

Åpent møte 6. september 2006



R A P P O R T

# Hvem snakker for barna?



**Bioteknologinemnda**  
The Norwegian Biotechnology Advisory Board

**Bioteknologinemnda**  
The Norwegian Biotechnology Advisory Board



Ansvarlig redaktør: Sissel Rogne

Redaktør: Norunn K. Torheim

Utgiver: Bioteknologinemnda

*Kun tilgjengelig elektronisk på [www.bion.no](http://www.bion.no).*

*Utgitt: 30.03.07*

ISBN 978-82-91-68350-8

Postadr.: Postboks 522 Sentrum, 0105 Oslo

Besøksadr.: Rosenkrantz' gate 11, Oslo

Internett: [www.bion.no](http://www.bion.no)

E-post: [bion@bion.no](mailto:bion@bion.no)

Grafisk produksjon: Bioteknologinemnda

Foto: Casper Linnestad og Tore Wallem

Forsidebilde: Plainpicture/Scanpix

## Bioteknologinemnda

Bioteknologinemnda er et frittstående, regjeringsoppnevnt organ og ble første gang oppnevnt i 1991. Nemnda er hjemlet i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. og lov om fremstilling og bruk av genmodifiserte organismer. Foruten å være rådgivende i saker som angår bruk av bio- og genteknologi i relasjon til mennesker, dyr, planter og mikroorganismer, skal nemnda bidra til opplysning og debatt. I sine vurderinger skal nemnda spesielt vektlegge de etiske og samfunnsmessige konsekvenser ved bruk av moderne bioteknologi. Bioteknologinemnda har 21 medlemmer og observatører fra seks departementer. Bioteknologinemnda har et budsjett på ca. 6,7 millioner kroner for år 2006.

# Innhold

Velkommen .....	4	
<i>Lars Ødegård, leder, Bioteknologinemnda</i>		
Ikke barneombudets bord? .....	5	
<i>Reidar Hjermann, Barneombud</i>		
Infertilitetsbehandling i Norge .....	6	
<i>Vidar von Düring, seksjonsoverlege, St. Olavs hospital Trondheim og medlem av Sosial- og helsedirektoratets arbeidsgruppe</i>		
Presentasjon av rundskrivet .....	10	
<i>Ragnhild Castberg, avdelingsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet</i>		
Fra en prøverørsklinikks ståsted .....	12	
<i>Gudvor Ertzeid, overlege dr. med., Rikshospitalet</i>		
Hensynet til barnets beste når barnet ikke er til. Noen filosofiske betraktninger .....	14	
<i>Berge Solberg, NTNU og medlem av Bioteknologinemnda</i>		
Undersøkelse og godkjenning av adoptivhjem .....	19	
<i>Morten Stephansen, psykolog, avdelingsdirektør, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet</i>		
Risikofaktorer i barns oppvekstmiljø .....	23	
<i>Guro Brekke, psykolog</i>		
Om kravene .....	26	
<i>Sigrid Eriksen, leder, Foreningen for Ufrivillig Barnløse (FUB)</i>		
Om kravene .....	28	
<i>Gry Myhre, nestleder, Turner syndrom-foreningen</i>		
Forhåndsannmeldte innlegg:		
<i>Inger Lise Hognerud, HivNorge</i> .....		29
<i>Carl Birger van der Hagen, tidligere overlege Ullevål universitetssykehus</i> .....		31
<i>Arvid Heiberg, overlege, Rikshospitalet</i> .....		31
Åpen debatt .....	32	
Avslutning .....	35	
<i>Lars Ødegård, leder, Bioteknologinemnda</i>		
Utdrag av kapittel 2 i bioteknologiloven – assistert befruktning .....	36	
Møteprogram .....	37	
Deltakerliste .....	38	
Tidligere møter arrangert av Bioteknologinemnda .....	39	

Lars Ødegård

Leder, Bioteknologinemnda

Bioteknologinemnda er Regjeringens rådgivende organ i spørsmål som omhandler blant annet bruk av bioteknologi på mennesker og de mange forhold som bioteknologiloven regulerer. Kapittel 2 i loven er knyttet til assistert befruktning. I § 2.6 står det:

*”Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret.”*

Videre heter det:

*”Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste.”*

Prinsipielt en meget god intensjon, vil vi vel alle være enige om, men spørsmålet er: hvorfor skal det være sånn, og enda viktigere, hva betyr det i praksis?

Alle er vi enige om at fremtiden, det er barna. Barna våre, barn som trenger oss for å vokse opp og for å få de best tenkelige forutsetninger for omsorg, utvikling og trygge levekår. De aller fleste av oss blir foreldre av egen fri vilje, noen ganger godt planlagt, andre ganger ikke fullt så planlagt, men vi trenger ikke å spørre noen om lov til å få barn. Vi sertifiseres ikke for foreldregjerningen. Og de fleste foreldre er gode foreldre, men ikke alle. De fleste barn har det godt, men ikke alle. De fleste barn har foreldre som tar hånd om dem, men ikke alle. Altfor mange barn opplever omsorgssvikt, derfor må samfunnet ta et ansvar. Altfor mange barn opplever å miste sine nære omsorgspersoner, derfor må også samfunnet bære et ansvar. Det er mange barn i verden som trenger omsorgspersoner, og det er mange som ønsker å bli foreldre til disse barna. Adopsjon er en løsning for mange, men ikke for alle. Erkjennelsen om at jeg, eller vi, ikke kan bli foreldre på det man kaller for ”naturens vis” vil for mange være svært tung og smertefull. For alle kan ikke få barn uten assistanse. De trenger assistert befruktning. Og et sted mellom 10 og 15 prosent av alle par må møte den erkjennelsen. For mange er det å kunne gå gravid og få oppleve den eksistensielle prosessen det må være å føde et barn, en

sterk drøm og et brennende ønske. For mange er det å få føde et barn i slekta med helt eller delvis parets egne gener, det ønsket som har preferanse framfor andre eventuelle muligheter. Og teknologien gir stadig flere muligheter. Og stadig flere teknologiske muligheter gir også stadig flere etiske utfordringer. Hvor langt kan vi gå, og skal alt som gjøres kan, gjøres mulig? Er det barnløse paret den eneste interessertpart? Er det en rett å få føde egne barn? Er helsetjenesten bare en formidler av teknologiske muligheter, og hvor går samfunnets rett eller plikt til å gripe inn og regulere disse skjøre og vanskelige valgene gjennom lov, forskrift og andre handlingsveismuligheter? For der samfunnet intervensjoner, enten som formidler av adopsjon eller som tilbyder av assistert befruktning, har samfunnet grepet inn, tatt en beslutning og blir følgelig delaktig i resultatet. Derfor må samfunnet ha kjøreregler. Regler som både tar hensyn til faglig forsvarlighet, omsorg for de som søker hjelpen, og et objektivt ansvar for de resultater som følger av behandlingen. Og det er disse reglene vi ønsker å sette søkelyset på.

