et tegn på straff for ulydighet og synd (3 Mos 20,20; Jesaia 47,9 o.fl.). I det nye testamente finner vi en helt annen positiv vurdering av den barnløse selv om det finnes utsagn der barnløse prises lykkelige. Dette siste skjer i sammenheng med domsperspektivet (Luk 23,29; jfr. 21,23). De barnløse slipper i hvertfall å frykte for at dommen skal ramme deres barn.

Nevnes må også at kirken i sin forkynnelse, veiledning og sjelesorg har fremhevet den barnløse og den enslige "stand" som like aktverdige og verdifulle som andre stender.

Konkluderende må vi derfor anta at det innenfor en befolkning som vår vil være tildels store forskjeller i vurdering av barnløshetens betydning. For noen vil barnløshet representere et så stort problem at assistert befruktning bør komme på tale.

**"Sykdom" eller normalvariant?**

Vurdering av assistert befruktning vil også henge sammen med om en betrakter barnløshet som en sykdom, en defekt, eller om en betrakter den som en normalvariant i befolkningen.

En regner med at rundt 15% av ekteparene en eller annen gang i den aktuelle periode står overfor problemet infertilitet. Så langt jeg har oppfattet den medisinske ekspertise finnes det ikke sikre kriterier til å konstatere om fertiliteten gjennomsnittlig har holdt seg stabil eller vist

---

<sup>1</sup> Sigurd Opdahl: Hvordan bør jeg leve? En etikk. 1962,148

synkende eller økende tendens over en tidsperiode.

I NOU 1991:6 vises det til det noe upresise begrep "Kvinnebevegelsen". Her heter det: "Kvinnebevegelsen har hatt en forholdsvis kritisk holdning til reproduksjonsteknologien. Skepsisen har først og fremst hatt sammenheng med at teknologien i så stor grad knytter kvinner til deres biologiske funksjon og reproduktive evne. Selv om svangerskap og fødsel er svært viktige begivenheter for kvinner, og det å ikke få oppleve det klart kan være en lidelse, er kvinnebevegelsen negativ til det å definere barnløshet som sykdom. Det er ikke kvinnen som er syk, problemet ligger mye i de forventninger omgivelsene stiller til den sosiale kvinnerollen." "Den frykter videre at tilbudet ( om IVF) skal føre til en enda sterkere segmentering av kvinners primære rolle som mor, og en stemping av tilværelsen som barnløs som mindreverdig" (9.1.3) Assistert befruktning vil dermed ved sin blotte eksistens kunne oppfattes som en kvinnediskriminerende metode.

Denne reaksjon er forståelig. Og som vi ovenfor har søkt å vise er den kulturelt betinget. Det er et faktum at det alltid har vært ektepar som ikke får egne barn, og vil alltid komme til å bli det uansett metodeforbedring. Derfor er det helt berettiget å understreke det normale i at noen er barnløse. En slik holdning vil aldri gjøre det likegyldig for ektepar å få egne barn, men det vil utvilsomt lette situasjonen for dem som ikke får det.

Vår språkbruk er viktig. Dersom barnløshet defineres ukritisk som "sykdom", vil dette skape holdninger vi ikke ønsker. Men barnløshet er oppført på WHO's liste over tilstander som er berettiget til medisinsk hjelp. Og det er et faktum at en del infertilitet kan føres tilbake til funksjonsforstyrrelser på eggleder, eggstokker eller i testiklene. Assistert befruktning har vist at kvinner og menn som har disse funksjonsforstyrrelsene kan få hjelp.

Da er det viktig at valg av terminologi ikke skaper unødvendige problemer. Det er viktig at betegnelsen "sykdom" ikke skaper uønskede holdninger, men det er også viktig at fravær av denne betegnelsen ikke gjør det moralsk og juridisk uberettiget å be om hjelp om en har disse funksjonsforstyrrelsene.

Er det berettiget å oppfatte assistert befruktning/IVF som en etisk "nøytral" metode og at det etiske valg må treffes ved om en benytter metoden eller ikke (jfr. adgangen til abort)?

#### **Adopsjon som alternativ.**

Det har gjentatte ganger vært hevdet mot assistert befruktning at adopsjon er et alternativ. Det har blitt understreket at både i nasjonalt og globalt perspektiv er det langt mer etisk forsvarlig å adoptere et barn fremfor å benytte en metode som det kan reises etiske innvendinger mot.

Adopsjonsargumentet har utvilsomt vekt. Det er en kjennsgjerning at det finnes barn i vårt land og særlig i andre verdensdeler som vokser opp under slike forhold at adopsjon vil være en stor velgjerning.

Det hører med til bildet at adopsjon er vanskelig å oppnå. Det er særlig vanskelig å få barn fra vårt eget land. Og det er forbundet med for noen krevende prosedyrer å skulle vende seg utenlands for adopsjon. Likevel skjer slik adopsjon stadig.

Men adopsjon er ikke bare et spørsmål om samfunnsansvar. Det er også et dypt personlig spørsmål som det ikke er lett å foreskrive handlingsmøster for. Selv om muligheten til adopsjon må kunne pekes på generelt, berører adopsjon så personlige forutsetninger og følelser at det må være helt overlatt til de barnløse å vurdere dette som alternativ.

#### **Økonomisk prioritering.**

Det kan ikke stikkes under en stol at de etiske spørsmål også omfatter den økonomiske prioritering. I stortingsmeldingen om mennesker og bioteknologi står det blant annet "Det har vært betydelig politisk uenighet om hvilken prioritet tilbud om befruktning utenom kroppen skal



ha. Denne debatten bør sees i lys av spørsmålet om hvorvidt offentlig helsevesen i det hele tatt skal finansiere behandling av ufrivillig barnløshet. .. IVF-behandling kostet i 1991 offentlig helsevesen ca. 20 millioner kr. Behandling av ufrivillig barnløshet omfattes ikke av Sosialdepartementets venetelistegaranti. Behandlingstilbudet er derfor avhengig av kapasiteten ved det enkelte sykehus". (5.2 s.63).

Den etiske problematikk oppstår når kostnadene ved tilbud om assistert befruktning skal vurderes mot kostnadene til andre helsetjenester og behandlingsmetoder. Uten å gå i detaljer må det vel være rett å si at behandlingsskø ved alvorlige og livstruende sykdommer gjør spørsmålet særdeles aktuelt. Det må forutsettes enighet om at "livstruende" gjelder det fødte, ikke det potensielle liv.

Det gis neppe noen enkel og grei løsning på prioriteringsproblemet. Og rent pragmatisk vil vi kunne utsette en konkret debatt om prioriteringer inntil Regjeringen i 1994 legger frem sin nye stortingsmelding hvor prioriteringsspørsmålet er bebudet. Men vi kan ikke unngå å stille fundamentale etiske spørsmål ved enhver helseprioritering:

- 1) I hvilken grad kan det sies at anvendelsen av assistert befruktning foregår på bekostning av behandling for alvorligere lidelser, t.eks. livstruende sykdommer?
- 2) Hvordan skal vi vurdere spørsmålet om egenandel i forhold til prioriteringsproblematikken?

#### **Hovedmål og etisk perspektiv i Stortingsmelding nr.25 (1992-93) Om mennesker og bioteknologi.**

Regjeringen uttrykker sitt hovedmål slik: "Det er Regjeringens hovedmål å utnytte moderne medisinske behandlingsmåter til beste for mennesket." (5.4) Dette overordnede prinsipp antar jeg at det vil være bred ideologisk og politisk enighet om.

Likevel vil det være varierende forståelse av hva som er "behandlingsmåte" og hva som er "til beste for mennesket". Vil t.eks. forskning for å forbedre metoden kunne regnes til behandlingsmåten? Hvorvidt en behandlingsmåte som medfører såvidt store belastninger for kvinnen, med risiko for fortsatt å forbli barnløs, er det beste i forhold til det å forbli ubehandlet, er et vurderingsspørsmål.

Det etiske perspektiv presiseres slik: "De normer og sentrale overordnede prinsipper som etter Regjeringens mening må legges til grunn ... er også på dette området respekt for menneskeverd og menneskelige rettigheter og prinsippet om solidarisk samfunn."

Jeg ønsker ikke å gå inn i en ideologisk problematisering av de enkelte begreper som her benyttes. Det kan en selvsagt gjøre i annen sammenheng. Her ønsker jeg kort å peke på at tredelingen er karakteristisk.

Også i spørsmålet om assistert befruktning er vi nødt til å forholde oss til et overordnet prinsipp om menneskeverd. Det er altså ikke opp til en viss "etterspørsel" å fastslå hvordan assistert befruktning skal vurderes og reguleres.

Det overordnede prinsipp om menneskeverd forstås slik at det også gir rom for å vurdere menneskelige rettigheter. Dette innebærer at menneskets rettigheter, juridiske og etiske, må ivaretas ved behandlingsmetoden. En tolkning som "rett til å få behandling" er neppe adekvat. Den eksisterende lov slår fast at ingen har krav på behandlingen, men den kan gis som tilbud. Og i NOU 1991:6 heter det: "Kvinnebevelgelsen avviser rettighetstenkning i forbindelse med behandling for barnløshet og vil heller ta utgangspunkt i barnets rettigheter...barn har rett til å bli født av en mor som har utvilsomt juridisk og moralsk ansvar for å ta seg av det." (9.1.3)

For det tredje legges prinsippet om solidarisk samfunn til grunn for hvilket handlingsmønster som skal følges. Dette innebærer at prioriteringer må foretas i solidaritet med og avveies mot andre grupper som kan melde sine behov til helsevesenet.

#### **IVF-tilbudet opprettholdes. Fortsatte drøftinger.**

I den tiden assistert befruktning har funnet sted er det frem til 1.oktober 1992 født 1731 barn med IVF-metoden. Regjeringen tolker situasjonen slik at metoden nå har "bred allmenn aksept i befolkningen" og finner derfor å ville opprettholde tilbudet.

Men flere forskjellige høringsinstanser (5.3) mener at det fortsatt er behov for å overveie de etiske problemer ved metoden. T.eks. sier Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin at "tiden er inne for at metoden tas opp til en ny og grundigere etisk vurdering."

Ettersom det fortsatt er vesentlige kritiske merknader til IVF, bør det i forbindelse med den bebudede stortingsmelding i 1994, "hvor befruktning utenfor kroppen blir drøftet" (5.4), finne sted en ny og grundig drøfting av de etiske spørsmål ved fortsatt anvendelse.

Det kan i denne forbindelse stilles følgende spørsmål:

- 1) Bør IVF-metoden betraktes som en type forsøk inntil videre?
- 2) Er det i tilstrekkelig grad klarlagt om metoden har uheldige bivirkninger?

#### **Utvidelse av kriterier.**

Assistert befruktning har, slik den hittil har vært praktisert, i hovedsak tatt sikte på å hjelpe ektepar i de tilfeller der infertilitet skyldes klart påviselige funksjonsforstyrrelser hos kvinnen. Meldingen viser til at "metoden også egner seg ved behandling av uforklarlig infertilitet, og som behandlingsmetode for de som er infertile fordi mannen har nedsatt sædkvalitet."

En slik utvidelse av kriteriegrunnet synes å være relativt uproblematisk. Det kan imidlertid være grunn til å peke på at "uforklarlig infertilitet" er et så ubestemt kriterium at det kan virke stimulerende på ønsket om å forske på befruktete egg.

#### **Bruk av donorsæd.**

Hittil har forutsetningen for anvendelse av IVF vært at det er ektemannens egen sæd som skal anvendes ved befruktning utenfor kroppen. Mens det ikke er sett på som uetisk å anvende donorsæd ved kunstig inseminasjon, er det opplevd som problematisk å anvende metoden sammen med IVF.

Det er hevdet at det ikke uten videre er lett å begrunne forbudet mot bruk av donorsæd logisk. Den tankegang som ligger bak er vel at assistert befruktning kan finne sted som en hjelp ved én type funksjonsforstyrrelser. Opptrer flere funksjonsforstyrrelser samtidig slik at det kreves kombinasjon av metoder, vil dette være en for høy grad av inngrep for å stimulere befruktningen, "en større grad av manipulering med befruktningen enn teknikkene anvendt hver for seg" (5.3).

Spørsmålet som reiser seg er om de større praktiske vanskeligheter ved kombinasjon av kunstig inseminasjon og IVF er tilstrekkelig som begrunnelse for at dette etisk sett ikke bør gjøres. Dersom begge metoder hver for seg kan forsvares, finnes det noe annet enn rent følelsesmessige grunner til å vegre seg mot kombinasjonen av dem?

Den viktigste grense logisk sett kan jo faktisk sies å overskrides ved kunstig inseminasjon, i det en her fører inn en tredje person, den anonyme donor. Noen prinsipiell grense i forhold til denne overskrides ikke ved at donorsæd anvendes i kombinasjon med IVF.

Såvidt jeg kan se har meldingen rett i at "barnets situasjon vil bli den samme juridisk, sosialt og biologisk som de barn som blir født etter kunstig inseminasjon".

Personlig antar jeg at en tilstrekkelig grad av usikkerhet om kombinasjon av disse to metoder kan være motiverende for et fortsatt forbud. Jeg finner høringsuttalelsen fra Regionsykehuset i Trondheim å målbare dette når det sies at "Befruktningsteknologien er knyttet til personidentifikasjons- og familieforhold. Effekten av kombinasjonen både for individ og samfunn kan utgjøre mer enn summen av enkeltfaktorer, også ut over de rent teknologiske og biologiske konsekvenser." Sykehuset peker også på at det vil være vanskelig å sette grenser for hvem tilbudet skal gjelde.

Meldingen har bl.a. følgende resonnement til forsvar for å tillate bruk av donorsæd ved IVF: "Det er ... ulogisk at behandling av barnløshet bare skal tilbys par hvor enten mannen eller kvinnen er befruktningsudyktige, men ikke par hvor både mannen og kvinnen er befruktningsudyktige."

- 1) Kan fortsatt utelukkelse av behandlingstilbud hvor begge er befruktningsudyktige sies å være en uakseptabel diskriminering av personer med større samlet grad av funksjonsforstyrrelser enn andre?
- 2) Bør kombinasjonen av metodene utelukkes av medisinske eller økonomiske grunner?

#### Regulering og fosterreduksjon.

Det har vært en viss mediaoppmærksomhet omkring flerlingefødsel ved anvendelse av assistert befruktning. Meldingen viser til at "det ble i alt født 1 sett firlinger, 17 sett trillinger og 64 sett tvillinger ved offentlige sykehus" (5.2).

- Den større hyppighet av flerlingefødsler ved assistert befruktning tilsier at en i størst mulig grad bør gjøre metoden tilnærmet lik fødsler som skjer ved ikke-assistert befruktning. Derfor har de fleste høringsinstanser støttet Etiklutvalget som foreslår at maksimum tre befruktede egg innsettes pr. behandlingsforsøk.

Rapporter fra sykehusene viser imidlertid at det ved flere sykehus bare innsettes to egg, mens ett sykehus planlegger å redusere til ett egg.

På denne bakgrunn virker det derfor veloverveid at meldingen "tilrå at institusjonene ut fra en medisinsk vurdering i hvert enkelt tilfelle bestreber seg på å unngå svangerskap med mer enn to fostre."

I denne sammenheng finner Regjeringen reduksjon av antallet insatte befruktede egg gjør det ikke lenger aktuelt med selektiv fosterreduksjon i Norge.

Etiklutvalget mente at det måtte settes et forbud mot selektiv fosterreduksjon gjennom lov om svangerskapsavbrudd. De fleste høringsinstansene deler utvalget syn her.

Jeg mener derfor at Regjeringens tilrådning om å redusere antallet innsatte egg er et for svakt grunnlag til å se bort fra at selektiv fosterreduksjon fortsatt kan være aktuell problemstilling.

#### Eggdonasjon.

Regjeringen opprettholder det prinsipielle forbud mot eggdonasjon, men sier at "erfaring med eggdonasjon er internasjonalt nå langt større og behandlingresultatene bedre enn da lov om kunstig befruktning ble vedtatt og da Etiklutvalget avga sin innstilling.

Regjeringen legger videre vekt på å kunne hjelpe "grupper av kvinner f.eks. at kvinnen er bærer av arveanlegg for alvorlig arvelig sykdom eller ikke kan produsere egne egg". På denne bakgrunn foreslås det nå at det gis dispensasjonsadgang til eggdonasjon "på særlige medisinske

vilkår".

Det viktige etiske spørsmål som må overveies er om det kan sies å være noen prinsipiell forskjell på eggdonasjon og sæddonasjon. Halvparten av Etikkutvalgets medlemmer mente at det er en forskjell. De sier at "bruddet med det sikre "genetiske moderskap" er et alvorlig skritt som kan føre til mange problemer for impliserte parter ... at eggdonasjon under alle omstendigheter vil være ett brudd med svangerskapets helhet og ukrenkelighet, med barns rettigheter og sosiale tradisjoner" (NOU 9.7.3).