Det som for noen synes å være rigide regler, virker for andre som liberale eller slette. Det som for noen synes å være god etikk, framstår for andre som utidig moral. Det som er lov i ett land, kan godt være ulovlig i et annet. Det som synes klokt i dag, kan framstå som uklokt om ti år. Men i dag er det dagens klokskap vi påtaler.

For hva er beste praksis for foreldre som ønsker samfunnets assistanse for å få barn, og å få barn som samfunnet bidrar til å gi gode foreldre? Hva er beste praksis for samfunnet som forvalter våre felles verdier og for samfunnet som tilbyder av teknikker eller tjenester som innebærer assistert befruktning? Det er mange spørsmål å stille, og det er mange svar å søke.

Helse- og omsorgsdepartementet har registrert et behov for å ta lovens gode intensjoner i nærmere ettersyn. Derfor ga de i fjor Sosial- og helsedirektoratet beskjed om å utarbeide veiledende retningslinjer eller retningslinjer for hvordan vurderingen av beslutninger om assistert befruktning ble foretatt. Målet er også å utvikle en god praksis i det skjønnet som må utøves, og en praksis som bidrar til større grad av likebehand-



ling for de som søker om assistert befruktning. Direktoratet har kommet godt i gang med sitt arbeid, og de har trukket gode veksler på fagmiljøer som kjenner de kliniske og etiske utfordringene meget godt. Direktoratet har innhentet og vurdert tilsvarende retningslinjer og veiledning som er etablert i andre land, men Helse- og omsorgsdepartementet har ennå ikke trukket sine konklusjoner. I sitt arbeid har departementet også spurt Bioteknologinemnda om råd. Og vårt råd i denne omgangen har vært å ta oss tid til å lytte til dere som er her. Lytte til faglige råd fra de som står midt i praksisen. Lytte til de råd og synspunkter som kommer fra dem som står midt i beslutningens sentrum, de som må leve med konsekvensene av samfunnets holdninger og handlinger, altså paret. Lytte til de som har barnas interesser å ivareta ut fra andre perspektiver enn det å være i foreldrerollen. Vi tror at å lytte til dere, vil gi oss økt innsikt og større forståelse til selv å gi gode og mer reflekterte råd til de myndighetene som

til syvende og sist vil måtte sette reglene.

Dagens program er bygget opp rundt dette ønsket om å lytte før konklusjoner trekkes og råd gis. Vi har invitert både forelesere og deltakere som kan bidra til at dagen i dag kan frambringe synspunkter og vurderinger fra mange perspektiver, og vi har organisert dagens program slik at alle kan få komme til orde. Noen med mer spesifikke og faglig begrunnede vurderinger, andre mer overordnet og verdimesig forankret, og atter andre ut fra den interesse de er satt til å ivareta for enkeltpersoner og grupper som blir direkte berørt av beslutningene og reglene i praksis.

Vi er glade for at så mange er kommet, og vi ser fram til en konstruktiv dag, en avklarende dialog og de råd som bærer frukter for framtiden for å si det sånn, så jeg ønsker dere velkommen.

## Ikke barneombudets bord?

Reidar Hjermand  
Barneombud

*Det følgende er et kort sammendrag av barneombudets foredrag:*

Barneombud Reidar Hjermand fortalte at de i Barneombudet har diskutert mye hva som er deres rolle i forhold til dette temaet. FNs barnekonvensjon har ikke klart definert hva et barn er. Det er opp til de enkelte landene å bestemme det. Barneombudet har valgt å definere sitt felt fra unnfangelse til barnet er 18 år, gitt at barnet ligger an til å bli født. Spørsmål knyttet til assistert befruktning og fosterdiagnostikk er derfor ikke deres bord. Det er noe annet med vurdering av adoptivforeldre der barna allerede finnes. Hjermand ønsket derfor heller ikke å si noe om legenes rett til å underkjenne foreldre som søker assistert befruktning. Han sa likevel at han ser at det er mange problematiske sider, og samtidig fantastiske muligheter, når det gjelder donorsøsken, og at vi trenger forskning der vi ser på hvordan det er å være donorsøsken.



Barneombud Reidar Hjermand til høyre. I bakgrunnen møteleder Lars Ødegård.

# Infertilitetsbehandling i Norge

Vidar von Düring

Seksjonsoverlege, St. Olavs Hospital Trondheim og medlem av Sosial- og helsedirektoratets arbeidsgruppe

Jeg er seksjonsoverlege ved fertilitetsseksjonen i Trondheim. Jeg har jobbet i dette feltet siden 1985 og jeg vil prøve å gi litt informasjon om hvordan vi jobber og de prinsipper vi arbeider etter. Jeg har fått beskjed om å snakke om infertilitetsbehandling – litt generelt, ikke bare om assistert befruktning. Jeg skal også snakke litt om omfanget av infertilitet og infertilitetsbehandling i Norge. Til slutt blir det litt om det arbeidet jeg har vært med på i den gruppen som har jobbet med retningslinjene.

## Om infertilitetsårsaker

For å oppnå vanlig graviditet må man ha sæd i skjeden. Der kan det være forskjellige ”svikter”; seksuelle problemer, anatomiske forhold eller ingen sædceller i sædvesken. Passasjen gjennom livmorkanalen kan være vanskelig. En kan ha passasjehinder slik at sædcellene ikke kommer gjennom egglederne. Dette er ikke ofte, sædcellene finner som oftest veien frem.

Så må vi ha en eggløsning. Egglosningssvikt er hyppigere i dag enn tidligere. Eggene må befruktes; lokale miljøfaktorer kan påvirkes av det som heter ”endometriose”. Så kan det være skade på egglederen som gjør at transporten av det befruktete egget tilbake til livmoren blir forhindret. Det befruktete egget skal så feste seg i livmoren, der kan det være lokale faktorer som gjør at det ikke fester seg.

## Behandling som ikke omfattes av loven

Når vi snakker om retningslinjene for vurdering av medisinsk og psykososial egnethet, synes jeg det er viktig å poengtere at en ikke uvesentlig del av infertilitetsbehandlingen ikke omfattes av bioteknologiloven:

- Vi opererer muskelknuter.
- Vi opererer skadede eggledere.
- Mange infertile har endometriose. Endometriose skyldes at biter av livmorslimhinnen går den gale veien og fester seg i bukhulen. Bukhinna liker ikke

dette. Endometriosen oppfattes som fremmedelementer. Kroppen reagerer på det og skaper betennelsesreaksjoner. Endometrioseflekker kan brennes bort. Dette er et inngrep som gjøres på alle sykehus i Norge hvor de har gynekolog. Det er vist at slike inngrep får flere kvinner gravide. Psykososial vurdering, er det til stede her og hvordan er det til stede?



- Vi utfører stimulering til eggløsning. Det gjøres av en rekke leger. Det kan faktisk gjøres av en allmennpraktiserende lege ved å gi noen tabletter, noe som er veldig enkelt å administrere, eller litt mer avansert med sprøytesetting som gjøres av mange privatpraktiserende spesialister i gynekologi.

- Antibiotikabehandling av menn med litt prostatitt og litt nedsatt sædkvalitet, langvarige, dyre antibiotikakurer på blå resept. Dette er noe som gjøres i ukjent omfang og av og til blir det barn av det.

- Par med seksuelle dysfunksjoner, par med fysiske problemer som ikke får til samleie, de får selvfølgelig hjelp. Resultatet er selvfølgelig at noen får barn. Psykososial egnethet, er det vurdert her?

Det er en rekke andre slike infertilitetsfaktorer som behandles og som ikke omfattes av bioteknologiloven.

Ofte er en i grenseland mellom medisinsk indikasjon for behandling og fertilitetsbehandling. Bare for å illustrere hvor vanskelig det kan være: En kvinne har en stor muskelknote i livmoren. Kvinnen har kraftige blødninger, og hun har plager fra denne muskelknuten. Hun er uføretrygdet, tidligere stoffmisbruker. Det er en helt klar medisinsk indikasjon for å operere muskelknuten. Hun ønsker barn og hun vil ikke at livmoren skal fjernes. Legen fjernet muskelknuten og kvinnen ble senere gravid. Barnet følges opp i dag av

barnevernet.

### Assistert befruktning i Norge

Stort sett foregår utredning og eventuell behandling av det vi kan kalle tradisjonell infertilitetsbehandling, hos spesialist ved lokalt sykehus. De som ikke blir gravide henvises deretter til en IVF-klinikk (IVF – *in vitro*-fertilisering/prøverørsbefruktning). IVF-klinikken benytter seg i stor grad av skjematiserte henvisninger. På klinikken har de som regel én konsultasjon før behandlingen starter. Da legger vi en klar plan for eventuelt utredning og behandling. Behandlingen gjennomføres etter planen, og så har man en definert avslutning. Vi bestreber oss på ikke å bruke lang tid. Da jeg begynte i fagfeltet for over 20 år siden så var det ikke uvanlig at par hadde gått til infertilitetsbehandling i over ti år. Moderne infertilitetsbehandling, det vil si assistert fertilisering, har effektivisert og rasjonalisert behandlingen vesentlig.

### Metoder

I Norge har vi i hovedsak følgende behandlingsalternativer som går inn under begrepet ”assistert befruktning”:

- Vi har tradisjonell prøverørsbehandling (*in vitro*-fertilisering, IVF)
- Vi har prøverørsbehandling kombinert med mikroinjeksjon av sædceller (ICSI).
- De fleste klinikkene har også startet opp med å aspirere (hente ut) sædceller fra testikkelen og gjøre prøverørsbehandling kombinert med mikroinjeksjon (TESA, PESA).
- De fleste klinikker fryser også befruktete egg. Innen fryseteknologien har vi de siste årene hatt en liten revolusjon i utviklingen av teknologien.
- Inseminering med sæd fra ektefelle gjøres i liten grad.
- Donorinseminasjon er det en veldig redusert bruk av, etter at anonymitetsprinsippet ble opphevet, slik at vi fikk ikke-anonyme givere. Tallene kjenner jeg ikke, det vet kanskje dr. Ertzeid som skal snakke om dette.

### Resultater

I følge data fra medisinsk fødselsregister ble i 2004 nesten 1400 barn født ved prøverørsbefruktning. Det utgjør 2,5 prosent av barn født i Norge. Det som vi i fagmiljøet oppfatter som det store problemet hva gjelder barns helse, er den store andelen flerlinger. På 1990-tallet var ca. 50 prosent av barna født som flerlinger, altså som tvilling, trilling eller firling. Når det gjelder trillinger og firlinger, gjorde vi noen grep og fikk redusert antallet trillinger ganske vesentlig. Det var fagmiljøet i Norge som initierte dette, og det har hatt en vesentlig helsemessig betydning. Men fortsatt er 40 prosent av barna tvillinger.

Hvordan er situasjonen i dag? I 2005 startet vi opp 5300 behandlinger hvor det var planlagt å gjøre egguthenting. Ikke alle fikk tilbake egg. Det ble nesten 1400 gravide. I tillegg har vi tilbakeføring av tinte embryo som står for en økende andel av barn født etter assistert befruktning. Antall graviditeter per tilbakeføring ligger på 30 prosent. Dette er kliniske graviditeter hvor de aller fleste vil nå til fødsel. Det vil si at vi i 2005 sannsynligvis vil få 1600-1700 barn. Det som er gledelig, og som vi virkelig er opptatt av, er at vi i 2005 vesentlig har redusert flerlingandelen.