Human-Etisk Forbund slutter seg til denne del av Etikkutvalget og sier at "Selv om man kan tenke seg en rekke verdige unntakstilfeller, vil en støtte det syn at eggdonasjon ikke er akseptabelt."

Fra én side sett er det ikke logisk å sette en prinsipiell grense mellom egg- og sæddonasjon. Det kan hevdes at dette vil være å sette kvinnen i en særstilling i forhold til mannen som biologisk opphav. En slik fastholden av "genetisk moderskap" virker diskriminerende på barn som ikke er født ved "genetisk farskap".

Men det faktiske forhold er at naturen selv, gjennom svangerskapet, utvilsomt setter kvinnen i en særstilling. Og det finnes lange kulturelle tradisjoner for å hegne om den utvetydige forbindelse mellom mor og barn. Det forekommer meg derfor, tross "verdige unntakstilfeller" og logiske problemer, å være et for alvorlig prinsipielt steg å tillate eggdonasjon. Og på tross av at "særlige medisinske vilkår" skal være begrensende og regulerende kriterium, mener jeg at vi ikke i tilstrekkelig grad overskuer konsekvensene.

I denne forbindelse vil jeg også hevde at bruk av donorsæd heller ikke er prinsipielt uproblematisk. Og praksis med å bevare donors anonymitet har vært anfektet av flere.

#### Utvidet frysetid.

Regjeringen foreslår en utvidelse av frysetiden for befruktede egg - ubefruktede egg kan ikke fryses - fra 12 mnd til tre år fra kvinnen har fått barn som resultat av IVF.

En utvidelse av frysetiden bør prinsipielt ikke være vanskelig å akseptere. Alternativ til lengre frysetid er fortere destruksjon i tilfelle eggene ikke implanteres.

Men forslaget innebærer også at assistert befruktning ikke bare skal hjelpe ufrivillig barnløse, men at par som allerede har fått barn skal kunne få flere. Det er forståelig, ikke minst for de mange som ser det som viktig at barn får vokse opp i en søskenflokk, at de ikke ønsker at gruppen som har fått hjelp av assistert befruktning skal fremstå som en egen gruppe av "ettbarn-familier" i vårt land.

Spiller det noen viktig rolle at barn født på forskjellig tidspunkt ved assistert befruktning, ville ha vært tvillinger ved ikke-assistert befruktning?

#### "Stabile samboere"

Assistert befruktning er etter lovens § 4 kun tillatt for ektepar. "Regjeringen finner ikke å (ville) knytte betingelser om form for ekteskapelig samliv til et medisinsk behandlingstilbud".

Bakgrunnen for bestemmelsen om ekteskap som kriterium er ikke motivert med foreldrenes rettigheter, men med den rett barnet har til å vokse opp under maksimalt trygge forhold og juridisk sikre bestemmelser. "Stabilt samboerforhold" kan, målt med dagens ekteskaps- og samlivproblematikk, under gitte omstendigheter være like stabilt som en del av ekteskapene. Og de såkalte "avtalte samliv" reguleres under til dels sterke privatsrettslige bestemmelser.

Men regulering av samboerforhold er i dag helt overlatt til samboernes eget initiativ, mens de som inngår ekteskap automatisk kommer inn under en rekke rettsbestemmelser. Undersøkelser i

Sverige tyder også på at samboerskap har større oppløsningsgrad enn ekteskap.

Selv om vi kan argumentere med at samboere får barn uten at samfunnet av den grunn stiller krav om rettsregulering av samlivet, finner jeg at det av hensyn til et minimum av stabilitet og rettsregulering er nødvendig fortsatt å stille krav om ekteskap for assistert befruktning.

**Forskning på befruktede egg.**

Professor dr.med. Ola Didrik Saugstad sa nylig i et foredrag om sitt dilemma i forhold til IVF-metoden: "Jeg har akseptert IVF metoden, selv om jeg nok helst så at den ikke eksisterte. Samtidig kan jeg ikke akseptere at det gjøres forskning på befruktede egg. Vi vet at IVF metoden aldri kunne ha vært utviklet uten at det ble gjort forskning på befruktede egg. En slik forskning bryter en grense som etter min mening burde være hellig. Men samtidig er det for meg uetisk å akseptere et behandlingsprinsipp i medisinen uten at man samtidig driver forskning for å forbedre metoden."

Jeg mener at Saugstad her på en treffende måte beskriver den problematikk som vi har i spørsmålet om assistert befruktning.

Metodens eksistens har forutsatt en viss forskning. Skal metoden forbedres, bl.a. slik at tap av befruktede egg unngås, kreves det også forskning.

Samtidig går det etter min mening en klar etisk grense ved det befruktede egg. Skal en fastsette et menneskes verd, og ikke er villig til å operere med en gradvis verd-setting under fosterutviklingen, er det vanskelig å se annen løsning enn at grensen settes ved befruktningen. Dette er derfor forutsetningen for at det befruktede egg må behandles med så stor grad av aktsomhet, noe deler av vår lovgivning gjenspeiler.

Jeg ønsker assistert befruktning/IVF fortsatt som en metode til hjelp for ufrivillig barnløse. Men jeg ser at den åpner for forskning på befruktede egg. Og det dreier seg ikke bare om forskning eller destruksjon som det minste av to onder. Det dreier seg i realiteten om forskning kombinert med destruksjon. Da stiger vi over en grense, og det bør gjøre oss alle betenkte.

\*\*\*\*\*

**KNUT RUYTER, NAVF-stipendiat, Senter for medisinsk etikk:**

**Kommentar til Sigurd Osberg:**

Jeg er stipendiat ved Senter for Medisinsk etikk, og arbeider selv med en avhandling om disse teknikkene. Det er veldig mye å kommentere i det Osberg her har lagt frem, men jeg skal nøye meg med å kommentere to helt spesielle områder: forskning på befruktede egg og anonym eggdonasjon.

Først vil jeg bemerke at det i den medisinske kontekst er vanlig å gå utfra at de voksne ufrivillig barnløse er klientene. Ønsket om å åpne for forskning på befruktede egg og å utvide bruken av teknologien er hovedsaklig begrunnet utfra hensynet til voksne pasientgrupper og den kunnskap leger og behandlere kan få. I min kommentar vil jeg fokusere på hva som kan sies å være til det fremtidige barns beste interesse, som også er en del av hva som er til beste for mennesker som Regjeringen legger til grunn i denne saken. Barnet er den part som i denne saken ikke selv kan komme til orde. Dette er også ledsaget av en stadig større vektlegging av at fosteret oppfattes som en pasient som kan behandles. De omtales også ofte som "små mennesker." Også befruktede egg kan bli pasienter, som det vil kunne bli mulig å behandle.

### **Forskning på befruktede egg.**

Først en parentes. Vilkåret for å forske på befruktede egg er at de må være overtallige, som synes å forutsette at dette er befruktede egg som ville bli kastet uansett. Derfor kan vi bruke disse til et overordnet godt formål. Etter mitt skjønn er dette vilkåret moralsk irrelevant, da man ikke kan basere etiske retningslinjer på noe som forskningen selv har laget. Vi har ikke å gjøre med en naturgitt overtallighet, men en som er bevisst produsert. Overtallighet kan lett unngås ved bare å befrukte det antall egg som skal tilbakeføres til kvinnen. I tillegg synes det betenkelig å knytte "til overs" tankegangen til medisinsk forskning. Det er mye som kan tenkes å bli "til overs" i livets begynnelse (aborterte fostre, for mange gutte eller pikefostre), hvor status er usikkert.

Det eneste holdbare argument for å drive destruktiv forskning på befruktede egg synes å være knyttet til en overbevisning om at det menneskelige liv på dette stadium ikke har noen moralsk status eller har så liten status at det kan dispenseres med av viktige hensyn. St.meld. sier at "den store biologiske forskjell mellom befruktede egg og fullt utviklet foster ... nødvendigvis må få konsekvenser for vurderingen av fosterets status", (s.81, 9) uten at den på noe punkt begrunner hva den moralsk relevante forskjell består i, og som støter an mot deres ønske om at "alle mennesker har lik verdi, på tvers av ulik intellektuell og fysisk utrustning... Menneskeverdet kan ikke knyttes til bestemte menneskelige egenskaper, evner eller arveanlegg." (s.9)

Biskop Osberg, på linje med Kirkemøtet, mener at "menneskelivet og menneskeverdet begynner ved unnfangelsen." Hvis så er tilfelle, kan ikke det befruktede egg utsettes for behandling eller forskning som medfører destruksjon. Dette innebærer ikke nødvendigvis at prøverørsmetoden må forkastes, men at den begrenses til bare å befrukte de antall egg som kan tilbakeføres til kvinnen.

På filosofisk og teologisk grunn hersker det imidlertid alvorlig tvil om det er riktig å koble fullverdig moralsk status til det befruktede egg. Selv mener jeg at det menneskelige liv ikke kan sies å ha fullverdig moralsk status før det er individualisert, og det skjer tidligst etter ca 14 dager.

Men selve tvilen bør jo etter hevdvunne tradisjoner komme den tiltalte til gode. Spørsmålet om manglende moralsk status gir uansett ikke fripass for forskning. Som moralske subjekter, også som menneskelige forskningssubjekter, har de krav på beskyttelse, og dette kan tilkjennes helt uavhengig av moralsk status. Her er jeg helt på linje med Den nasjonale forskningsetiske komite, som mener at befruktede egg, som forsøkskandidater, skal beskyttes etter de samme regler som alle andre forsøkskandidater i forskning. Dette er en analogisk utvidelse som tilsier at befruktede egg, som moralske subjekter, skal behandles på samme måte som fødte forsøkspersoner.

Imidlertid, å skille det menneskelige liv og menneskeverdet fra hverandre i de første 14 dager gir muligheter for at beskyttelsen kan variere i henhold til anvendelsesområder, f.eks. når formålet er terapeutisk behandling av infertile. (Selv om dette ikke er uproblematisk).

### **Eggdonasjon og opphevelse av anonymitet.**

Jeg vil også benytte anledningen til å kommentere forslaget om å åpne for anonym eggdonasjon. Det er hevdet at dette kan begrunnes utfra moralske relevante likheter mellom sæddonasjon og eggdonasjon. Hvis vi først aksepterer sæddonasjon, må vi også akseptere eggdonasjon.

Imidlertid er det ihvertfall tre forskjeller som taler imot også å tillate eggdonasjon. For det første krever eggdonasjon et langt større medisinsk inngrep.

For det annet, og viktigere, bryter det opp morsfunksjonen i en genetisk mor på den ene side og en svangerskapsmor og sosial mor på den annen. Vi har hittil kunne gå ut fra at den kvinne som

føder et barn, også er barnets genetiske mor (mater semper certa). Det vil ikke lenger være tilfelle. I 1986-87 ble forbudet mot eggdonasjon nettopp begrunnet ut fra at barnet "vil miste en av de mest grunnleggende identitetstilknytninger det har". (Ot.prp.nr.25, s. 18-19). Det er ikke lett å gjennomskue hvorfor dette ikke lenger er vektlagt.

For det tredje forutsetter eggdonasjon behandling ved hjelp av prøverørsmetoden, som også vil ha den følge at anonym sæddonasjon må tillates i tilknytning til IVF. Disse argumenter kan tale i mot å åpne for eggdonasjon.

Enda viktigere enn dette er imidlertid hensynet til det fremtidige barnet. Her mener jeg vi kan dra lærdom av praksis ved adopsjon, som i dag er tuftet på hva vi mener gagnar barnet, bl.a. at atskillig empirisk barneforskning viser at manglende kunnskap om opphav kan føre til en rekke psykologiske skader. Dette la i sin tid grunnlaget for at adoptivbarn ble gitt muligheter til å få vite hvem de opprinnelige foreldre er. Det samme må gjelde for barn som fødes ved hjelp av en sæd- eller eggdonor.

Etter mitt skjønn må barnets interesser veie tyngre enn foreldrenes eller donorenes interesser. Hvis donasjon skal tolereres som en akseptabel behandlingsform, betinger det, etter mitt skjønn, åpenhet rundt tilblivelsesmåten og mulighet for barnet til å få kunnskap om sitt biologiske opphav. Økt kunnskap om og større åpenhet om infertilitet, studier som viser at særlig kvinnelige donorer ikke nødvendigvis forutsetter anonymitet, større vanskeligheter med å opprettholde anonymitet ved eggdonasjon fordi giver og donor må være på samme sted på samme tid, er tilleggsfaktorer som sannsynligvis vil presse frem større åpenhet om donasjon og bidra til en grundig diskusjon om berettigelsen av anonymitet.

\*\*\*\*\*

**BRITA GULLI, forsker, NAVFs Etikk-program:**

**Kommentar til Sigurd Osberg:**

Jeg hadde tenkt å ta utgangspunkt i hva Osberg har sagt i en annen sammenheng. Det var et intervju i "Gen-i-alt" nr. 2, hvor du tar opp mange av de innbygde problemene med prøverørsteknikken, og peker på at hvis vi vil ha IVF, så må vi også akseptere konsekvensene. Du reiser det som problem, og nevner seleksjon av de beste eggene, destruksjon av overtallig egg, forskning på befruktete egg, siden de allikevel kastes osv. Jeg oppfatter dette som en helt grunnleggende problemstilling, hvor du på en måte sier - eller spør - "er det ikke sånn at hvis vi vil nå målet, må vi ville midlene - de som er innebygget i teknikken?". Jeg har tenkt å spinne litt videre på det. Særlig på bakgrunn av Regjeringens nye forslag som flytter grensene ytterligere og viser den problematikken som du har satt fingeren på.

De fleste mener at de nye gen- og forplantningsteknologiene må styres. Men på hvilket normativt grunnlag? Det er vel det kinkige punkt. Det andre spørsmålet er: Må vi akseptere all teknologi bare fordi vi har den? Hvis ikke - hva sier dette om den frie forskningen? For det er jo den som leverer oss disse teknikkene og stiller oss overfor disse valgene. Må den også begrenses?

**Inngrep i kvinners integritet.**

Mine kritiske innvendinger mot IVF-teknologien går på at teknikkene innebærer omfattende inngrep i kvinners fysiske og psykiske integritet. Det er et viktig utgangspunkt for å vurdere teknologi. Forplantningen foregår fra naturens hånd i kvinnens kropp, og det setter visse grenser for hva som er mulig. IVF, og særlig egg og embryodonasjon, reduserer denne prosessen til en rekke bestanddeler som kan manipuleres teknisk, og som dermed gjøres til noe utenfor kvinnen.

Dette innebærer grunnleggende endringer av moderskapet sånn som vi kjenner det. Det betyr at kvinner ikke lenger er bærer et nytt liv hvor dette livet er en integrert del av henne, men hun blir mer en slags omgivelse for et befruktet egg som medisinske teknologier kan sikte seg inn på. Ut av denne teknologiske muligheten kommer også spørsmålet om fosterets rettigheter og det etiske i å forske på fosteret. Fosteret kommer i fokus også på grunn av medisinsk teknikk.

Jeg vil reise spørsmål om hva med adgang til å forske på kvinner? Dette har vært lite diskutert, men det er den ytterste konsekvens av denne ytterliggjøringen av forplantningen som skaper et skille mellom kvinne og foster. Dette skillet gir opphavet til en rekke nye etiske problemer. Konsentrasjonen om fosteret fører til at en lett glemmer at den pågående eksperimenteringen av IVF-teknikken også er forskning på kvinner. Den ikke ufarlige hormonstimuleringen, uthenting av eggene, kassering av overtallige egg, nedfrysing av embryo for lengre og lengre tid, implantering av dem igjen, utskylling av fostre, implantering av egg hos andre kvinner osv. I en del land foregår også injeksjon av sædceller for hånd.

Jeg tror ikke at dette var mulig, eller så lett mulig, hvis vi også oppfattet IVF som inngrep og forskning på kvinner. Men jeg tror noe av problemet er at IVF nokså raskt har kommet til å betraktet som behandling i Norge. Verdens helseorganisasjon har betraktet dette som et eksperiment, og jeg synes at situasjonen reiser spørsmål om en grensedragnings mellom behandling og forskning. Hva er behandling og hva er forskning? Hva tillater vi av forskning på fostre selv om kvinnene samtykker? På andre områder er ikke samtykke nok. Hvorfor her?

Dersom vi i Norge fortsatt aksepterer en metode med så lav suksess - 11% pr. forsøk - så antar jeg at det er forskningsinteressen bak, ikke behandlingsinteressen, som er avgjørende for Regjeringens forslag.

**Tankegangen påvirkes av teknikken.**

Et hoved-spørsmål: Er vi i ferd med å løsrive forplantningen fra kvinnens kropp? Jeg gjør oppmerksom på at det eksperimenteres med kunstig livmor på dyr andre steder i verden. Er det denne løsrivelsen som er problemet? Må konsekvensen bli, som Osberg spør om, at vi tillater destruksjon av overtallige egg, eller at vi forsøker på dem isteden, siden vi likevel kaster dem? Jeg tror at når forplantningen ikke lenger er bundet til kvinnens kropp på samme måte som før, blir det enklere for oss å manipulere livet - ikke bare teknisk, men også etisk. Hovedproblemet med teknologien er at den påvirker vår tankegang i sterk grad. Vi tenker teknisk.

Når en kvinne bestemmer seg for en abort, så ødelegges fosteret og en livsmulighet stoppes. Men fosteret er tross alt en del av kvinnens kropp, og det er kvinnen som er gravid. Hun stopper sitt svangerskap, og det er ikke noe utenfor henne. Men situasjonen er en annen når en bruker et embryo til bestemte formål. Da bruker man dette embryo som rene midler. F.eks seleksjon av embryo til befruktning utenfor livmoren, eller som middel i en forskningsprosess til en vellykket befruktning senere. Skulle dette synspunktet følges helt konsekvent så ville det bety at vi tillater forskning på provoserte aborter også, fordi fosteret allikevel aborteres.

Derfor tror jeg at de grenser som kvinnens kropp setter er viktig å ta vare på og å ha som rettesnor. Jeg synes det er umoralsk å bruke fosteret som et rent middel i forplantningsøyemed. Derfor er jeg også veldig uenig i Regjeringens syn om at forskning på fostre og befruktete egg er basert på fosterets gradvise rettsvern, slik abortloven er grunnlagt. Jeg tror det er noe helt annet. Jeg er enig med Knut Ruyter her i at vi bør vel ha samme regler for forskning på voksne som på fostre. Men ser en på den forskningen som her blir drevet på kvinner, er jeg ikke så veldig sikker på at det er beskyttelse nok. Takk.

**KETIL GRAVIR:**

Osberg, nå vil kanskje du ha en kommentar til kommentarene?



**SIGURD OSBERG:**

Det som jeg festet meg spesielt ved i Knut Ruyters innlegg, er at du sa at betraktningen av menneskeverdet, eller beskyttelsen av menneskeverdet ikke kan være fullverdig før den fulle individualisering. Der konstaterer jeg en uenighet mellom oss. Slik jeg oppfatter det skjer det prinsipielt nye ved befruktningen. Ellers vil vi være henvist til å operere med relativt diffuse kriterier.

**INGE LORANGE BACKER, professor, Institutt for offentlig rett,  
medlem av Bioteknologinemnden:**

Osberg bygget her på noen premisser som henger sammen med hvilke rettigheter barn har i forhold til foreldre, altså hvordan vi ser på barnets rettigheter overfor foreldrene i Norge i dag. Etter barneloven av 1981 er det prinsipielle utgangspunktet i norsk rett at barns rettigheter overfor foreldrene er uavhengig av foreldrenes ekteskapelige status. Med andre ord: Det er i prinsippet likegyldig - det er noen praktiske modifikasjoner - men i prinsippet er det likegyldig om samlevende foreldre er gift eller ikke. Så jeg kan ikke se at det er noe egnet kriterium for å ta standpunkt til om assistert befruktning bør komme samlevende parter til gode.

**KETIL GRAVIR:**

Arne Sunde, de barn som unnfanges på denne måten, blir de fulgt opp på noen spesiell måte? Har man full visshet for at de ikke har spesielle medisinske eller andre problemer?

**ARNE SUNDE:**

Ja, kolleger både i Danmark og Sverige har programmer for oppfølging. I Norge har vi et eget program hvor vi melder til fødselsregisteret i Bergen. Når det gjelder de undersøkelsene som er gjort i Sverige og i Danmark og en del andre plasser også, hvor man har fulgt barna oppover mot skolealder, så er resultatene som man kan forvente - positive i den grad det er noen forskjell mellom IVF-barn og referansegruppen. Dette sannsynligvis utfra at foreldrene har ventet så lenge på dette barnet.

\*\*\*\*\*

**DEBATT: PRØVERØRSMETODEN. HVA BØR REGULERES OG HVORFOR?**

**I PANELET:**

Storingsrepresentant William Engseth, AP  
Storingsrepresentant Solveig Solli, KrF  
Storingsrepresentant Annelise Hægh, Høyre  
Likestillingsombud Ingse Stabel  
Professor Kåre Berg, Universitetet i Oslo,  
- medlem av Bioteknologinemnden

**INGSE STABEL, Likestillingsombud, medlem av NEM (Nasjonal forskningsetisk komité for medisin):**

**Hva bør reguleres og hvorfor?**

Den loven vi har i dag som er fra 1987. Jeg synes den er en god lov, som tar opp de spørsmålene som bør reguleres. Mitt primære syn er at den loven bør opprettholdes, og at man

ikke bør gjøre noen forandringer i den. Før jeg begrunner det, vil jeg gjerne kommentere spørsmålet om barnløshet er en sykdom, evt. med rett til behandling, og om dette skulle være en kvinneverettighet.

Det har jo ofte blitt sagt til meg at jeg ukritisk må gå inn for enhver bruk av denne metoden fordi behandling av barnløshet er et gode for kvinner. Til det vil jeg si at barnløshet er et relativt problem. I Norge synes jeg heller at vi bør være glad for, og stolt av, at barnløshet ikke er et veldig stort problem for kvinner - at kvinner har andre måter å leve ut sin arbeidskapasitet, sine sosiale relasjoner og sitt forsørgerbehov.

I et likestilt samfunn mener jeg at barnløshet ikke kan være annet enn et luksusproblem. Nå har vi ikke et likestilt samfunn i Norge i dag, men hvis man tenker seg at vi virkelig kom så langt at menn og kvinner var helt likestilt, så er ikke behandling av barnløshet noe som inngår i de elementære rettigheter for hverken kvinner eller menn.

Jeg er ikke motstander av prøverørsbehandling. Jeg synes det er et gode, og vi bør forsøke å innrette oss slik at vi fortsatt kan ha dette tilbudet. Men jeg vil minne om at den loven i høyeste grad var et kompromiss. Stortinget forsøkte å gjøre noe som er vanskelig, kanskje umulig, nemlig å si ja til det gode, men samtidig nei til det onde. Man ville altså ta de gode sidene ved metoden - det at barnløse kunne få barn - men forsøkte å unngå det som var etiske problemer og misbruk.

Det er mulig at man kan si som Arne Sunde at det er inkonsekvent, men hvis man hadde vært konsekvent ville sannsynligvis resultatet i dag være at prøverørsbehandling ikke ville vært tillatt. Jeg tror ikke vi ville hatt stemning for en lov som var mere liberal i Norge den gangen, og hvis vi da skulle være så konsekvente som man nå oppfordres til å være, så ville vi ikke hatt noen lov. Jeg vil også si at selv om jeg er tilhenger av metoden, så har jeg ikke noe bestemt synspunkt på dette, og jeg kan godt tenke meg å slutte meg til dem som er mere kritiske.

Loven har tre viktige forutsetninger som vi ikke skal glemme. For det første skulle prøverørsbehandling bare være et tilbud til behandling av barnløshet. Det skulle ikke være et grunnlag for genetisk seleksjon. For det andre skulle man si nei til eggdonasjon og surrogatmødre. Det skulle altså være klarhet med hensyn til morskap. Og for det tredje skulle man si nei til forskning. Jeg vil kort begrunne hvorfor jeg mener det er viktig her.

At IVF skal være tilbud til behandling av barnløshet, er et viktig utgangspunkt. Det er en forutsetning metoden ikke misbrukes, f.eks. til genetisk utvelgelse. Når Regjeringen i meldingen klart sier nei til planmessige tiltak for å gjøre kommende slekter genetisk bedre enn vi som lever i dag, så synes jeg det er inkonsekvent at det nå åpnes for å gjøre unntak slik at man kan behandle også folk som ikke er barnløse, men som har en genetisk grunn for å ønske assistert befruktning. F.eks. å prøve ut om eggene er syke eller friske. At man ønsker også å åpne for forskning til bruk for dette formålet synes jeg er tvilsomt. Det har fra flere her i dag vært fremstilt som et likestillingsproblem at eggdonasjon er forbudt mens sæddonasjon er tillatt. Jeg vil si ganske klart at jeg ikke synes dette er et likestillingsspørsmål, og at likestillingshensyn ikke er anvendelige, rett og slett fordi det ikke er likhet mellom kjønnene i forplantningen. Eggdonasjon har helt andre konsekvenser enn sæddonasjon. Det er derfor heller ikke riktig å bygge på de erfaringene vi har fra sæddonasjon når det gjelder anonymitet. Hvis man skal likestille disse to tingene, vil jeg klart etterlyse behovet for en ny debatt også om sæddonasjon og anonymitet.

Vi vet svært lite om hvordan det vil virke når barn blir født med to mødre - en genetisk mor og en biologisk mor. Og jeg har også vanskelig for å forstå hvordan anonymiteten skal opprettholdes. I følge stortingsmeldingen må eggdonasjon foretas med ferske egg, fordi det ikke er teknisk mulig å foreta den med frosne egg. Både med hensyn til tid og sted vil det være veldig stor nærhet mellom donorkvinnen og mottakerkvinnen. De vil være i samme gruppe, kvinner som skal behandles for barnløshet ved prøverørsmetoden. Jeg kan ikke skjønne hvordan

det er mulig å holde disse to kvinnenes identitet skjult for hverandre. Jeg kan heller ikke se rimeligheten i det.

**KETIL GRAVIR:**

Hva med en kvinne som da drar til utlandet og får eggdonasjon der?

**INGSE STABEL:**

Vi kan jo bare regulere det som skjer her i landet. Vi kan ikke nekte kvinner å reise ut av landet, men jeg kan ikke se at dét er noe argument for å tillate det at vi uten videre skal henge oss på ethvert tilbud som er tillatt kommersielt i utlandet. Det er en form for logikk som jeg ikke kan akseptere.

Det siste jeg vil si om eggdonasjon er at vi vet lite om hvilke følelsesmessige problemer menn som har gitt sæd har. Det har vært lite forskning på det, men det begynner å komme frem erfaring om at det også fortøner seg som problematisk. Når det gjelder kvinner tror jeg at problemene vil kunne bli enda større, fordi kvinner har færre egg, og har kanskje sterkere følelser knyttet til dem. Særlig da de kvinnene som gjennomgår prøverørsbehandling og ikke får barn, men som samtidig vet at de har gitt et egg til en annen kvinne som har fått barn. Ingen makt i verden kan overbevise meg om at ikke den kvinnen vil etterspørre kontakt med det barnet og kanskje til og med gjøre krav på å være dets mor.

Det som er helt klart er at hvis man går inn for dette må også barneloven forandres slik at vi får en definisjon av morskap. Vi må også få definert hvilke rettigheter donor skal ha - om hun f.eks. skal ha besøksrett slik som fedre har. Genetisk sett står jo en donoregg-mor i helt samme situasjon som en biologisk far som ikke har kontakt med barnet. Vi har nå fått styrket fedres rettigheter ved at de har samværsrett med barn selv om de aldri har bodd sammen med moren. Jeg har selv fra egen erfaring hatt kontakt med veldig mange menn som vet at de har barn med kvinner som de ikke har hatt videre kontakt med, og som lider veldig sterkt under det at de ikke får treffe barnet.

**KÅRE BERG, professor, Universitetet i Oslo, medlem av Bioteknologinemnden:**

Jeg synes Regjeringen har laget et dokument som det står respekt av. Jeg føler at det de har gjort er å forholde seg realistisk til at vi av og til står overfor situasjoner hvor det ikke finnes behagelige, enkle, greie løsninger, men hvor man må prøve å finne frem til det minste ondet.

Jeg synes at det har vært lite oppmerksomhet om hva premissene eventuelt bør være for at man skal lovregulere ting. Det er en hel del opplagte gode grunner til det, som fare for kommersiell utnyttelse og fare for at undersøkelsesresultatet - data - kan bli brukt på en uheldig måte. Slike konkrete situasjoner skal ivaretas.

Men jeg har vanskelig for å se at det er grunn til å være så restriktiv som jeg føler at nesten alle talerne har vært. Lever man oppi en del av dette i det praktiske liv, så opplever man mennesker som har store problemer. Jeg tror at det må være mennesker i denne salen som ikke er enig i at barnløshet er et luksusproblem. Jeg har som min ledestjerne at vel skal vi være forsiktige og prøve å forholde oss så etisk som vi kan på alle måter, men det er ikke vår skyld at naturen av og til går feil. Da er det heller ikke noe galt i at vi prøver å hjelpe. Jeg tror at de aller mest skeptiske bør forsone seg med tanken på at også de som driver med moderne medisinsk teknologi har omtrent samme verdigrunnlag/etikkgrunnlag som de selv har.

### **Samfunnet føler seg truet?**

Jeg er selv av den oppfatning at i de sjeldne unntakssituasjonene der man kan forandre et menneskeliv fra noe nokså depressivt til å bli meget lykkelig bør man kunne gjøre det. Når det å få et barn er et veldig sterkt behov, så kan ikke jeg se at samfunnet skulle føle seg truet av at noen få kvinner i dette land fikk egg fra andre kvinner på en helt frivillig og betryggende måte. Jeg har prøvd å ransake min hjerne etter gode grunner for å lovregulere, og jeg er ikke sikker på at jeg finner så mange andre grunner.

Jeg snakket om dette med mulig misbruk av data - det er helt klart kommersielt misbruk også - men forøvrig vil jeg tro at man gjør klokt i å ikke detaljregulere, bl.a fordi man ikke har noen mulighet for å forutsi enhver situasjon som kan komme. Og det er jo derfor vi er der. Det er jo derfor vi ikke bare har en stensil som løser alt. Det er mennesker og det er individer, og det er uforutsigbare situasjoner. Det problemet tror jeg møtes best ved en slags rammelovgivning som ikke går i altfor stor detalj. Jeg har forstått at lover er å oppfatte som juridisk minimum, og da er det vel kanskje klokt å holde seg på et rammenivå enn å gå i for stor detalj.

### **ANNELISE HØEGH, stortingsrepresentant, Høyre:**

#### **For mye skråsikkerhet.**

Jeg synes nok kanskje at det har vært for mange prinsipper ute og gått. For mye skråsikkerhet, for mye nådeløshet - ikke minst fra representanter fra mitt eget parti det siste. Det er for lite gjensidig respekt, forståelse og toleranse for at det går an å konkludere ulikt på disse vanskelige områdene. Kanskje er det også for lite usikkerhet og for lite ydmykhet overfor at vi som lovgivere her faktisk blir invitert til å prøve å sette grenser for bruken av kjent teknologi overfor enkeltmennesker og familier som naturlig nok har sterke synspunkter og følelser på dette området fordi det angår dem helt direkte. Derfor føler jeg at konsekvensen jeg ønsker å trekke av det er å være litt forsiktig.

Mitt utgangspunkt er at *in vitro*-fertilisering i utgangspunktet er svært positivt, fordi det gir muligheter til å helbrede og forebygge alvorlige arvelige lidelser, og det gir også mulighet for å avhjelpe ufrivillig barnløshet. Det ser jeg på som positivt.

Teknikken møter også etikken. Vi kommer opp i vanskelige avveiningssituasjoner hvor vi som lovgivere må tenke ut over hva den enkelte som kanskje er direkte berørt av dette føler at hun/han har behov for, og kanskje rett til. Derfor er jeg enig i det som ligger som en basis i den loven vi nå har - nemlig at dette er et tilbud i helsevesenet og ikke en rettighet den enkelte har.

#### **Ingen rett til barn.**

Selv om det kanskje kan virke litt nådeløst å si det, så har jeg sagt det før og mener det fremdeles at den enkelte har ingen rett til å få barn. Men barn har rett til en god del ting. Det betyr at jeg mener det er riktig å ha det som et tilbud, ikke som en rettighet.

Vi skal altså prøve å skape en etisk fellesnevner gjennom en lov på et område som mange er direkte berørt av. Jeg tror derfor det er riktig og viktig å lovregulere, selv om jeg kan være enig med Kåre Berg i at man ikke skal gå alt for langt i detaljeringsgraden. Det blir nok vanskelig å unngå det, men lover er ikke bare juridiske redskaper, men også holdningsskapende redskaper i mange tilfeller. Jeg mener det er riktig å ta ut en del viktige ting og få inn i loven. Samtidig går teknikken så fort at jeg ser at vi må være villige til å vurdere om lovene skal justeres i takt med den teknologiske utvikling. Jeg synes at utgangspunktet fra Skjæraasen-utvalget og Regjeringens melding, som jeg ikke har hatt anledning til å lese i samme detalj ennå, er gode utgangspunkter.