### Prioritering og inntakskriterier

IVF-klinikkene har i alle år samarbeidet, og vi var veldig tidlig enige om en del felles retningslinjer for behandling og felles kriterier for behandling i det offentlige. Det ble ødelagt da vi fikk betalingsordningen i 2002. Denne nye ordningen med en dramatisk økning i pasientens egenandel, slo beina under hele miljøets håndtering av de infertile. Ventelistene forsvant som dugg for solen. Før 2002 hadde vi et godt samspill mellom det offentlige og det private, men det er en annen debatt.

Inntakskriterier i det offentlige var alder hos kvinnen og om paret hadde barn fra før eller ikke. Vi har alltid hatt medisinske og psykososiale kriterier, også før vi hadde lovgivning.

Spesielt det psykososiale har alltid blitt ansett som vanskelig å vurdere. Her har vi en del ulike holdninger og en del ulik praksis.

## Klinikkens hverdag

Vi får omtrentlig 70 prosent av parene henvist fra andre klinikker. Det innebærer at vi ikke har sett dem før de møter ved klinikken. Vår seksjon ser 4-500 nye par per år. Ca. 15-20 prosent av søknadene avslås, i all hovedsak på medisinske grunner. Kvinnen er for gammel, eller hun har ikke egg. Dette er faktorer som betyr at vi kan ikke tilby behandling. Hos oss er det i størrelsesorden knapt 1-2 prosent som blir avslått av psykososiale årsaker. Det er veldig få tilfeller hvor vi føler at vi har behov for hjelp utenfor klinikken. I Trondheim har vi ikke mer enn et par saker i året hvor vi er så sterkt i tvil at vi ønsker hjelp til å vurdere paret. Vi har den praksis at vi da henviser til sosialkontoret og ber sosialkontoret foreta en vurdering.

**Fra salen:** Betyr det at medisinene selv ikke står for den endelige avgjørelsen?

Jo, det gjør de. Men vi får en grundig utredning fra sosialkontoret. På grunnlag av dette er det lege ved behandlende klinikk som tar den endelige avgjørelsen. I prinsippet er det jeg som eventuelt kunne si nei, selv om sosialkontoret sier ja, men det skal litt til.

### Fagmiljøets forhold til loven

I bioteknologiloven har vi en paragraf om medisinsk og psykososial egnethet. Vi er av og til uenige med bioteknologiloven – men vi er grunnleggende positive til denne paragrafen i loven. Det er en hjelp for oss til å håndtere et vanskelig problem. I de tilfellene vi har behov for det, kan vi si at ”dette er vi lovpålagt å sjekke”. Det gjør kommunikasjonen mye enklere, og retningslinjene som nå utarbeides er ønsket fra fagmiljøene. Jeg vet ikke om hvor mange ganger jeg har ringt til Anne Forus i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og diskutert diverse saker.

Men i prinsippet må vi alle være enige om at bedømmelsen av psykososial egnethet er i sin natur subjektiv. Det er veldig vanskelig å få objektive kriterier. Det å få noen retningslinjer kan på en måte hjelpe oss i å gjøre dette objektivt. Tvilstilfellene er vanskelige, og vi hadde jo håpet at vi skulle få retningslinjer som kunne medvirke til en mer samstemt praksis.

### Arbeidsgruppen og utkast til retningslinjer

Arbeidet i gruppen skal jeg ikke si så mye om. Vi kommer til å høre om selve konklusjonen i gruppen senere, men jeg vil si at det har ikke vært store uenig-

heter i arbeidsgruppen. Jeg synes at det har vært et flott arbeid. Vi har hatt noen forskjellige synspunkter på ting, men ikke store, prinsipielle uenigheter. Vi føler at forslaget til retningslinjer innebærer lite endring fra dagens praksis. Men retningslinjene oppfattes som en kvalitetssikring. De peker på en måte å jobbe med dette vanskelige problemet som jeg synes er veldig viktig. Vi har ofte et stort problem med å få henvisende leger til å gi uttalelser om egnethet. Nå kan vi vise til veilederen og si at dette står faktisk i den. Vi skal så langt mulig innhente opplysninger om pasienten. Veilederen sier at parene ikke skal komme direkte inn til IVF-behandling, men de bør ha en primærsamtale hos oss før behandlingen. Så dette må alle gjøre. Vi har fått noe veiledning om hva vi gjør i tvilstilfeller. Hvordan håndterer vi det? Det er råd om å bruke psykiater, eller sosialkontor i tvilstilfeller. Saker som har mer prinsipiell betydning skal til den lokale etikk-komiteen ved sykehuset.

Vi trengte klarere retningslinjer for behandling av par der én var alvorlig syk. Vi hadde tidligere retningslinjer for behandling av menn med nedfryst sæd i forbindelse med kreftbehandling. Disse var gitt av helsedirektør Mork i 1984, og krevde at mannen skulle ha fem års residivfrihet (uten tilbakefall). Dette var umulig å håndtere og det er endret i forslag til ny veiledning.

Hva gjorde vi i arbeidsgruppen? Vi tok utgangspunkt i HFEA-kriteriene (HFEA – The Human Fertilisation and Embryology Authority i Storbritannia). De kategoriserer kriteriene for hvor skal listen ligge:

- Punkt 1 innebærer et standpunkt om at foreldrene har full autonomi. De får bestemme uten innblanding fra det offentlige.
- Punkt 2 sier at den behandlende lege har et klart ansvar, og vi skal ta avstand fra behandling der hvor det er åpenbar risiko for at barnet vil lide fysisk eller psykisk skade.
- Så er det en grenseovergang til punkt nummer 3, som sier at vi skal avstå behandling der hvor vi ikke er sikre på at barnet vil få det bra. Det vil si at vi skal være trygge på at barnet får det bra.
- Og så punkt 4, som det mest strenge standpunktet; hvor det absolutt er barnets velferd som er det primære og at det ikke skal være noen tvil om



barnets fremtidige velferd.

Vi hadde en del diskusjoner om hvor vi skulle legge listen. Det stod mellom punkt 2 og 3, og vi havnet på nummer 2. Vår vurdering var at det er nesten en umulig oppgave å si at vi skal være trygge på at barnet får det bra. Det vil innebære å pålegge meg som doktor en oppgave som jeg ikke har mulighet til å løse. En vurdering av hvordan et par vil være som foreldre vil alltid være basert på skjønn. Vi vil sikkert gjøre feilvurderinger, men vi oppfatter retningslinjene som et godt hjelpemiddel.

Jeg vil til slutt si at jeg synes denne typen arbeidsgruppe, med fagfolk fra ulike miljøer i samarbeid med SHdir, har vært en god erfaring. Jeg har oppfattet arbeidet i denne arbeidsgruppen som meget konstruktivt.

### Spørsmål etter innlegget

**Fra salen:** Du trakk jo opp en veldig sentral problemstilling, i hvert fall ut fra den kliniske situasjonen som legen befinner seg i, i grensedragningen rundt det som karakteriseres som tradisjonell infertilitetsbehandling som ikke er berørt av loven. Har dere forsøkt å håndtere dette i de retningslinjene som dere nå har arbeidet med?

**Vidar von Düring:** Nei, det lå ikke innenfor mandatet, men jeg ser at den engelske komiteen og engelske HFEA har tatt opp dette problemet i sine retningslinjer.

**Fra salen:** Det gjelder kriteriet nummer to. Det er klart

at det er fryktelig vanskelig, men hvis vi ser på det som skjer i en del tilfeller der barn kanskje utsettes for overgrep og vold og er kommet til sykehus med skader, og hvor vanskelig det er for helsepersonell å anmelde det. Veldig ofte blir de sendt hjem igjen. Mitt spørsmål er egentlig: hvor langt kan vi gå, altså når skal man avstå fra behandling med henvisning til faren for at barnet ikke kan få det bra når man sitter med et foreldrepar som aldri har hatt barn, og ikke kan dokumentere at de er voldelige?

**Vidar von Düring:** Problemet vårt når det gjelder den type problemstilling som du skisserer, er at det i mange tilfeller ikke vil være mulig å oppdage. Det jeg føler vi har hatt en mangel på i Norge, det er klare retningslinjer for vurdering av egnethet, retningslinjer som sikrer at det vi gjør i hvert fall kan komme et stykke på vei.

**Fra salen:** Vi vet at røyking i svangerskapet medfører at det kan bli skade på barnet eller at det kan være overveiende sannsynlig at det utvikler seg på en dårligere måte. Vil det være et kriterium som gjør at du sier stopp? Hvis moren sier at hun ikke klarer å slutte å røyke, hjelper dere likevel?

**Vidar von Düring:** Dette er en interessant problemstilling. Vi krever ikke at kvinnen skal slutte å røyke, men anbefaler det sterkt. Vi setter derimot en grense ved betydelig overvektig (BMI >35) på grunn av at risikoen for komplikasjoner under svangerskapet er store og det er økt risiko for et sykt barn.

# Presentasjon av rundskrivet

Ragnhild Castberg

Avdelingsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet

Tusen takk for invitasjonen og for at Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) får anledning til å presentere utkastet til retningslinjer. Det er Anne Forus som har ledet arbeidsgruppen som har utarbeidet utkastet.

## Skjønnsutøvelse

Utformingen av retningslinjene var et oppdrag fra departementet. Allerede ved høringen i forbindelse med den nye bioteknologiloven i 2003 uttalte Legeforeningen et ønske om å få en veiledning for den skjønnsutøvelsen som loven pålegger legene ved assistert befruktning. Den videre prosessen med utkastet pågår i departementet, som selvsagt har muligheter til å innhente ytterligere opplysninger og bygge på ytterligere synspunkter på hvordan rundskrivet bør være.

Målet med rundskrivet er å gi et bidrag til å lette skjønnsutøvelsen knyttet til medisinsk og psykososial vurdering av de parene som søker om å få assistert befruktning. Rundskrivet vil forhåpentligvis også være et nyttig bidrag til å sikre større grad av likebehandling. Det er viktig å være klar over en rammebetingelse som kommer frem i HFEAs punkt 2 (se foregående innlegg s. 8). Det skal ikke etableres tilsvarende kriterier for å få assistert befruktning som for adopsjon. Det er viktig å være oppmerksom på dette vedrørende utarbeidelsen av retningslinjene.

Videre må vi se spesielt på bioteknologilovens § 2.6 som angir skjønnsstema: skjønnet skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret, det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Dette er omfattende og kompliserte tema som innbyr til mange dilemmaer.

## Lovens bestemmelser

I bestemmelsens siste ledd fremgår det at "Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig, for å foreta en helhetsvurdering av paret". Bestemmelsen legitimerer legens behov for å kunne støtte seg på annen informasjon enn den de selv får gjennom sine samtaler med paret. Den gir derimot ikke rett for legen

til vilkårlig innhenting av informasjon. Paret må samtykke til at legen kan innhente informasjon, men det betyr at hvis paret ikke samtykker, så blir samspillet vanskelig. Hva sier så selve formålet med loven? Formålsbestemmelsen danner også rammen for hvordan



bestemmelsen kan tolkes. Vi ser at det stilles meget høye krav til den etiske vurderingen som skal ligge til grunn for anvendelsen av bioteknologiloven. Formålet er:

*"å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle, og dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet, og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv."*

Denne formålsbestemmelsen skal legges til grunn når man anvender loven.

Vidar von Düring illustrerte dilemmaene godt da han var inne på hvor langt man skal gå i å være overbevist om at dette barnet vil få trygge oppvekstvilkår – det er selvsagt tilnærmet umulig, og ligger utenfor de intensjonene som fremgår av lovens formål.

Det er også viktig å være klar over at det er ca. 3 – 4 tilfeller hvert år ved hver av de store klinikkene som kan være problematiske i forbindelse med den vurderingen som legen gjør. Problemet er med andre ord begrenset, men ikke desto mindre vanskelig. Dette er altså retningslinjer for et marginalt problem.