Jeg er Høyrerepresentant, og Høyre har ikke hatt noen gjennomgang av denne meldingen ennå, men vi har tidligere hatt en foreløpig drøfting av Skjæraasen-utvalget, og grovt sett kan jeg vel si at de fleste i Høyres gruppe vil støtte mange av de forslagene som kom. Men vi vil nok holde

på at tilbudet om IVF fremdeles skal forbeholdes gifte. Jeg har fått forståelsen av at det synes mange er tåpelig og fjollete, for det er ikke sivilstanden som avgjør dette. Men mitt synspunkt er at når samfunnet skal medvirke til å skaffe noen barn, så har samfunnet lov til å sette noen krav. Jeg synes ikke kravet om at man skal være gift er så veldig vanskelig å oppfylle.

#### **Høyre tar avstand fra eggdonasjon.**

Eggdonasjon har vi hittil tatt avstand fra i Høyre. Vår tenkning har vært at vi skal ikke fjerne oss for langt fra det som går an i naturen. Ukjent far er dessverre ikke noe ukjent begrep - heller ikke i naturen, men ukjent mor er hittil ganske enestående, derfor har vi vært negative til eggdonasjon. Det er der jeg også sier at vi må ikke bli så prinsipielle hverken den ene eller andre veien at vi ikke er villige til å vurdere prinsipielle utgangspunkter opp mot den virkeligheten vi har. Uten at jeg kan si noe sikkert på Høyres vegne i dag, så vil jeg si at det Regjeringen nå har lagt frem er en meget forsiktig modifikasjon av synet på eggdonasjon. Forbudet skal fremdeles opprettholdes - det er spørsmål om man skal få avvike fra det, gi dispensasjoner i spesielle tilfeller. Hvis jeg skulle tippe hva resultatet blir, vil jeg tro at Høyre vil stå fast på forbudet mot eggdonasjon.

#### **KETIL GRAVIR:**

Er det ditt personlige syn også?

#### **ANNELISE HØEGH:**

Hittil har det vært det, ja. Så får vi se. Jeg har et åpent sinn.

#### **Frysetid og forskning.**

Frysetiden var et av de områdene hvor det var ulikt syn da vi diskuterte dette i forbindelse med Skjæraasen-utvalget. I Høyres stortingsgruppe, som gjerne ser at frysetiden blir utvidet, hørte jeg til flertallet. Ut fra mange begrunnelser, men også de som Regjeringen har gitt - av hensyn til kvinnen, at hun slipper å gå gjennom prosessen flere ganger, og også fordi det er en fordel å kunne få søsken til det første barnet.

Forrige gang støttet Høyre forbudet mot forskning. Jeg har ikke ennå fått lest Regjeringens begrunnelse - det er vel i og for seg den samme som sist, for Regjeringen ville jo også sist ha tillatt såkalt metodeforskning inntil 14 dager. Etter hva jeg forstår har de nå argumentert enda bedre enn sist for at metodeforskning bør være tillatt. Men vårt utgangspunkt så langt er at vi vil synes det er naturlig å opprettholde forbudet - selv om jeg ser at det er inkonsekvent. Dette fordi vi benytter oss av en teknikk og også forbedringer av en teknikk som vi har forbud mot å yte et bidrag til å forbedre her i landet. Men livet er inkonsekvent.

Det ligger vel litt på siden her - men jeg vil gjerne nevne det at IVF fortsatt skal kunne være et tilbud som også private, godkjente klinikker kan gi. Så vidt jeg har kunnet skjønne så er meldingen litt uklar på dette området. Vi i Høyre er også tilhengere av at man øker egenandelene på dette tilbudet. Det er urimelig at det stor forskjell i økonomisk belastning for de som får tilbud om å bli hjulpet ut av sin ufrivillige barnløshet gjennom IVF og de som adopterer. Uten at jeg dermed vil ha sagt at det bør være det samme.

#### **Abortloven.**

Jeg hører til dem som sterkt har forsvart, støttet og støtter dagens abortlov og prinsippet om selvbestemt abort, selvbestemmelse for kvinnen. Og jeg ser ingen grunn til at det skal rokkes ved det prinsippet. Jeg beklager meget sterkt at det kan ha bli skapt et inntrykk av at mange i Høyre mener noe annet. Det mener ikke mange i Høyre.

Men en ting vi må ta innover oss er at teknikken i dag gjør det mulig å ta abort med begrunnelser som man ikke tenkte på den gangen prinsippet ble gjennomført. Da vi kjempet det igjennom, så var det for at når man ikke kunne bli enige var det riktigst at kvinnen skulle få ha det siste ordet om: "Kan jeg ta konsekvensen av det å få et barn?". Nå står vi altså overfor den situasjonen at man kan si: "Vil jeg ha dette barnet?" Og der synes jeg nok at vi bør tenke igjennom loven på nytt.

Jeg er allikevel svært skeptisk til å gjøre noe med 12-ukers grensen, for da tror jeg man tvinger kvinnen til å ta et standpunkt raskere enn hun ellers ville. Det blir nesten ikke tid til å tenke gjennom fra det øyeblikket man får vite at man er gravid og til man skal svare på om man skal ta abort eller ikke. Men dette om at man ikke skal ha adgang til å kjenne fosterets kjønn før etter tolvte uke synes jeg vi bør innføre.

#### **SOLVEIG SOLLI, stortingsrepresentant, KRF:**

I mitt parti er det litt ulike syn på prøverrørsmetoden. Personlig må jeg si at jeg har gjennomgått en utviklingsprosess. Jeg gikk inn for den for noen år tilbake. Jeg gjør det ikke i dag. Grunnen til det er at jeg har sett en utvikling som jeg kanskje ikke forutså den gang. IVF åpner for så mange ting som er vanskelig for meg. Det åpner for at du kan kaste liv. For jeg mener at et befruktet egg er et liv. I forhold til det abortstandpunktet jeg har, er det inkonsekvent etter mitt skjønn å gå inn for at du kan kaste og forske på disse befruktete eggene. Dette synes jeg er en så vanskelig etisk problemstilling at mitt standpunkt har blitt nei.

Det betyr ikke at jeg synes at barnløshet er noe luksusproblem. Og jeg er ikke i tvil om at disse barna som har kommet til ved hjelp av IVF har vært ønsket. Jeg innrømmer at dette er forferdelig vanskelig. Men en må ta et standpunkt ut fra et prinsipielt ståsted, og det er mitt standpunkt pr. i dag.

Nå sies det her av flere som holder på med denne metoden at man setter inn to eller tre egg. Men jeg har hørt fra nokså sikre kilder at det ikke alltid er det som praktiseres. I hvert fall befruktes veldig mange egg, og da blir det overflødige egg. Så sies det at en kan jo forske på dem, for de skal jo kastes allikevel. For meg er det helt uakseptabelt.

Prinsipielt så ønsker ikke jeg å fryse ned egg. Men jeg ser at det er et problem i forhold til den grensen vi har i dag. Hvis vi skal opprettholde frysing av befruktete egg - og det er det vel all grunn til å tro at det blir et flertall for - så er det klart at det er grunner for å utvide den tiden. Men den etiske problemstillingen er at en antakelig må kaste befruktete egg uansett.

#### **Urovekkende om forskning.**

Forrige gang Regjeringen fremmet forslag om forskning på befruktete egg foreslo de at man skulle forske i en uke, hvis ikke jeg husker feil. Vi var i Sverige på komité-reise, og der hadde de da innført forskning i to uker. Vi hadde da en samtale med en professor der, og det var en i komiteen som spurte: "Hva om du finner noe veldig interessant den siste dagen. Hva gjør du da?" "Ja, da kan det hende jeg fortsetter", svarte han.

Jeg synes det var ganske urovekkende. Jeg sier ikke her at det kommer til å skje, men fristelsen er der selvfølgelig. Jeg forstår den - når forskerne finner noe veldig spennende.

Når det gjelder dette med ektepar, så synes jeg at vi bør beholde det. Tross alt - selv om det er veldig mange skilsmisser - så er allikevel stabiliteten større i ekteskap enn i samboerforhold. Nå sier Regjeringen at tre år er stabilt samboerforhold. Hvis ikke jeg husker feil så står dette i stortingsmeldingen. Men hva er et stabilt samboerforhold? Det er litt vanskelig å definere.

#### **Mot sæddonasjon og eggdonasjon.**

Forrige gang vi behandlet lov om kunstig befruktning gikk jeg mot donasjon. Jeg synes det er et overgrep mot barn at de ikke skal få anledning til å kjenne sitt biologiske opphav. Nå er det snakk om å utvide dette i noen monn - at det skal også kunne tas i bruk ved prøverørsmetoden. Både sæddonasjon, men en åpner også litt for eggdonasjon.

Jeg vil faktisk slutte meg til det som Ingse Stabel sier om fellesskap mellom mor og barn. Jeg synes at det er en forskjell i selve skapeprosessen dette med forholdet mellom mor og barn. At et embryo er et liv synes jeg er grunnleggende. For meg er livet ukrenkelig. Det er grunnen til at jeg har et så restriktivt syn. Det er et upopulært syn hos veldig mange - det er jeg klar over.

Jeg har fått høre det mange ganger at jeg er ukjærlig. Det får så være. Jeg er nødt til å stå på det standpunkt som jeg synes er riktig. En ting til slutt: Jeg sa helt til å begynne med at vi har hatt en utvikling. Jeg husker godt da vi behandlet lov om kunstig befruktning i forrige stortingsperiode. Da ble det sagt fra folk som drev med dette - og jeg satt selv og hørte det - "det blir ikke aktuelt å forske på embryo i Norge". Hva er det vi ser i dag? Hvor skal vi sette grensene etterhvert?

#### **WILLIAM ENGSETH, Storingsrepresentant, AP:**

Jeg håper at vi ikke får den samme stillingskrigen som vi hadde med abortloven. Jeg respekterer fullt ut at en del har etiske problemer knyttet til dette veldig vanskelige spørsmålet. Men det er nå slik at det er et teknologisk minefelt.

Sosialkomiteen var i USA for snart to år siden. En aha-opplevelse for meg da var at dette er et felt som det er bedre å være i forkant i enn å komme løpende etter med lovendringer underveis, hvor andre trekker premisser. De som former premissene er nasjoner som har en mye mer liberal holdning til disse spørsmålene enn det vi har.

Slik jeg ser det, så er det Regjeringen legger frem her en meget restriktiv melding. Det er bare tyskerne som er mer restriktive.

#### **Par - ikke bare kvinner.**

Det er klart at det er problematisk følelsesmessig, men jeg er enig med Solveig Solli i en ting - barnløshet er ikke et luksusproblem. Det tar jeg sterk avstand fra. Jeg kjenner nokså mange som sitter her i salen som ser det på en helt annen måte. Unge par - og det er jo ikke bare kvinnens rett, det er parets rett til å få barn. Jeg tror at den diskusjonen har vi på mange måter gjort oss ferdig med i forbindelse med spørsmål om kunstig befruktning, da vi gikk inn for sæddonasjon, og var gjennom hele den prosessen dengang.

Det er vanskelige dilemmaer i meldingen. Særlig når det gjelder eggdonasjon. Der har vi forskjellige syn. Jeg håper jo at man ikke kryper i skyttergraver - at partier låses. For her er det personlige holdninger som jeg synes bør få lov til å spille noe fritt.

Jeg har mitt syn på eggdonasjon. Fordi jeg ser det som et pars rett til å få barn. Så har ikke jeg de samme sterke følelsene som kvinnene har, rimeligvis, fordi jeg er mann, til at egget skal være uløselig knyttet til kvinnen. Det Regjeringen har gjort her er å si at den ene skal i alle fall være rett foreldre - at det skal være mannen eller samboeren som gir sæd. Jeg ser helt klart at dette er et spørsmål som det kommer til å bli vanskelig å avveie.

#### **Forskning på befruktete egg.**

Vi skal tillate metodeforskning for å sikre kvinnen mot unødige aborter, for å sikre kvinnens helse når hun først skal ta dette skrittet å bli befruktet på den måten. At vi ikke skal kunne drive metodeforskning er inkonsekvent og det har ikke noe med moral å gjøre.

Her er det faktisk slik at sier man A så må man forplikte seg selv til å si B. Skal vi overlate til nasjoner som omgår det her med nokså stor lettfelddighet til å drive forskning mens våre egne forskere ikke skal få drive metodeforskning? Det synes jeg må være fullstendig galt. Vi tillater metoden - da må vi også ta konsekvensen av det, tillate forskning.

**KETIL GRAVIR:**

Den innvendingen som da noen har er at åpner du for nye varianter, kan du bryte nye moralske grenser for enkelte. Det er vel der problemet ligger.

**WILLIAM ENGSETH:**

Sannsynligvis. Men det er opp til oss å trekke grensen. Og det er veldig viktig at vi trekker de grensene nå. Hvis ikke er vi jo prisgitt alt som skjer utenfor oss uten at vi selv har en holdning til det. Vi kan da selvfølgelig ha et totalt lovforbud. Det er jo det enkleste. Men da føler jeg at vi skyver på mange måter ting under teppet. Og vi kommer før eller siden til å måtte løpe etter og forme våre lover. Og det er en langt, langt vanskeligere ting skulle jeg tro. Jeg synes vi på mange områder har vært i den situasjonen i Norge.

**KETIL GRAVIR:**

Dette er et spørsmål med så avgjørende vekt på etikk at her er det vel de enkelte stortingsrepresentanter og ikke partigruppene, Annelise Høegh, som kommer til å stemme etter sin overbevisning. Hvordan er det?

**ANNELISE HØEGH:**

Jeg kan ikke tale på andre partiers vegne enn mitt eget, men vi ble stilt fritt i dette spørsmålet sist, da vi behandlet lov om kunstig befruktning, og jeg går ut fra som en selvfølge at det blir vi denne gangen også.

**KETIL GRAVIR:**

Hvordan leser du det politiske landskapet? Hvilken muligheter er det for at eggdonasjon og forskning blir vedtatt?

**ANNELISE HØEGH:**

Jeg er vel i tvil om de to punktene går igjennom, ja.

**SOLVEIG SOLLI:**

Jeg tror det er riktig at det kan ligge an til at det ikke kan bli flertall i Stortinget for forskning og eggdonasjon, men dette vet vi jo ikke ordentlig enda. Vi har jo ikke begynt å behandle det.

**KETIL GRAVIR:**

Ja, da har du et problem, Kåre Berg - i den forstand at du mener jo at det bør gå gjennom. Nå



får du sette i gang en rask påvirkningskampanje, hvis du skal nå frem med ditt syn. Vær så god.

**KÅRE BERG:**

Intet kunne være meg fjernere enn å prøve å påvirke mennesket - naturligvis. Men jeg tror nå likevel det er en klok ting å lage en bitteliten mulighet for eggdonasjon. Det kommer til å bli unntakssituasjoner. Det blir ikke det store folkekravet om dette. For de få menneskene det gjelder kommer dette til å være enormt viktig. Samfunnet bryter ikke sammen ved at vi er snille mot de få dette gjelder. For å bruke et uttrykk som er benyttet her i dag - jeg tror man skal være såpass kjærlig mot de som har disse problemene. De utgjør ingen trussel mot vårt samfunn. Kostnadene er jo der, men de er ikke så store, fordi det er såpass få.

Forskning på det befruktede egg er naturligvis et følelsesmessig komplisert spørsmål. Men jeg synes ikke det er så komplisert når alternativene er å kaste de befruktede eggene uten at det blir gjort noe med dem i det hele tatt. Å destruere må være det mest destruktive, synes jeg. Hvis det gjøres noe nyttig med dem på forhånd, har jeg vondt for å se at det er galt.

**GEORG APENES, Datatilsynet:**

Hvis man skal fastholde, som Regjeringen gjør, kravet om anonymitet ved sæd- og eggdonasjon, så vil man avskjære kunnskap om genetisk bakgrunn for noen individer. Dette blir en slags ny problemstilling. En ting er at man kanskje kan diskutere hvordan de psykologiske og de sosiale behov for å kjenne sosial identitet egentlig er. La det ligge. Men hvis man da i en situasjon som lege har behov for å sette et individ inn i en genetisk sammenheng, inn i en rekke, er det da etisk forsvarlig å utelukke denne kunnskapen, eller ville Engseth eller Berg alternativt kunne tenke seg en mulighet hvor denne kunnskap om identitet eventuelt ble deponert, men dog uten å stilles til rådighet for vedkommende?

**WILLIAM ENGSETH:**

Meldingen er veldig restriktivt i forhold til den type lagring av kunnskap. Jeg ser problemstillingen, og må si at jeg ikke er beredt til å ta stilling til den her og nå. Men dette er temaer som vil komme opp til debatt.

**KETIL GRAVIR:**

Betyr det at man ikke kan vedta meldingen slik den er?

**WILLIAM ENGSETH:**

Jo, det kan man. Man kan trekke de restriksjoner man har i dag. Men jeg sier at man er ikke ferdig med denne utviklingen. Så den debatten er vi ikke ferdig med for all fremtid.

**KÅRE BERG:**

Jeg er helt enig med Apenes i at det er et viktig problemområde. Det er hevet over enhver tvil at vi er nødt til å se i øynene at en del typer av informasjon om et menneske kan berøre helseutsiktene til et annet. Dette at genetiske sykdommer omfatter flere generasjoner, innebærer jo at behovet for å oppbevare slik informasjon er mye større når det gjelder tidsfaktoren. Så jeg er enig i at informasjon deponeres et eller annet sted, slik at det går an å

neste opp når en vanskelig medisinsk situasjon måtte opptre. Men da måtte det så og si lagres i Norges Banks hvelv eller noe sånt. Jeg tror man må medgi at dette problemet er her, og man må for all del ikke klippe informasjon til slektsmedlemmer fullstendig.

**JOHANNE SUNDBY, Dr., Helsedirektoratet:**

Det jeg savner i diskusjonen er for det første: Hva slags stilling skal man ta til de infertiles behov for rådgivning, veiledning, støtte, psykososial oppfølging - alle de tingene som de har ekstremt behov for, og som ikke tas vare på gjennom ren bioteknologisk behandling? På den andre siden så lurer jeg også på hva Regjeringen og Stortinget kommer til å gjøre i forhold til f.eks. slike spørsmål som: Går det an å forebygge barnløshet, og hva skal man gjøre der? Det er jo selvfølgelig en mye bedre strategi, for det har mye mindre kompliserte etiske konsekvenser.

**ANNELISE HØEGH:**

Jeg trodde at grunnen til at vi kanskje har fått flere barnløse i vårt samfunn i dag enn tidligere, er at mange venter med å få barn til de kommer opp i 30-årene. Og da er mulighetene for at man er infertil, eller har problemer med det, større. Sånn sett burde man altså oppfordre folk til å finne sammen tidligere - det var litt muntert ment da. Ellers så tok Sundby opp at man bør få hjelp til å behandle problemene rundt det å være barnløs. Det kan vi vel kanskje gjøre noe med. Men jeg tror faktisk at ganske mange kan gjøre mye med det selv også, at man ikke bare fikserer på det at man ikke får noe verdig liv hvis man ikke har barn. Det er mye man kan gjøre selv, tror jeg.

**BODIL STENSLET, konsulent, Livsrett og menneskeverd:**

Mitt spørsmål er til Engseth: Hvordan skal man kunne begrunne et lovverk innenfor bioteknologien og beskyttelse av menneskelivet i startfasen, og holde abortloven utenfor? Jeg har enda ikke fått en skikkelig begrunnelse fra noen politikere på hvordan vi skal greie å isolere abortloven hvis man ønsker et skikkelig sterkt fostervern.

Og så sa Engseth at sier man A så må man også si B. Da er min kommentar at sannelig må han også regne med å si både C og D også.

**WILLIAM ENGSETH:**

Jeg tror ikke man klarer å holde abortloven utenfor denne debatten. Men jeg sa at jeg håper vi ikke får den samme stillingskrigen. Jeg tviler ikke på at abortloven blir trukket meget sterkt inn i debatten. Når det gjelder at det er opp til oss å trekke grenser, så mener jeg det jeg sa. Selvfølgelig er det en utvikling. Det er mange som bidrar til den utviklingen, også presse og andre mennesker, ikke bare forskere. Jeg er enig i det som har blitt sagt her - det er ikke forskerne som har stått på helseministeren og fått ham til å legge frem denne meldingen. Det har Stortinget bedt om. Og det er riktig tidspunkt - i alle fall ikke for tidlig. Det skjer en annen utvikling en det vi kanskje har forutsett i de gamle lover, og lover endrer vi i Stortinget rett ofte.

**ANNELISE HØEGH:**

Jeg er svært betenkt hvis politikere og politiske miljøer skal gå foran forskningen og sette forbud mot noe man tror kan finne sted, men som ennå bare finnes som en mulighet. Jeg har iallefall i utgangspunktet stor tillit til de norske miljøene og til legene på dette området. Jeg føler at det vel så ofte har vært de som har dratt opp de etiske debattene som det har vært oss, og

de gjør det ofte på en mer realistisk måte enn vi andre gjør. De har mer kunnskap. Kunnskap om dette feltet er veldig viktig, for ikke å spille på fordommer, som det også er en del av.

Myter og tro om hvor mye man kan gjøre gjennom genteknologien kommer sannsynligvis alltid til å ligge foran det som er mulig å gjøre. I dag ligger de langt, langt foran. Folk tror man kan velge hva slags barn de skal få. Om de skal ha blå øyne og smilehull, og alt det der som vi hører i debatten hele tiden, og som er tøv. Men jeg vil også peke på at legene som driver med denne virksomheten burde ha et ansvar for ikke bare å være pådrivere, overfor familiene, kvinnene og de politiske miljøer, til å ta i bruk alt som er mulig. De bør også føle et ansvar for å si til kvinnen og familien at "hør her, det kan hende at du kan få et like bra liv uten å gå gjennom disse tilbudene som vi kanskje kan gi deg."

### **KÅRE MOLNE, Regionsykehuset i Trondheim**

Det har falt i mitt lodd å drive med barnløshet i 20 år på tre regionsykehus. Vi var også så heldige at vi var inne i arbeidet med det første prøverørsbarnet som kom i Trondheim. Jeg vil få lov til å minne politikerne om at vi meget tidlig selv foreslo en lov, som vi sendte til departementet. Det er vårt inntrykk at store deler av det faktisk ble fulgt.

Så vil jeg si litt om dette med presset fra forskere. Det tror jeg faktisk ikke har vært til stede. Det er nemlig slik at Bioteknologiutvalgets skrift ble sendt til høring til forskjellige instanser, og da skrev vi selvfølgelig om det. Men jeg kjenner ikke til innenfor vårt forskningsmiljø at vi har drevet påvirkning direkte mot politikerne når det gjelder nye metoder. Det kan muligens pasientene ha gjort, og kanskje også departementet selv har sett at det har vært nødvendig å komme med en revisjon her.

#### **Ikke luksusproblem.**

Så da et par kommentarer, særlig til Ingse Stabel. Jeg må protestere på mine pasienters vegne gjennom 20 år at det er et luksusproblem med barnløshet. Det er det absolutt ikke. Man lar seg ikke operere i magen gang etter gang, stikke gjennom skjeden og inn i magen måned etter måned, lar seg utsette for meget vanskelige undersøkelser, også på det personlige plan, hvis man ikke har en tilstand som man føler ligger fullt på linje med en annen sykdom. Det har også verdens helseorganisasjon, WHO, definert den som. Jeg vil gratulere Regjeringen med de fremlegg som har kommet her. Jeg synes de er meget gode.

Når det så gjelder Ingse Stabels bekymringer med hensyn til identiteten til barnet ved eggdonasjon, og at det blir vanskelig å holde dette anonymt, så kan jeg bare protestere. Jeg var selv med å innføre denne fæle sæddonasjonen her i landet i 1973. Riktignok måtte vi oppføre oss som James Bond av og til, for å passe på at de ikke kom i kontakt med hverandre, giver og mottaker. Men det lar seg meget lett gjøre.

Når det gjelder omkostningene ved eggdonasjon, så er de helt minimale. Vi regner med at eggene kommer fra kvinner som gjennomgår prøverørsbehandling, og jeg er sikker på at en rekke av dem vil donere noen egg til sine uheldige medsøstre. Jeg har den oppfatningen at hvis et par - og jeg mener ektepar - kan tenke seg å løse sitt barnløshetsproblem med å få kjønnsceller fra en tredjeperson, så må det med den enighet og tillit som må være i et ekteskap være det samme om det blir en eggcelle eller en sædcelle.

#### **Sæd som utskillingsprodukt.**

Det er sagt at sæden er et sånt produkt som mannen slenger omkring seg hele livet - et slags utskillingsprodukt. Det er jo ikke riktig. Når det gjelder befruktningen, så er det én sædcelle som går inn i én eggcelle, og med nøyaktig det samme antall kromosomer. Jeg kan ikke se forskjellen på dette.

Jeg synes det er en klok beslutning å ha det som en dispensasjonsrett for departementet. Jeg

skulle ønske at departementet fikk flere slike rettigheter. Departementet har vært nødt til å avslå fortvilede tilfeller hvor særlig leukemiske pasienter har ønsket å fryse ned egg. Min mening er at vi også bør gå inn for eggdonasjon for de ganske få dette gjelder. Vi skal høre mer på de pasientene det gjelder - de menneskene som står nær problemet. La oss da heller ta restriktive lover hvis vi ser det skli ut.

Det er opplagt det letteste teknisk at du befrukter ferske egg og setter disse befruktede egg inn i en mottaker etter et par døgn. Det lar seg gjøre, selv i det gamle Rikshospitalet, hvor jeg har arbeidet i 11 år, å få dette til slik at det ikke skjer brudd på anonymitetsprinsippet. Man kan også befrukte eggene med ektemannens sæd, fryse dem ned, tine dem opp igjen og sette dem inn på et senere tidspunkt. Dette lar seg gjøre, men effektiviteten vil bli mindre.

#### **KETIL GRAVIR:**

Du ble jo utfordret på et utsagn du hadde om luksusproblem?

#### **INGSE STABEL:**

Det var selvfølgelig en bevisst provokasjon. Jeg mener ikke at det er et luksusproblem i dagens samfunn. I dagens samfunn er kvinners identitet fortsatt så mye knyttet til det å bli mor at jeg forstår at det er et problem. Men jeg mente at i et ideelt samfunn hvor man har oppnådd den nødvendige grad av likestilling - og jeg tror det er ganske lenge til vi kommer dit - så burde dette være et luksusproblem.

Ellers en kommentar til rettighetstenkning. Selv Engseth her brukte uttrykket "foreldrenes rett til å få barn". Jeg vil på samme måte som Annelise Høegh ta avstand fra det. Det kan ikke være snakk om rettigheter til å få barn. Hvis noen skal ha rettigheter, så må det være barnet. Og jeg tror jeg vil holde fast på at barn må ha rett til å kjenne sin biologiske identitet. Jeg innrømmer at jeg tidligere på linje med Kåre Molne har gått inn for sæddonasjon med anonym donor, men der mener jeg vi bør ha en ny debatt. Og når Regjeringen i meldingen om dette spørsmålet bare ganske kort sier at erfaringen tilsier at det ikke er behov for å vurdere disse spørsmålene på nytt, så må jeg ta avstand fra det, så lenge man her snakker om å utvide det også til et helt nytt område. Hadde man holdt seg bare med dagens ordning med sæddonasjon, så ok. Når man da utvider det til IVF-behandling, så er vi nødt for å ta den debatten.

#### **JOHAN T.HAZEKAMP, overlege, Volvat medisinske senter:**

Vi lever i et samfunn hvor familier blir mindre og mindre, og hvor de bryter opp mer og mer. For familiepartiet som Solveig Solli hører til, så ville jeg tro at vi gjorde en veldig god jobb. Vi skaper familier. Jeg er ikke så opptatt av teknologien. Jeg er opptatt av å lage familier, helsemessig gode, hyggelige familier. Og det trenger vi.

Så vil jeg gjerne si at et barn som bli født etter et donoregg faktisk har bedre sikkerhet på mange måter enn et barn som blir født etter en donor-sædcelle. Det har seg slik at når et barn blir født etter et donor-egg, så har dette barnet en direkte genetisk linje til sin far, og det har en direkte tilknytning til moren gjennom fødselen. Og dette er ikke småtterier. Et barn som blir født bare fra en donor- sædcelle, har bare den genetiske tilknytningen til moren, og tilknytning til moren gjennom fødselen. Faren er sosialfar.

Her vil jeg spørre Solveig Solli: Hva er et verdig liv? Det er så mange måter å se et verdig liv på. Man kan måle det i livslengde f.eks. Poenget er: Kan et embryo som er 3-4 dager gammelt ha et verdig liv? Jeg føler at det kan det. Spørsmålet er om det er et mer verdifullt liv for et embryo hvis det hjelper å løse gåtene vi har når det gjelder AIDS og kreft-sykdommer istedenfor bare å

bli kastet i en bøtte. Dette er mitt forsvar for forskning.

**MANGHILD MELTVEIT KLEPPE, SP:**

Jeg har lyst til aller først å understreke det signalet som her ble sendt om å ta barnløshet på alvor, ikke undervurdere det. Det er helt klart at vi er med som samfunn å legge ekstra byrder her i form av forventninger til familie osv. Men samtidig er det og slik at IVF-metoden faktisk er med på å forsterke problemet for de som ikke blir hjulpet.

Jeg har et råd og et spørsmål. Jeg kommer nettopp fra landsmøtet i Senterpartiet, og der har vi forsøkt å trekke opp noen grenser. Vi sier nei til forskning på befruktete egg og ber også om at loven om anonymitet ved sæddonasjon blir opphevet. For meg har det vært veldig nyttig å gå næye gjennom Etiklutvalgets innstilling. Jeg håper at den ikke blir glemt nå i forlengelsen - at vi nå i de politiske miljøer ikke bare ser på stortingsmeldingen. Etiklutvalget sier at de innser at det er inkonsekvent å si ja til IVF-metoden, og så si nei til forskning som forbedrer metoden. Men så sier de at det er så viktige innsigelser at vi får heller leve med den inkonsekvensen.

Og så et spørsmål som går direkte på forholdet mellom eggdonasjon, sæddonasjon og anonymitet: I hvilken grad vil Engseth gi barn rettigheter til å få vite sitt opphav, også i sin behandling videre?

**SOLVEIG SOLLI:**

Jeg har en kommentar til Hazekamp. Han var inne på at KrF burde jo være interessert i å skape gode, trygge familier. Det er jeg enig i. Men det er ikke sikkert at det alltid vil være enkelt i en familie hvor det er barn med en annen biologisk far. Det kan nok gå greit så lenge det fungerer greit i familien. Men jeg kan se for meg situasjoner hvor det kan bli ganske problematisk. Så jeg er ikke så sikker på at du kan sette noe likhetstegn mellom det.

Dessuten er det dette med et verdig liv og et embryo i forhold til forskning. Da må jeg spørre: Hvor skal vi sette grensene? Når en åpner for forskning, vil jeg tro at det vil ikke bare være metodeforskning. Jeg vil tro at det kanskje vil være naturlig at en vil kunne forske på andre ting som også er nevnt her. Og da - i neste omgang igjen - å måtte destruere disse eggene og disse embryoene. Da er det for meg helt etisk umulig.

**WILLIAM ENGSETH:**

Da jeg sa rett til å få barn, tenkte jeg ikke at vi skulle få en rettighetslov - det er mer en muntlig uttrykksform. Foreldre som ønsker det må ha det jeg sier på populært dagligdags språk - "rett". Her finnes det jo lover som selvfølgelig må ligge over dette ønsket om å få barn. Jeg oppfatter det slik at det var barnets rett til å få vite om foreldrene.

Vi har jo retten til å være anonym ved sædgivning, og jeg er enig i den anonymitetsloven. Jeg er også enig i det som ligger i Regjeringens utkast her - også anonymitet når det gjelder eggdonasjon. Jeg har den samme holdning til det samme spørsmålet som flere har gitt uttrykk for her: At den som føder barnet er barnets mor.

**KETIL GRAVIR:**

Kåre Berg, du har et kort spørsmål til Solli.

**KÅRE BERG:**

Hva hvis man isteden gav alle de overtallige egg til personer som trengte overtallige egg, slik at ingen ble destruert. Hadde det gjort det lettere for deg?

**SOLVEIG SOLLI:**

Nei! Det hadde ikke det.

**INGEGJERD HOVDENAKK, nestleder, Norsk sykepleierforbund:**

Vi er enige i mye av det som ligger i det forslaget her. Men jeg har to korte spørsmål til politikerne: Vil dere i Stortinget, når dere diskuterer det her, ta med inn i diskusjonen adopsjon som et alternativ til IVF? Hvor vil dere politikere prioritere den behandlingen her i forhold til de mange uløste oppgavene vi ellers har innenfor helsevesenet?

**ANNELISE HØEGH:**

Om Sosialkomiteen skulle finne det naturlig i drøftingen av ufrivillig barnløshet også å ta opp spørsmålet rundt adopsjon, ville jeg ikke finne det unaturlig. Men jeg tror nok vi må akseptere at for en del så er det barrierer mot å adoptere. Jeg har selv i nær familie folk som har adoptert, så jeg ser jo hvor flott det kan være, men her føler ulike personer ulikt. Det tror jeg vi må respektere.