## Arbeidsgruppen

Så nevnte jo Vidar von Düring arbeidsgruppen, der det har vært med representanter fra fagmiljøet i fire helseregioner og også fra privat virksomhet, etiker,

psykolog og jurist fra SHdir, videre har rundskrivet også vært undergitt en mindre høring i fagmiljøet. SHdir har også en bioreferansegruppe som har vært trukket inn, og andre relevante personer internt i SHdir har kommet med synspunkter. Vi har også gitt departementet våre anbefalinger til viktige høringsinstanser før man fastsetter det endelige rundskrivet. Bioteknologinemnda har vært nokså selvsagt å nevne i denne sammenhengen, og også Barneombudet, gynekologer osv.

### Verktøy i vanskelige situasjoner

Hovedformålet med rundskrivet er å gi fagmiljøene et verktøy for håndtering av vanskelige situasjoner, å fange opp og beskrive spesielle problemstillinger og rette oppmerksomhet mot spesielle risikofaktorer. Det er gitt noen generelle anbefalinger, spesielt med fokus på henvisning til behandling, at henvisende lege blir klar over hvilken informasjon som skal følge med, og at det gjøres et forarbeid før klinikken skal iverksette sitt arbeid. Når rundskrivet er ferdig, vil det være et stort arbeid å informere allmennleger og gynekologer generelt. Det er viktig at henvisende lege (fastlegen eller gynekologen) informerer paret om sin plikt til å viderefremme informasjon til spesialisten. Primærlegen skal altså ha en basissamtale om parets generelle forhold og egnethet før utredningen starter. Det er denne informasjonen spesialisten har å bygge på og spesialisten har også selv adgang til å innhente ytterligere ekspertise når det er behov for det. Det kan være psykolog, psykiater, sosialkurator, og det kan også ses om sosialrapport. Vi har inntrykk av at det er et fåtall tilfeller med slike behov, men desto viktigere å vite hva man kan gjøre.

### Bekymringsmeldinger

Hva så med hensynet til barnet? Det kan være psykososiale forhold som kan utgjøre en risiko, og som kan være basert på "bekymringsmeldinger". Vi har hørt om situasjoner hvor behandlende lege har mottatt henvendelser fra andre som ikke er involvert i behandlingen, men hvor en privatperson formidler at paret har vært mistenkt for straffbare forhold knyttet til barn og seksualitet. Hvordan skal en slik beskjed håndteres? Det eneste man kan gjøre er å ta det opp med paret selv og be dem selv fortelle hva dette handler om. Det kan være at det ikke er noe å legge vekt på. Det å ha en slik henvendelse i "bakhodet" uten å presentere den for

den det gjelder, kan derimot komme til å få en langt større betydning enn det faktisk er grunnlag for.

### Risikofaktorer

Utover det psykososiale kan også sykdom gjøre assistert befruktning risikabelt. Det kan være alvorlig, dødelig sykdom hos én av foreldrene. Og det kan også være medisinske forhold som gjør det vanskelig å innfri barnets naturlige behov. Dette temaet behandlet Vidar von Düring og jeg går derfor ikke nærmere inn på det.

Vi skal se litt nærmere på spesielle risikofaktorer. For eksempel kan barnet bli utsatt for alvorlig psykologisk eller fysisk skade. Dette kan være basert på antagelser om straffbare forhold som involverer barn. Jeg nevnte en slik henvendelse litt tidligere. Dette vil som regel være antagelser fordi det per i dag ikke er adgang til å innhente informasjon fra strafferegisteret. Strafferegisteret er ikke tilgjengelig for denne typen vurderinger. Vi tror ikke at strafferegisteret er avgjørende. Det er ingen fasit. Du får for eksempel ingen informasjon om de som faktisk utfører straffbare handlinger, men som ikke er oppdaget. Du får heller ingen informasjon om de som kan komme til å forgripe seg. Poenget er at det er viktig å være oppmerksom på slike forhold helt uavhengig av om man kan innhente dokumentasjon om det. Paret selv har heller ikke adgang til å innhente straffeattest til et slikt formål.

Det kan også være mental eller fysisk sykdom, og man skal være oppmerksom på faktorer som kan påvirke tilknytningsforholdet mellom mor og barn. Misbruk av alkohol eller rusmidler kan jo også være en problemstilling. Og, selvfølgelig må paret informeres om de problemstillingene man finner underveis, og disse må tas opp og diskuteres. Det må være åpenhet om de problemene man finner og hvordan man eventuelt forsøker å få dem verifisert eller avkreftet.

Vi kan slå fast at behandlende lege har et stort ansvar. Legen kan avstå fra å tilby en behandling når avslaget er basert på en grundig vurdering. Det kan være mangelfulle opplysninger og andre forhold som er tatt opp i rundskrivet. I vanskelige situasjoner kan det også være godt å vite at man kan legge frem problemstillingen for en klinisk etikk-komité på sykehusene.

# Fra en prøverørsklinikks ståsted

Gudvor Ertzeid

Overlege dr. med., Kvinneklinikken på Rikshospitalet

Jeg har arbeidet med utredning og behandling av ufri-villig barnløshet og assistert befruktning i knapt 20 år, på Rikshospitalet fra 1998, og før det hadde jeg ansvar for virksomheten ved Ullevål Sykehus.

Rikshospitalet er landets desidert største prøverørsklinikk. I 2005 utførte vi over 1100 prøverørsbehandlinger i form av IVF (*in vitro*-fertilisering, prøverørsbefruktning) og ICSI (intracytoplasmatisk spermieinjeksjon, mikroinjeksjon) og ca. 450 inseminasjonsbehandlinger. Sannsynligheten for å bli gravid ved IVF/ICSI er ca. 33 prosent. Den viktigste faktor i så måte er kvinnens alder. Gjennomsnittsalderen hos oss er vel 34 år. Sannsynligheten for å bli gravid ved inseminasjon er lavere; ved inseminasjon med partners sæd 10-15 prosent og ved inseminasjon med donorsæd 22-25 prosent.