Når det gjaldt prioriteringene, så sa jeg at det har det vært stor grad av enighet om i Stortinget. Disse tiltakene for ufrivillig barnløshet er ikke blandt de 3-4 høyest prioriterte. Vi har fulgt Lønning-utvalget der. Det har vært en viss uenighet mellom de borgerlige partiene og Arbeiderpartiet, som har vært villig til å gå noe lenger i å subsidiere dette, men nå leser jeg den nye stortingsmeldingen fra Regjeringen slik at også Ap ser at her bør man kreve en høyere egenandel. Og det betyr at man prioriterer det lavere - selv om i alle fall jeg synes det er flotte tiltak og en bra metode som vi ønsker å opprettholde. Men det er altså ikke prioritert på topp med livstruende og alvorlige funksjonshemmede lidelser.

**SOLVEIG SOLLI:**

Når det gjelder både adopsjonsloven og dette med prioriteringen, så kan jeg slutte meg til det som Annelise har sagt her.

**KETIL GRAVIR:**

Det er da godt at noe er stabilt i norsk politikk iallefall.

**WILLIAM ENGSETH:**

Jeg er enig i det som er sagt av de to som talte sist. Nå tror jeg også at Sosialkomiteen, hvor jeg selv sitter, kommer til å berøre spørsmålet om adopsjon. Men jeg vil også si at de endringene som foreslås her ikke koster allverdens penger. Det er spørsmål om prioriteringer - og da deler jeg forståelsen den oppfatning som Annelise Høegh kom med.

**JULIE SKJÆRAASEN, professor, leder av Bioteknologinemnden:**

I mange år har jeg arbeidet med par som søker donorinseminasjon. Dette med barnets rett til å kjenne sin biologiske far slår tungt ned og synes kanskje å være innlysende. Men etter å ha arbeidet med disse parene i 15 år nå, er jeg overbevist om at det er godt om vi kan beholde anonymitetsprinsippet. Eller evt. droppe denne behandlingen.

For dét tror jeg er alternativet til anonymitetsprinsippet. Disse parene oppfatter seg selv og definerer seg som foreldre. Det er en rekke par med helt ulikt livssyn som velger denne behandlingen. Det innebærer vanskeligheter, men det gjør jo livet generelt.

Vår erfaring er fra de par som kommer tilbake og får barn nr. 2. Vi har jo ingen oppfølging på disse parene selvfølgelig, fordi det ønsker de ikke. Erfaringen synes å være positiv. Når det gjelder den eventuelt genetiske muligheten for å søke tilbake, så finnes det jo mange flere personer i vårt samfunn som har en usikker genetisk bakgrunn av andre årsaker. Det stilles selvsagt i en spesiell situasjon en behandling som samfunnet organiserer, men likevel.

**JENS GABRIEL HAUGE, professor, Veterinærinstituttet:**

Ingse Stable mente å se en inkonsekvens i at stortingsmeldingen godtar forskning på befruktete egg, eller åpner for det med henblikk på preimplantasjonsdiagnostikk. På den annen side tar meldingen avstand fra å gjøre kommende generasjonsjoner til genetisk bedre enn vi som lever i dag. Altså eugenik på en måte. Det er nok ikke noen inkonsekvens på det punkt, for forskning med henblikk på preimplantasjonsdiagnostikk vil være rettet mot den enkelte familie som er belastet i denne sammenhengen. Det går på familiesituasjonen. Om det så får bieffekter i samfunnet, det er en helt annen sak, men det har ikke noe med eugenik å gjøre.

La meg bare få legge til at jeg synes at meldingen argumenterer godt for at man under nærmere, strengt definerte betingelser åpner for forsøk på embryo de første 14 dager etter særskilt søknad til Sosialdepartementet. Alle disse ting peker på meg for at man nettopp ser at det ikke dreier seg om hvilke som helst slags celler, dette er et menneske-embryo som krever spesiell omhu og beskyttelse. Meldingen sier da at det er en stigende grad av menneskeverd, og det er vel det man i praksis alltid regner med, og vi ser vel også forskjellen på et nyfødt barn og et nylig befruktet egg.

\*\*\*\*\*

#### **PANELDEBATT: PRØVERØRSBEHANDLING TIL BESTE FOR HVEM?**

**I PANELET:**

Professor Kari Wærnes, Universitetet i Bergen  
Professor Nils Christian Stenseth, Universitetet i Oslo  
Kaja Graff Huster, leder av Foreningen for ufrivillig barnløse

**KAJA GRAFF HUSTER, leder, Foreningen for ufrivillig barnløse:**

Jeg vil først og fremst si meg glad for Regjeringens melding angående reproduksjonsmedisin.

Når vi skal svare på hvem prøverørsbehandling er til det beste for, så må man ta utgangspunkt i at svaret ikke er opplagt. Prøverørsbehandling kan være nyttig for forskerne. Både den kategorien som driver grunnforskning for å tilfredsstille menneskenes generelle nysgjerrighet på naturens lover og sammenheng. Men også for forskerne av den kategorien som driver målbevisst, såkalt matnyttig forskning, som skal løse problemer.

Så kan man spørre seg: Hvem har nytten av at det fødes flere barn? Da vil jeg påstå at det er

samfunnet. Politisk er det lurt at vi ikke blir enslige pensjonister. Selv om det ikke er en forsikring mot enslighet og ensomhet, så er det et faktum at samfunnet bygger på at det er yngre familiemedlemmer som tar en del av omsorgsarbeidet for de gamle. Gjennomsnittlig fødes det 1,7 barn pr. kvinne. Dvs. 170 barn på 100 kvinner. Av disse 100 kvinnene er det 15 kvinner som er ufrivillig barnløse, og vi kunne da i teorien - hvis de også kunne få to barn - ha 200 barn på 100 kvinner. Altså en økning på 18%. Det er våre barn og barnebarn som må tjene inn til at vi skal få pensjoner, og det er åpenbart at samfunnet har nytte av flere barn.

#### **Kostnadseffektiv metode**

Prøverørsbehandling som behandling mot ufrivillig barnløshet er i høyeste grad til nytte, og i halvparten av tilfellene - etter tre forsøk - til glede for par som har fått diagnosen infertilitet. Metoden er veletablert og kostnadseffektiv. Et par som kan få med seg et barn hjem er 100% helbredet med hensyn til barnløshet og tilhørende psykiske sykdommer. Prøverørsmetoden har blitt såpass vellykket at ca. 20% av kvinnene blir gravid etter første forsøk. Etter tre forsøk har 45% av kvinnene fått barn. Og det er meget sannsynlig at 2/3 av kvinnene ville kunne få barn, dersom de kunne få opptil 6 prøverørsbehandlinger.

Fra motstanderne mot prøverørsmetoden hører man fra tid til annen at metoden ikke kan hjelpe alle ufrivillig barnløse, at en skaper forventninger som ikke alltid kan oppfylles. At den derfor fører til store psykiske belastninger og ikke burde tilbys lengre. Da kan man se på hvilken konsekvens det vil medføre å avvike prøverørsmetoden. Fortvilelsen ville sikkert bli stor. Norske pasienter ville avskjæres fra en metode som fortsatt vil være et standard behandlingstilbud i andre land. Det ville kjennes som en stor urettferdighet. Videre ville det skape store forskjeller mellom rike og fattige. Det finnes ca. 79 000 ufrivillig barnløse par, og de kommer helt sikkert ikke kun fra de mest velstående familier. Velstående kunne reise til andre land, mens vanlige borgere må leve med sorgen.

Gleden ved barnet som fødes etter prøverørsbehandling, som fødes av en såkalt infertil kvinne, er naturligvis størst for de nye foreldre. Det er faktisk en fantastisk lykke å oppleve å bli mor eller far når man har strevet i mange år. Det kjennes som en belønning for strevet, en oppreisning etter alt det vonde man har følt og gjennomgått. Som et mirakel, en gave fra himmelen. Dette barnet kan gå gjennom livet og vite at det er ønskebarn.

#### **KARI WÆRNES, professor ved Universitetet i Bergen:**

Jeg skal se det litt fra da en sosiologisk synsvinkel. Jeg har et personlig syn på det, men det kan jeg gjemme til etterpå. Til tittelen her "Prøverørsbehandling - til beste for hvem", vil jeg si som økonomene: "There is no free lunch".

Utgangspunktet mitt er at folk i den moderne verden i dag har hva vi kan kalle en kjærlighet/hat relasjon til vitenskapen. En rekke survey-undersøkelser viser at vi er svært ambivalente til bioteknologi. Og det er ikke slik at at om vi får noe mer kunnskap så blir vi mindre ambivalente uten videre. Vi anser at vitenskapen burde ha svar på alt, særlig når det gjelder helsen, og vi anklager den når noe går galt. Vi er glad for det vitenskapen har gitt oss, men vi er redde for at den en dag skal gå for langt eller at den kanskje allerede har gjort det.

Jeg mener at befruktning, og fødsel ikke minst, er et område for denne type ambivalens. Vi er redd for hva forskere og leger sammen har gjort for å skape liv utenfor livmoren. Det er neppe noen grunn til å mene at denne frykten er fullstendig irrasjonell. I alle fall bør vi ikke se bort fra den, men analysere den nærmere.

#### **Endrer sosiale relasjoner.**

Det er noe i den individrettede måten medisinerne forsker på som ikke er tatt opp i meldingen heller, og som på en måte er litt utenfor både etikk og jus. De sosiologiske, de samfunnsvitenskapelige, de kulturelle perspektiver på dette er borte. Man kan godt si at *in vitro*



fertilisering har vært en kulturell revolusjon når det gjelder konsepsjonen, befruktningen. Nå kan andre enn den individuelle kvinne, eller paret selv, kontrollere konsepsjonen før den inntre. Og det er en forskjell fra at samfunnet alltid har kunnet kontrollert på ulike måter etter konsepsjonen. Det er ikke lenger uten videre slik at prosessen der et nytt menneske skapes er intim og personlig. Konsepsjon er ikke lenger en privat sak mellom to. Grunnleggende endringer i denne biologiske prosess fører til endringer i de sosiale relasjoner på dette området.

*In vitro*-fertilisering angår altså ikke bare de parene som får det, men det endrer den kulturelle og sosiale oppfatning blant oss alle. Hva vi f.eks. har rett til. Altså alle de mulighetene som ligger i fortsettelsen av å teste om barnet blir godt nok, osv. Foreldreskap som "bioengineering", som enkelte samfunnsvitere har sagt. At vi får plikt på oss til å få det fullkomne barn. For ikke å snakke om at barn da alltid kan komme når det passer. Vi kunne jo ta ut egg på et tidlig tidspunkt, og så kunne vi føde når det passet oss bedre i karrieren, eller når vi fikk mer penger. Det gir uante muligheter, og det kan forandre det kulturelle og sosiale på en måte som vi kanskje ikke har så god kontroll over. De nye teknikkene gir altså uunngåelig et element av samfunnets kontroll på et tidligere trinn i den reproduktive prosess.

#### Mangler sosial og psykologisk forskning.

I tillegg kommer nå at dette skal ha vært tjenester som ikke tilbys alle. Det er uunngåelig at det fører til en utvidelse av profesjonenes makt og kontroll over oss. Lovgivning må til, dels for å begrense forskernes frihet, dels for å begrense omfanget - gjøre det til et fordelingsproblem - hvem som har rett og hvem som ikke har rett. Vi mangler samfunnsvitenskaplig forskning på konsekvensene av revolusjonen. Her er mye synsing og veldig lite forskning.

F.eks: Hva er de sosiale og psykologiske konsekvenser av *in vitro*-fertilisering? Er det noen som har undersøkt hvordan donatorene føler det etter noen tid? Hvordan opplever de kvinnene det som ikke lykkes? Har deres problemer blitt forsterket, eller forverret osv., osv. Vi vet at det har vært større problemer i forbindelse med *in vitro*-fertiliserings fødsler enn vanlige fødsler. Formidles dette skikkelig? Hvilket bilde av IVF produseres i media? Hvordan oppleves spontanabort etter IVF, etter måneder og år av anstrengelser og smerte?

#### Kvinnen forsvinner.

Kvinnene som bærer barnet har en tendens til å forsvinne fra beretningene om IVF-prosedyrer og resultater. Kvinnene er avpersonifisert. Det er en maskulin bias i dette. Da jeg skrev dette leste jeg Aftenposten. Der ble mannlige leger avbildet med barnet på armen - ikke mødrene.

Stress og påkjenninger som kvinnene og deres partnere utsettes for bør altså ikke bare være grunnlag for synsing fra leger og forskere, selv om de har investert veldig mye i denne metoden - både av hensyn til forskningen og behandlingen. Forskerne oppfatter seg dessuten gjerne som snille mot enkeltmennesket. Det burde også være gjenstand for grundige, vitenskapelige analyser.

Et annet poeng: I et samfunn hvor det er en norm at par skal få barn, er det selvsagt at ufrivillig barnløshet innebærer sorg og problemer. Men å si at all sorg og problemer skal defineres som sykdom, er noe helt annet. En sosiologisk forsknings-rapport fra England viser at for de kvinner som har gjennomgått denne behandlingsmetoden og ikke lyktes, er lidelsen enda verre. Det er den eneste rapport jeg har funnet omkring dette.

#### Hvorfor bare gifte?

Jeg synes også det er et fordelingsproblem for meg som sosiolog å spørre: Hvorfor i all verden skal vi uten videre gå med på at det bare er de gifte kvinners lidelser som teller når det gjelder å få barn? Hvorfor skal ikke kvinner som ikke klarer å skaffe seg en partner og som så inderlig ønsker seg et barn kunne få det? Lesbiske kvinner, osv? Når vi først har sluppet dette løst, så er det ikke gitt at det er rammen for den hvite middelklasse-familie, som de sier i England, av kjernefamilietypen som skal være rammen for hvordan vi skal regulere dette tilbudet.

Som sagt - det er store sosiale og kulturelle konsekvenser av denne metoden som må diskuteres i en mye større ramme enn det jeg mener at denne meldingen har gjort.

**KETIL GRAVIR:**

Det er litt over 50% som mislykkes. Har dere som driver med dette den erfaring at de kvinnene kommer i en ny og enda vanskeligere situasjon?

**ARNE SUNDE:**

Det er et spørsmål som det er helt umulig å svare på. Vi har jo hatt tallrike behandlingsformer tidligere. Medisinen utvikles stadig, man får bedre og bedre tilbud. Men alltid sitter det noen igjen som ikke får barn. Det er klart at det er de som har den store belastningen. Det er det ikke tvil om.

**NILS CHRISTIAN STENSETH, professor ved Universitetet i Oslo:**

Jeg er økolog, og arbeider med populasjonsdynamikk. Dvs. hvordan befolkninger vokser og avtar i størrelse. Jeg jobber med andre ord med bestandsøkologiske og generelle økologiske konsekvenser av endringer i fertilitet. Jeg har også arbeidet med bærekraftig forvaltning av naturressursene, spesielt med hva vi skal mene om dette begrepet og hvordan vi skal kunne inkorporere det i forvaltning av våre levende naturressurser. Det er de ressurser som vi er avhengig av for vår eksistens.

La meg starte med å definere hva vi i denne sammenheng skal mene med bærekraftig utvikling. Jo, en bærekraftig utvikling innebærer at vi i dag fatter valg som er slik at også kommende generasjoner og folk andre steder vil kunne ha mulighet til å fatte helt tilsvarende valg, vel og merke om de skulle ønske å gjøre det. Vi kan velge eller ikke velge å gjøre ting. Men vi har ingen moralsk rett til å frata kommende generasjoner og folk andre steder muligheten av å gjøre slike valg. Overforbruker vi f.eks. naturressursene i dag, så fratar vi kommende generasjoner muligheten for å bruke disse ressursene. De har kanskje forsvunnet for godt.

**Globalt perspektiv.**

Befolkningsveksten og den meget ulike fordelingen av forbruket til den enkelte er et av de aller største problemer vi står overfor i verden i dag. Verdens befolkning vokser for raskt - bl.a som et resultat av moderne medisin og andre menneskelige inngrep. Det er befolkningsveksten som i dag er det største problem. Men det har ikke skjedd parallelt en tilsvarende reduksjon i reproduksjonshastighet. Det er et resultat av at vi ikke har samme kontroll på de sosiale og psykologiske faktorer som ligger under våre valg på det punkt. Videre er det et faktum at verdens befolkning vokser raskere enn matproduksjonen vokser.

Og det er i dette lys prøverørsbehandling og assistert befruktning må ses. I det globale perspektiv er dette på mange måter ikke noe annet enn et luksusproblem, som til en viss grad bidrar til å gjøre forholdene - i global forstand - enda verre.

Assistert befruktning har riktignok et så lite omfang at det ikke betyr så veldig mye globalt sett. Men det betyr noe med hensyn til holdninger. Det at jeg og vi som er her, skal gå fremfor de andre som er andre steder i verden og de som kommer etter oss. Derfor er det klart at om assistert befruktning er til beste for den enkelte, er IVF og de holdninger metoden bringer med seg ikke nødvendigvis til beste for fellesskapet i global forstand. Fellesskapet må betale direkte eller indirekte for at vi skal få tilfredsstilt våre behov. Det er ikke forenlig med bærekraftig utvikling.

#### **Ikke den enkeltes ansvar.**

Jeg er imidlertid overbevist om at ansvaret for å få til en bærekraftig utvikling og å fatte de riktige valg ikke må legges på den enkelte. Våre valg må underlegges lover og restriksjoner. For viljen til å gjøre de rette valg er nok ofte der, men det svikter når det kommer til evnen. Det var det med å tenke det, ønske det, ville det med. Men gjøre det - nei det skjønner jeg ikke. Det var visst Per Gynt som sa det. Men det er vel noe av ham i enhver av oss, og jeg kan godt være en av de som sier at jeg selv har problemer der.

Vi må heller lære av Odyssees, som lot seg binde til skipsmasten og lot sjøfolkenes ører bli tettet med voks, slik at de ikke skulle la seg lokke av de vakre og syngende sirenene på de greske øyene. Odyssees var klar over sin viljesvakhet og tok konsekvensen av det. For, som han sa, om jeg ber dere løsne lenkene, skal dere stramme dem enda mere til. Odyssees forstod at han måtte legge bånd på seg.

Prøverørsbehandling og assistert befruktning: Hvem er det til beste for? Jo, dette vestlige fenomen er til beste for det enkelte par - men en kostnad for andre, både i andre verdensdeler og for de som kommer etter oss. En ny verdensborger blir født i vår del av verden. Den verdensborger vil bruke mer ressurser enn hva verdens nye verdensborgere i andre deler av verden bruker. Det vi isteden burde bruke energi på, er å finne ut hvordan vi skulle ordne oss slik at det fødes færre, og ikke flere nye verdensborgere. Takk.

#### **KETIL GRAVIR:**

Betyr de tallene vi har hørt her i dag noe som helst for den globale befolkningsutvikling? Min påstand er at det gjør de slett ikke. Så til det prinsipielle. Hva med alle de økologisk-orienterte menneskene som fornøyd produserer 3-7 barn. Bør ikke skytset settes inn der, fremfor de som er i en tragisk situasjon og som oppnår personlig lykke ved å få sitt ene eller kanskje to barn?

#### **NILS CHRISTIAN STENSETH:**

Jo, skytset skal settes inn der. Men det at vi bruker mye energi her i vår vestlige del av verden på assistert svangerskap o.l. viser en holdning om at jeg og vi som lever her og nå, skal gå foran andre. Og det er uforenelig med et felles ansvar for denne kloden. Det er dommedagsprofeti på mange måter, men ikke helt.

Det betyr forholdsvis lite i den store sammenheng. Det er neglisjerbart. Men det er ikke neglisjerbart når det kommer til holdninger!

#### **KÅRE MOLNE:**

Først en kommentar til hva som skjer med dem som ikke får barn i forbindelse med assistert befruktning. Jeg ser på det som et meget viktig forhold. Jeg er enig i at der har vi gjort for lite arbeid i støtteapparatet. I den svenske consensus som vi hadde om IVF-metoden for et par år siden, var dette faktisk hovedtema. Svenskene foreslo at det burde være sosionomer knyttet til disse IVF-sentrene. Men en skal være klar over at det er mange som føler at de har gjort jobben sin når de har prøvet alle de metoder som står til rådighet for tiden. Det har vi opplevet gang på gang. De sier at vel, vi har prøvet det som stod til rådighet. Det gikk ikke, og da har vi gjort det vi har kunnet.

#### **Skyve ut alle vanlige sykdommer.**

Så til barn og globale perspektiver. La oss nå se hva dette betyr i Norge. Det er 450 IVF-barn pr. år, og det fødes 60 000 totalt i dette landet. Kostnadene i forbindelse med prøverørsbehandling i Norge dreier seg om en brøkdel av en promille, nøyaktig 0,15 promille av det samlede helse- og sosialbudsjett. Hvis man skal skyve barnløshetsproblematikken ut av

sykdomsbegrepet, så må man antakelig ta med seg mesteparten av det som står i Lønnings prioritet nr. 3, nemlig alle vanlige sykdommer, hvis det virkelig skal monne noen ting økonomisk sett.

Så hensynet til verden som sådan. Man skal være klar over at barnløshet er et enda større problem i u-land enn det er i de industrialiserte land. Slik føles det. Man skal også være klar over at den forskningen som foregår omkring barnløshet meget vel kan tenkes å kreere effektive "medisiner" evt. vaksinasjoner mot barn. Det vil kunne løse det problemet som du har vært inne på og som jeg forøvrig er helt enig i. Overbefolkningen er verdens mest brennende medisinske problem. Man kan få konsekvenser av en slik forskning som man ikke ante på forhånd.

Til slutt: Hvis man skulle ta den holdningen at man ikke skulle bruke dette nye medisinske fremskritt - som antakelig er et av de største i de siste ti-årene på verdensbasis - da må man begynne å overveie om vi i det hele tatt skal behandle infeksjonssykdommer.

#### **KARI WÆRNES:**

Om jeg ikke vil se det i så store perspektiver som Stenseth tegner opp, så synes jeg likevel at det er viktig å få IVF løftet ut av den utrolig snevre, individuelle rammen som jeg synes at medisinen ofte diskuterer det i. Og som gjør at vi ikke får øye på at det som kan være bra på et individuelt nivå kan ha kollektive konsekvenser som vi ikke overskuer.

Det skulle ikke forbause meg hvis vi om 10 år sitter og diskuterer om ikke det er mye mer av fertiliseringen som må gå gjennom prøverør. Vi stopper ikke med dette når man kan teste om egget er friskt på ditt og datt. Teknologien går alltid så mye foran oss på dette. Det er viktig - uansett hvilket standpunkt man måtte ha til *in vitro*-fertilisering - at man er villig til, også innen medisinen, å se de negative konsekvenser, f.eks. at det kan være en øket kreftfare for den enkelte kvinne ved å gå inn i dette. Bivirkningene skal på en måte skjules, fordi man så gjerne ønsker å lykkes.

Det er viktig at man sier at livet kan være bra uten barn. At man kan drøfte IVF i en større sammenheng, uansett om man er for eller mot at noen skal få det. Og så er det ikke gitt at medisinerne skal være med på å bestemme hvem som skal få lov til det.

Jeg synes heller ikke det er gitt at det er helsevesenet som skal betale. Gitt at vi lar markedet bestemme slik at folk som vil ha IVF her i landet fikk betale og at donatorene ikke skulle være anonyme: Hvor mye fikk vi da av dette? Det ville være interessant å vite.

#### **ARNE SUNDE:**

Undersøkelsen om at kvinner kan få kreft etter prøverørsbehandling er fullstendig feil vitenskapelig fundamentert. Det er ikke sammenheng med den behandlingen vil gjør på prøverørsmetoden i dag. Det er ingen kreftfare forbundet med dette. Jeg har med data.

#### **KAJA GRAFF HUSTER:**

Jeg har noen kommentarer til at man skal snakke om sorgen til dem som ikke lykkes. Jeg har en del erfaringer fra samtaler med de menneskene som ikke har lykkes ennå. De har også meget sorg fordi de får for dårlig tilbud. De får ikke tilbud raskt nok. Vi har bare 7 klinikker her i landet som gir IVF-behandling. Det er en stor begrensning. Noen må muligens reise til utlandet fordi tilbudet bare gjelder gifte.

Så er det en annen sak som jeg reagerer på, og det er at nå bruker man dette argumentet at

ikke alle lykkes og derfor skal ikke noen lykkes. Hvorfor kan man ikke standardisere oppover i stedet for nedover? Hvorfor kan man ikke si at man er veldig glad for at noen lykkes, og derfor skal vi fortsette med dette? For de som lykkes er dette her usedvanlig bra. De andre som ikke lykkes er også veldig glade for de menneskene som lykkes.

#### **NILS CHRISTIAN STENSETH:**

Det siste som ble sagt har jeg veldig stor forståelse for. Det er viktig å ikke gjøre den enkelte til noen syndebukk her. Men det er et veldig farlig type argument at det betyr så lite i den store sammenheng. Det sier alle, det. Sånn akkumulerer det seg til et problem. Det er de holdningene som dette gir uttrykk for - å sette meg fremfor fellesskapet - som vi alle gjør, men som vi må ha restriksjoner på. Som vi ikke må få lov til å leve ut.

#### **JOHANNE SUNDBY:**

Jeg tror ikke at man skal se bort fra at det å få barn er en stor og sentral eksistensiell dimensjon i livet. Det angår en så stor del av befolkningen i verden at det å fjerne det helt fra det individuelle blir helt feil.

I de landene hvor folk får mange barn, er det å få veldig mange barn kanskje også til en viss grad en strategi mot barnløshet. Der hvor du tror at dine barn kanskje kommer til å dø, så får du veldig mange, fordi du ikke vet hvor mange som vil vokse opp. I de landene hvor man har høyest fruktbarhet, så er det også faktisk høyest forekomst av infertilitet. En forekomst som er kanskje tre ganger så høy som her.

Kanskje er det viktig for oss å skjønne mer av de kompliserte sammenhengene? Hva er det som regulerer det? Hva er det som pusher oss i retning av ønsket om å få barn? Til sist - hva har barnløse behov for?

De undersøkelsene som jeg har gjort viser at de barnløse synes de får all right tilbud på medisinsk side. De har også et like balansert syn på lover og etikk som folk flest. Sånn sett er ikke de barnløse pådrivere i veldig stor grad for at alt skal bli uten lover og regler. På en annen side så synes de at helsevesenet og samfunnet ellers tar for lite vare på dem i den vanskelige prosessen de er i når det står på som verst. Når de ikke vet hvordan det vil gå, når de står i køer, når de utsetter sin familie for behandling - for undersøkelser - i en lang periode.

Men på lang sikt så går det ganske bra. Noen får barn, noen får ikke barn. Noen adopterer. Rent psykologisk sett - det er iallefall det jeg har funnet ut - så er det ikke bare det å få barn som løser hvordan man har det. Hvordan det går med ekteskapet spiller en rolle. Om man har jobb eller ikke. Tiden løser mye av den psykologiske byrden.

#### **KARI WÆRNES:**

Det er jeg også opptatt av som sosiolog. På dette området som det du nevner er vi alt for lite systematiske i forskningen. Her synes jeg at den medisinske vitenskap tillater seg å synse veldig mye, og ikke tar andre vitenskaper særlig alvorlig. F.eks. vet vi bl.a på kollektivt nivå fra iallefall -70 og -80 tallet, at barnløse ekteskap er mer stabile enn de som får barn. Det finnes masse kunnskap omkring hva barn betyr og ikke betyr kunnskaper som går lenger enn synsingen.

#### **KAJA GRAFF HUSTER:**

Det ble påstått at tiden løser en del av problemet etter hvert. Jeg er ikke helt sikker på at den

læser det permanent. Når venner kommer i den alderen at de får barnebarn, så sitter man der uten barn, og får da selvfølgelig heller ikke barnebarn. Når man blir pensjonist, så blir man enslig pensjonist uten familie.

#### **KNUT RUYTER:**

Først vil jeg gjerne si at jeg som forsker i dette området er veldig glad for at noen lykkes. Jeg er også veldig glad for at medisinen på dette området stadig forbedrer sine resulater. Likevel synes jeg at dette er et område som ikke bare har å gjøre med medisin. Det er også nært knyttet til sosiale og kulturelle områder i livet. Derfor synes jeg Kari Wærnes har et veldig godt poeng, når hun sier at det mangler samfunnsforskning.

Vi mangler forskning om konsekvensene for donorer. Vi mangler noe empirisk forskning på konsekvensene for foreldre som faktisk ikke lykkes. Vi mangler forskning på det som jeg reiste i mitt innlegg - på konsekvensene for barn født etter donorinseminasjon, eller bruk av annen type donor. Jeg har selv foreslått for Regionsykehuset i Trondheim at det blir etablert et prosjekt for å undersøke hvordan foreldre erfarer problemet med barnløshet, og hvordan dette påvirkes gjennom behandlingsprosessen og etterpå avhengig av utfallet. Dette håper jeg kan følges opp.

Ute i den store verden finnes det etterhvert noe forskning på dette området. Bl.a med barn som har fått vite om sin opprinnelse ved uheldige omstendigheter eller ved medisinske undersøkelser etc. Og dette er ikke spesielt positivt for de barn det gjelder. I USA finnes det til og med en interesseorganisasjon for personer som har funnet det ut i voksen alder - de heter "Donor's Offspring Incorporated".

Mitt spørsmål til Kari Wærnes til slutt - siden hun er i samfunnsforskning så går jo dette spørsmålet tilbake til henne selv. Er det noen planer om å initiere og igangsette denne type forskning, da i samarbeid med de medisinske miljøer?

#### **KARI WÆRNES:**

Det er vel noe flere av oss kunne ha ønsket. For egen del at anklager jeg sosiologisk teori for å skjønne for lite av hvilken revolusjon vi står ovenfor innenfor hele det reproduktive felt, som gjør veldig mye med oss. Jeg har veldig lyst selv å forsøke å få i stand et prosjekt. Det er mulig at vi samfunnsvitere er veldig kritiske på medisinerne, så det er ikke så lett å få til samarbeidet heller.

#### **ARE NÆS, KrF politiker, professor i infeksjonsmedisin:**

Til Kåre Molne vil jeg si at naturligvis skal man behandle pasienter som har infeksjoner, fordi at man har helt andre etiske forpliktelser overfor levende mennesker enn man har overfor mennesker som ikke er påbegynt ennå.

Jeg er veldig glad for innleggene til Kari Wærnes og Stenseth, selv om jeg langt på vei er uenig i mye av det de har sagt. For ellers har det vært nokså mange bukker til havresekken her. Det jeg har savnet både i den generelle diskusjonen i dag og i stortingsmeldingen, det er at det ikke er noen skikkelig etisk begrunnelse og gjennomgang. Dette er ikke et spørsmål om dette gjelder mange eller få, om pris, om allmenn aksept i befolkningen, om stor pågang, om det gjøres i andre land, om det er viktig med forskning, om Kåre Berg oppfatter det som en kjærlig handling. Teknisk mulighet eller ønske om noe er ikke etiske argumenter. Noe er ikke nødvendigvis riktig fordi om noen gjør det, eller noen ønsker at det skal gjøres.

Jeg har også savnet en etisk gjennomgang av det som er tillatt pr. i dag: Donorinseminasjon og in vitro fertilisering. Hvis en ikke diskuterer dette, så blir resultatet at man gjør ønsket om å få

barn til et overordnet etisk prinsipp, og det er jeg ikke villig til å gå med på.

**PER SANDBERG, Senter for medisinsk etikk i Oslo:**

Jeg tenkte å fortsette litt på forrige innlegg. Hva er etikk og hva slags etikk er mest etisk?

For det første skal jeg si at jeg blir veldig glad når man flytter etiske grenser. Det mest bekymringsfulle er når man ikke flytter etiske grenser, når man ikke er observant om hva som skjer i verden. Jeg er også veldig takknemlig for det etikk-innlegget som Stenseth gav. Det meste av diskusjonen i dag har gått på instrumentell etikk: Hva er farlig, hvor mye koster det, hva er suksessraten, hva har vi allmenn aksept for i samholdet. Det er bra. Jeg tror at de fleste problemer kan løses. Det er helt klart at vi må begynne med det.

Dessuten har vi trukket inn etiske teorier i dag. Den ene - typen som Stenseth forfekter - ble veldig fort plassert som: Er det her relevant. Den andre, den kristne etikken er det ingen som har satt spørsmål ved om er relevant. Jeg vil påstå at i dag er "Stenseth's etikk" mye mere etisk.

**NILS CHRISTIAN STENSETH:**

Det er viktig å fokusere på enkeltindividene. For det dreier seg om oss. Men vi må alltid se det i sammenheng med samfunnet. Og vi må se det i forhold til hva vi gjør med naturressurser som vi er avhengige av. Det er i det lys jeg prøvde å sette det inn i. Derfor er det er veldig viktig at det kommer inn regler og restriksjoner som er basert på moralske vurderinger. Moralske vurderinger for samfunnet - på tvers av generasjoner. Ikke for det enkelte individ.

**KARI WÆRNES:**

Jeg hadde også helst sett at det moralske lerretet som Stenseth trekker opp var utgangspunktet. Jeg har ønsket at denne teknikken ikke skulle ha oppstått. Men det er ønsketenkning å tenke den bort. Som sosiolog er jeg veldig interessert i å forske på, og få større kunnskap om hvorfor dette er ettertraktelsesverdig. Jeg tror nok at hva som er allment akseptert er viktig å få rede på uansett hvordan man ønsker å endre det. Folk kan ikke etterspørre noe som ikke er der. Kunnskapen om det tilbudet du får er heller ikke så nøyaktig.