## Søknadsbehandling

Vi mottok i 2005 835 nye søknader fra par om behandling. 77 fikk avslag – 9 prosent. I løpet av årets første 7 måneder har vi mottatt 522 søknader, det er en økning på vel 10 prosent, 73 fikk avslag – 14 prosent. Vi registrerer altså et økt behov i samfunnet for assistert befruktning. Det medfører at ventetiden øker, og for at ventetiden ikke skal bli uakseptabel lang, har vi måttet innføre strengere kriterier. Først og fremst har vi gått ned i aldersgrense fra tidligere ikke fylt 40 år til nå ikke fylt 39 år ved søknad. Vi har utarbeidet et søknadsskjema som vi ønsker at henvisende lege skal benytte. Det gjør de fleste. De fleste velger dessuten i tillegg å legge ved en egen henvisning. Søknadsskjemaet inneholder en rekke spørsmål vedrørende medisinske forhold, medikamentbruk, svar på screeningprøver, det vil si om paret har smittsomme sykdommer som hiv/aids eller smittsom gulsott som kan overføres til andre par under behandling. Parets psykososiale status må henvisende lege ta stilling til, og vi spør også om for eksempel alkoholforbruk.

Når vi mottar en henvisning, vil en av våre sekretærer sende ut en bekreftelse på at henvisningen er mottatt. Denne bekreftelsen på mottatt henvisning refererer blant annet til lovverket: For det første at assistert

befruktning ikke er en rettighetsbehandling, og – som vi har vært inne på flere ganger i dag – at det er en lege ved seksjon for assistert befruktning som beslutter om behandling skal igangsettes. Avgjørelsen om hvorvidt behandling kan tilbys skal bygge på en vurdering av



medisinske og psykososiale forhold. Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Legen kan innhente ytterligere informasjon. Paret informeres om at det til slutt vil bli foretatt en endelig vurdering av en lege ved seksjon for barnløse når alle relevante og nødvendige opplysninger foreligger. Denne bekreftelsen på at søknad er mottatt er utarbeidet i samråd med sykehusets jurister.

## Mangelfulle søknader

Når vi mottar en søknad og det viser seg at søknaden er mangelfull, kontakter vi enten henvisende lege eller paret direkte for å få informasjon om det vi mener vi mangler. Hvis det er nødvendig å innhente informasjon fra annen institusjon, vil dette ofte være taushetsbelagte opplysninger, og det er da nødvendig med et skriftlig samtykke fra pasienten. Vi kan kontakte pasientens behandlende lege, psykiater eller psykolog. Vi kontakter lege for eksempel hvis pasienten har hatt en kreftsykdom, fordi vi da må få en uttalelse om pasientens prognose. Hvis vi mener at det er nødvendig med en sosialrapport, pleier vi som regel å be paret selv ta kontakt med sitt sosialkontor for å fremskaffe sosialrapport tilsvarende den man får utarbeidet i forbindelse med adopsjon. Ikke fordi at vi skal behandle den like strengt, men da vet sosialkontoret hva de skal gjøre.

## Avgjørelse om behandling

Når alle relevante og nødvendige opplysninger foreligger, foretas en endelig vurdering av en av legene ved seksjonen. Hvis vi har søknader som vi oppfatter som vanskelige, diskuterer vi dem i plenum. Vi er i alt seks overleger ved seksjonen. I helt spesielle tilfeller har vi



innhentet råd fra andre instanser. Vi har for eksempel kontaktet sykehusets etiske komité i en sak for noen år siden hvor det var et funksjonshemmet par – begge var døve, den ene døvstum. De bodde veldig avsides, langt fra folk, hvilket ville medføre at et eventuelt barn ikke ville kunne få noen språkstimulering og språkopplæring. Den søknaden ble avslått. Vi har for eksempel også kontaktet helsetilsynet for råd på generelt grunnlag angående behandling av transseksuelle. I loven står det at behandling bare kan tilbys en kvinne som lever sammen med en mann i et ekteskapslignende forhold. Loven er slik fordi man anser at det er best for et barn å vokse opp med rollemodeller av begge kjønn. Hva da med transseksuelle? Helsetilsynet svarte at når en kvinne har gjennomgått kjønnsoperasjon til en mann og fått mannlig personnummer og navn, er vedkommende å oppfatte som en mann i juridisk forstand. Paret kan da tilbys behandling hvis lovens vilkår for øvrig er tilfredsstillende.

### Avslag

Når det gjelder avslag, er det nå slik at de fleste avslag er medisinsk begrunnet. Hyppigste årsak til avslag er at kvinnens eggstokkfunksjon ikke er normal slik at sannsynligheten for å få barn ved prøverørsbefruktning er svært liten. Hepatitt-C-positiv medfører automatisk avslag. Generelt kan man si at når vi har innhentet vurdering fra annen behandlende lege, psykiater eller psykolog som konkluderer med at behandling bør frarådes av hensyn til mor eller barn, så overprøver ikke vi den konklusjonen.

Når det gjelder asylsøkere uten oppholdstillatelse, får de alltid avslag. Med den begrunnelse at de ikke kan tilby et barn trygge oppvekstvilkår.

### Noen eksempler

Dette var et barnløst par hvor kvinnen gjennomgikk første IVF-forsøk i 2002. Hun ble gravid, men fikk dessverre en infeksjon og fødte altfor tidlig en dødfødt liten gutt. Hun kom igjen til ny behandling i 2003, ble gravid og fødte en frisk gutt. Men hun hadde hatt psykiske plager allerede fra 1997 av, og i dette svangerskapet hadde hun vært innlagt i store deler av

svangerskapet på grunn av en alvorlig tvangslidelse. I 2004 ble hun uføretrygdet på grunn av sin psykiske lidelse: alvorlig tvangslidelse, tvangstanker, tvangshandlinger og depresjoner. I 2005 fikk vi fra paret en søknad om søskenforsøk; de ønsket søsken til sin sønn. Vi innhentet da opplysninger fra behandlende psykiatriske institusjon og behandlende psykiater, som konkluderte med at man var bekymret for den belastning et nytt svangerskap og et nytt barn kunne bli både for henne og for familien som helhet. Den anbefalingen fulgte vi, og søknaden ble avslått.