Jeg er helt sikker på at dette blir ikke siste gangen denne loven kommer til å forandres. Vi kommer til å få spørsmål om surrogatmor. Fordi Molne mener at den kvinnen som bærer barnet skal være moren, er det jo ikke gitt at alle synes det. Hvorfor er da det med det genetiske så viktig? Det er tusen spørsmål som reiser seg i dette. Hele tiden blir det spørsmål om å flytte grenser og flytte grenser og flytte grenser. Det ville vært fint om vi hadde litt mer kunnskap om det på det sosiale og det kulturelle nivå. Ikke bare på dette litt snevre individuelle perspektivet.

**KAJA GRAFF HUSTER:**

Jeg stiller meg alltid litt spørrende til den redselen for muligheter - at den skal sette begrensninger for vår utvikling. Jeg ville heller si det på den måten: La oss heller bruke vår intelligens til å bli herre over mulighetene.

**NILS CHRISTIAN STENSETH:**

Jeg ser personlig på redusert dødelighet som et gode. Det kan være galt eller ikke galt, men jeg tror det som er født har en annen status. Mitt poeng er at vi kan ikke fikle med den ene delen; overlevelsen, uten å gjøre noe med reproduksjonen. Og da å redusere den. Via da fortrinnsvis samfunnsmessige mekanismer. Poenget nå er at vi snakker om å gjøre det motsatt. Rett nok i veldig liten skala, men det må vi være forsiktige med.

**KETIL GRAVIR:**

Jeg synes denne siste runden var en illustrasjon til hva vi her står overfor når det gjelder problemer. Det er egentlig ingen ende på det som har betydning, og som man skal ta standpunkt til. Det ble jo også en utfordring at selve den etikk vi betjener oss av har liten evne til å ta inn i seg de nye biologiske og andre utfordringer som vi møter. Hele ideen med Bioteknologinemndens arbeid er jo nettopp bl.a dette at man får den kontakten mellom de som arbeider aktivt med det og med opionionen, forskere og andre på den måten. Jeg takker alle som har bidratt til å gjøre møtet slik det burde være. Til slutt gir jeg ordet til en sluttapell til Ruth Kleppe Aakvaag som leder det daglige arbeidet i Bioteknologinemndens sekretariat.

**RUTH KLEPPE AAKVAAG, sekretariatleder, Bioteknologinemndens sekretariat:**

Jeg skal ikke ta noen sluttapell eller oppsummering, for jeg synes vi har hatt nok apeller til å holde en ukes tid. Jeg vil bare invitere dere til Bioteknologinemndens neste debatt-møte. Det blir 3.november hvor vi skal ta opp problemene omkring patenter og bioteknologi. Tusen takk for idag - og vel hjem.



**DELTAKERLISTE:**

Torvild Aakvaag  
Norsk Hydro a.s  
Bygdøy alle 2  
0240 OSLO

Amanuel Adkanom  
Sinsenvn. 15  
0572 OSLO

Adm. dir. John Afseth  
Rikshospitalet  
Medisinsk Innovasjon  
Pilestredet 32  
0027 OSLO

Eivind Amv  
Ciba-Geigy A/S  
Grensesvingen 9  
0661 OSLO

Konsulent Anne Birgitte Andersen  
Sosialdepartementet  
Helseavdelingen  
P.b. 8011 Dep.  
0030 OSLO

Liss Andersen  
Kvinneklinikken - IVF, Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO 1

Georg Apenes  
Datatilsynet  
Postboks 8177 Dep.  
0034 OSLO

Professor Torleiv Austad  
Det Teologiske Menighetsfakultetet  
Gydas v. 4  
0363 OSLO

Professor Inge Lorange Backer  
Institutt for offentlig rett  
Karl Johans gt. 47  
0162 OSLO

Student Toril Bakken  
Nordbyveien 11 a  
2013 SKJETTEN

Eva Gavle Bakke  
Fertilitetlab.  
Fylkessykehuset i Haugesund  
5500 HAUGESUND

Jorid Bech Barbøl  
Aker sykehus  
Fødepoliklinikken  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Professor Kåre Berg  
Institutt for medisinsk genetikk  
UiO, PB 1036 Blindern  
0315 OSLO

Aud Bjørnstad  
Frydenberg videregående skole  
PB 540 Vestre Glemmen  
1601 FREDRIKSTAD

Lise Borgen  
Senterpartiet  
SPU  
P.b. 0734 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Anne Kari Bråten  
(SPU)  
Nico Hambroes vei 21  
0969 OSLO

Leif Bungum  
Regionsykehuset i Tromsø  
Kvinneklinikken  
9012 REGIONSYKEHUSET

Første am. Terje B. Christensen  
Biokjemisk institutt  
Boks 1041 Blindern  
0316 OSLO

Journalist Aud Dalsegg  
Dagbladet  
P.b. 1184 Sentrum  
0107 OSLO

Hilde Danielsen  
Commerudveien 6b  
OSLO

Anne Beate Endestad  
Aker sykepleierhøgskole  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Stortingsrepr. William Engseth  
Stortinget  
Aps stortingsgruppe  
Karl Johans gt. 22  
0026 OSLO

Sunni Ese  
Drammensveien 418  
1320 STABEKK

Elisabeth Five  
Olav Hvervens vei 1  
1266 OSLO

Randi Forfang  
Rikshospitalet  
Klinisk-kjemisk avd.  
Pilestredet 32  
0027 OSLO

Lærer Anders Formo  
Vinterlandbruksskolen  
Pottemakervei 4  
0954 OSLO

Generalsekretær Levi Fragell  
Human-Etisk Forbund  
2870 Tøyen  
0608 OSLO

Overlege Alice Frøyshov  
Rikstrygdeverket  
0241 OSLO

Rådgiver Grete Gjertsen  
Sosialdepartementet  
Helseavdelingen  
P.b. 8011 Dep.  
0030 OSLO

Avd.dir. Ellen Mari Grande  
STIL  
Postboks 3  
1430 ÅS

Journalist Eva Granheim  
Bergens Tidende  
Karl Johansgt. 25  
0159 OSLO

Liv Gulbrandsen  
Sosialistisk Venstreparti  
Storgt. 45  
0182 OSLO

Seksjonssjef Sigurd Gulbrandsen  
Norsk Hydro a.s  
Bygdøy alle 2  
0240 OSLO

Forsker Brita M. Gulli  
Alternativ Framtid  
Sognsveien 70  
0855 OSLO

Inger Hagen  
Norsk Biokjemisk selskap  
Rugdevn. 6  
0386 OSLO

Redaktør Jan Hagen  
Legemidler og Samfunn  
pb 847 Sentrum  
0104 OSLO

Jannicke Hagen  
Skusgata 26  
0358 OSLO

Info.konsulent Magnar Haugeli Halvorsen  
Ekersergvn 190 d  
1162 OSLO

Marit Halvorsen Haugsnes  
Kirkerådet, bioteknologigruppa  
P.b. 5913 Hegdehaugen  
0308 OSLO 3

Seksjonsleder Aage Haugen  
Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Postboks 8149 Dep.  
0033 OSLO

Professor Jens Hauge  
Veterinærinstituttet  
P.B. 8156 Dep.  
0033 OSLO

Overlege Johan T. Hazekamp  
Avd. ufr. barnløshet, Volvat Medisinske Sent  
PB 5280 Majorstua  
0303 OSLO

Journalist Anna Heen  
Klassekampen  
P.b. 83 Bryn  
0611 OSLO

Pål Hektoen  
Otto Ruges v. 94 a  
1345 ØSTERÅS

Lektor Astrid Størdahl Hjort  
Stabekk videregående skole  
Postboks 100  
1321 STABEKK

Rådgiver Oddrun Holmboe  
Næringsdepartementet  
PB 8014 Dep.  
0030 OSLO

Line Henriette Holten  
Kristelig Folkeparti  
KRFU  
P.b. 9588 Egertorvet  
0128 OSLO

Nestleder Ingegjerd Hovdenakk  
Norsk Sykepleierforbund  
Collettsq.54, PB 2633 St.Hanshaugen  
0131 OSLO

Johanne Hove  
Aker sykehus  
Fødepoliklinikken  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Kaja Graff Huster  
Foreningen for ufrivillig barnløse  
Pb 150 Sentrum  
0102 OSLO

Torben Hviid Nielsen  
Senter for teknologi og menneskelige verdier  
Gaustadalleen 21  
0371 OSLO

Stortingsrep. Annelise Høegh  
Stortinget  
Karl Johans gt. 22  
0026 OSLO

Gen.sekr. Birgit Høvik  
Folkebevegelsen for Livsrett og menneskeverd  
Postboks 6716 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Anders Iversen  
Landsorganisasjonen  
Youngsgt 11  
0181 OSLO

Jordmor Karin Jansen  
Aker sykehus  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Journalist Tone Jørstad  
Nationen  
P.b. 447 Sentrum  
0104 OSLO 1

Per Karlsrud  
Fossevinkelsgt. 30  
5007 BERGEN

Kirsti Kjærnes  
Rikshospitalet  
Klinisk-kjemisk avd.  
Pilestredet 32  
0027 OSLO

Torstein Lalim  
Den norske kirkes preste- og kateketforening  
Underhaugsv. 15, PB 7068 Homansbyen  
0306 OSLO

Berit Iren Larsen  
Svartdalsveien 26  
0678 OSLO

Tone Larsen  
Frognerveien  
2022 GJERDRUM

Student Borghild Lauvås  
Lauvås  
4300 SANDNES

Vibeke Lunde  
Kvinneklinikken - IVF, Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO 1

Terje Lønseth  
Underlandsveien 82  
1380 HEGGEDAL

Dave Marong  
Blakkens vei 102 - Klemetsrud  
1281 OSLO

Anne Kristin Mauroy  
Volvat Medisinske senter  
PB 5280 Majorstua  
0303 OSLO

Jordmor Astrid Mella  
TOMB  
1640 RÅDE

Redaktør Patricia Melsom  
Bioingeniøren  
Lakkegaten 19-21  
0187 OSLO

Magnhild Meltveit Kleppa  
Senterpartiet  
P.b. 6734 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Professor Kåre Molne  
Regionsykehuset i Trondheim  
Kvinneklinikken  
7006 TRONDHEIM

Journalist Johannes Morken  
Vårt Land  
P.b. 68 Tveita  
0617 OSLO

Barry Mutar  
Nedre Ullevål 9  
0850 OSLO

Beatrice Nicolaysen  
Elgtråkket 3 a  
2014 BLYSTADLIA

Anders Nilson  
MECO A.S  
Boks 158  
1321 STABEKK

Journalist Ester Nordland  
Arbeiderbladet  
P.B 1183 Sentrum  
0107 OSLO

Are Næss  
5650 TYSSE

Journalist Per Kristian Orset  
TV2 Trondheim  
PB 6070  
7004 TRONDHEIM

Biskop Sigurd Osberg  
Tunsberg bispedømme  
Postboks 1253 Trudvang  
3101 TØNSBERG

Siri Osnes  
Kvinneklinikken - IVF, Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO 1

Georg Parman  
Universitetsforlaget A/S  
P.b. 2959 Tøyen  
0608 OSLO

Professor Hans Prydz  
Bioteknologisenteret i Oslo (BiO)  
PB 1125 Blindern  
0317 OSLO

Underdirektør Tore Riise  
Fiskeridepartementet  
P.B. 8118 Dep.  
0032 OSLO

Nils Ringdal  
NRK Radio Samtidsredaksjonen  
0342 OSLO

Gunn Karin Robbestad  
Aker sykepleierhøgskole  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Knut Ruyter  
Senter for medisinsk etikk  
Gaustadalléen 21  
0371 OSLO

Jan Olav Ryan  
Johan Castbergsvei 50  
0673 OSLO

Stipendiat Per Sandberg  
Senter for medisinsk etikk  
Gaustadalléen 21  
0371 OSLO

Nina Schmidt  
Verdens Gang  
P.b. 1185 Sentrum  
0107 OSLO

Kjartan Selnes  
Human-Etisk Forbund  
2870 Tøyen  
0608 OSLO

Gaute Skirbekk  
Inst.for Rettssosiologi  
St.Olavsgt. 29  
0166 OSLO

Professor Julie Skjæraasen  
Rikshospitalet  
Kvinneklinikken  
Pilestredet 32  
0027 OSLO

Kjellaug Skofsrud  
Tøyengt. 21 b  
0190 OSLO

Fagkonsulent Kjersti Sletholt  
Norges allmennvitenskapelige Forskningsråd  
Sandakerveien 99  
0483 OSLO

Anne Marie Solli  
N.Ringvoll 4c  
1313 VØYENENGA, BÆRUM

Stortingsrepr. Solveig Sollie  
Stortinget  
Landbrukskomiteen  
Karl Johans gt. 22  
0026 OSLO

Svein Solli  
N.Ringvoll 4c  
1313 VØYENENGA, BÆRUM

Ingse Stabel  
Fearnleys gt. 10 A  
0353 OSLO

Eivind Steen  
Vestbyveien 36  
1440 DRØBAK

Konsulent Bodil Stenslet  
Livsrett og menneskeverd  
PB 6716 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Professor Nils Christian Stenseth  
Biologisk inst., Zoologisk avd  
PB 1050 Blindern  
0316 OSLO

Lise Strandberg  
Diakonforbundet  
Diakonveien 15  
0369 OSLO

Ellen Strengenhagen  
Sosialdepartementet  
Statssek. for helsesaker  
P.b. 8011 Dep.  
0030 OSLO

Bioingeniør Arne Sunde  
Regionsykehuset i Trondheim  
Enhet for barnløse, Kvinnekl.  
Kvinneklubben  
7006 TRONDHEIM

Dr. Johanne Sundby  
Helsedirektoratet  
P.B. 8128 Dep.  
0032 OSLO

Astrid Svalasteg  
Norsk Telegrambyrå  
P.b. 6817 St.Olavs plass  
0130 OSLO

stipendiat Aslak Syse  
Institutt for offentlig rett  
Karl Johans gt. 47  
0162 OSLO

Overlege Tom Tanbo  
Kvinneklubben - IVF, Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO 1

Anne-Karine Thomassen  
Aker sykehus  
Barsel 3  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Reidun Trae  
Solhaugveien 87  
1300 SANDVIKA

Professor Knut Erik Tranøy  
Senter for medisinsk etikk  
Gautstadalléen 21  
0371 OSLO

Tone Vegler  
Aker sykehus  
Fødepoliklinikken  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Student Ane Volsnes  
Lindebergvn. 4b  
1342 JAR

Monika Von Kraemer  
Rud videregående skole  
Næringsmiddelkjemilinen  
PB 36  
1351 RUD

Liv Hilde Vårvik Lien  
Underhaugsv. 4 j  
1342 JAR

Ragnhild Wergeland  
Rikshospitalet  
Klinisk-kjemisk avd.  
Pilestredet 32  
0027 OSLO

Nina Wingaard  
Kvinneklinikken - IVF, Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO 1

Jordmor Aud With Mærlund  
Aker sykehus  
Trondheimsveien 235  
0514 OSLO

Professor Kari Wærnes  
Sosiologisk instiutt, UiB  
Hans Homboes gt.  
5002 BERGEN

Steinar Wølle  
Serono Nordic  
Solheimsvn. 32  
1473 SKÅRER

Professor Lars Østnor  
Menighetsfakultetet  
Gydas v. 4  
0363 OSLO

Overlege Thomas Åbyholm  
Rikshospitalet  
Pilestredet 32  
0027 OSLO



**FRA BIOTEKNOLOGINEMNDENS SEKRETARIAT MØTTE:**

Sekretariatleder Ruth Kleppe Aakvaag  
Utreder Svanhild Foldal  
Informasjonskonsulent Nina Kraft  
Sekretær Sigrid B. Antonsen

\*\*\*\*\*

**OVERSIKT OVER BIOTEKNOLOGINEMNDENS PUBLIKASJONER:**

"BIOTEKNOLOGI FOR ALLE", av Jonathan Katz og Dr. David B. Seattelle. Oversatt til norsk av sekretariatleder Ruth Kleppe Aakvaag. 1992.

"BIOTEKNOLOGI I NORGE", av Ruth Kleppe Aakvaag. Oktober 1992.

"FORVALTNINGSLOVENS REGLER OM INHABILITET: Anvendelse i Bioteknologinemnden", en utredning av professor dr.juris Arvid Frihagen. 5.april 1992.

"RAPPORT FRA ÅPENT MØTE OM GENMODIFISERTE PLANTER 28.10.92".

Bioteknologinemnden utgir informasjonsbladet "Gen-i-alt", som kommer ut ca. 5 ganger årlig. Alle publikasjoner fra Bioteknologinemnden er gratis.