Et annet eksempel: Et par hvor hun tidligere har vært heroinmisbruker. Hun hadde vært rusfri fra mai 2002, men sto på metadon. I 2004 søkte paret om assistert befruktning. Vi innhentet en sosialrapport som for så vidt syntes å være tilfredsstillende, men vi var også i kontakt med Ullevål sykehus på grunn av deres lange erfaring med gravide metadonbrukere. Så godt som alle nyfødte barn har mye abstinensplager og må ofte ha langvarig medikamentell behandling. Det er også usikkert i hvilken grad metadonbruk under svangerskapet kan ha senvirkninger for barnet. Det er også slik at når mor bruker metadon, vil Barnevernet automatisk bli innkoblet i forbindelse med graviditet. Vår vurdering var da: Det forelå knapt to års rusfrihet. Vi syntes at man burde avvente minst ett år til. Paret ble bedt om å ta skriftlig kontakt med oss etter minst ett år. De ble også informert om at man da på ny ville innhente informasjon fra behandlingsapparatet ved sosialtjenesten, psykolog og egen lege. Dette paret har siden aldri tatt kontakt.

Til slutt: Et par hvor han har hatt rusproblemer fra tenårene av. Han har gått den vanlige veien fra snifning, alkohol, hasj og amfetamin til heroin. Fra år 2000 kom han i gang med et behandlingsopplegg med metadonassistert rehabilitering, fikk seg en kjæreste og de giftet seg og hadde barneønske. Barn fikk de ikke, og i 2003 søkte paret om assistert befruktning. Vi innhentet en sosialrapport som konkluderte med en meget vellykket metadonassistert rehabilitering og totalt forandret livssituasjon. Dette paret ble tilbudt assistert befruktning.

# Hensynet til barnets beste når barnet ikke er til. Noen filosofiske betraktninger

Berge Solberg

*Førsteamanuensis, NTNU og medlem av  
Bioteknologinemnda*

Problemområdet – hensynet til barnets beste ved assistert befruktning – ble skjøvet vekk fra Barneombudets bord. Spørsmålet er da: Hvis det skyves vekk fra Barneombudets bord, hvem sitt bord havner det på da? Hvem er det som egentlig skal ta ansvar og mene noe? Er det kun legene, og er det riktige vurderinger som de gjør? Som et slags premiss for det som jeg kommer til å si, ligger det at jeg mener det er greit at samfunnet har en slags medbestemmelsesrett i forbindelse med assistert befruktning. Man kunne snakke lenge om dette, men det er nok å nevne velkjente grunner som at teknologi og forskning har sosiale aspekter og bruk av helseressurser har sosiale og økonomiske konsekvenser. Dessuten handler assistert befruktning også om at en tredje person, legen (samfunnet), er aktiv deltaker i reproduksjonen.

## Barnet i vår kultur i dag

Jeg skal konsentrere meg primært om hensynet til barnets beste. Bioteknologilovens § 2-6 sier at det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Her er det nedfelt i lovs form. Da vil jeg innlede med å snakke litt om tidsånden, altså hva slags tid vi lever i. I forarbeidene til bioteknologiloven av 2003 antydes det at man skal skjerpe de psykososiale kravene til par som vil ha assistert befruktning. Det uttrykker en slags bekymring for at man kanskje er for slepphendt og at det er for lett å sette barn til verden på denne måten. Det faller kanskje sammen med et slags kulturelt klima i Norge i dag og i flere andre land også, og man kan da lure på om det ikke vel så mye er dette kulturelle klimaet som gjør at vi er bekymret, som det er konkrete alarmerende erfaringer fra den assisterte befruktningspraksisen. Vi så i eksemplet fra Trondheim som ble vist tidligere at det kanskje kun er snakk om to par på ett år som utsettes for disse vurderingene som ender med avslag. Antallet er veldig lite, men det er likevel en sterk bevissthet rundt dette, og man kan illustrere denne bevisstheten på ulike måter, for eksempel med tittelen på dette møtet ”Hvem snakker for barna?”. Underforstått har ikke barnet her noen stemme, altså tas det ikke hensyn til. Vi har også i formuleringene til invitasjonen hensynet til barna

kontra hensynet til de voksne, slik at det her fremstilles et motsetningspar; de voksne mot barna, egoisme kontra altruisme. Ikke minst så har vi dette slagordet ”det er ingen menneskerett å få barn” som slår så godt an som debatttema i de fleste sammenhenger.



Gjør man et eksakt søk i Google i dag på ”ingen menneskerett å få barn”, så får man 720 treff. Det er nokså mye for et eksakt søk. Slett ikke alle av disse mener at det ikke er en menneskerett å få barn, men referansen er med. Veldig ofte sier de som er tilhengere av en liberal praksis i assistert befruktning at ”ja vi vet at det ikke er noen menneskerett å få barn, men...” og så argumenterer man for at man likevel vil ha et liberalt tilbud.

Jeg vil bare antyde at hensynet til barnets beste er en verdi, eller kan være en verdi, i kulturer som allerede har et sterkt fokus på barn, altså der hvor barn og barndom er verdsatt veldig høyt. Trolig er man der mest sensitiv for hva som er til barnets beste. Tittelen ”Hvem snakker for barna?” behøver altså ikke være tegn på at noe står dårlig til. Kanskje står det veldig bra til.

## Barnets beste og de voksnes beste

Den som kanskje mest markant har satt konflikten mellom barnets beste og de voksnes beste på dagsordenen, er filosofen Nina Karin Monsen. Det var i forrige åpne høring om assistert befruktning, arrangert av Bioteknologinemnda og Verdikommisjonen i Bergen i 1999. Hun sa da:

*”I Norge har færre og færre sans for pliktetikken, mennesker vil gjøre det de selv vil og ha færrest mulige plikter, spesielt hvis de er ulystbetont. Hva mennesker har lyst til styrer deres livsvalg.”*

Monsen peker altså på at hedonismen som livsansku-

else har fortrenget pliktetikken.

Gjør vi et lite historisk sveip, så ser vi fort at skepsisen mot reproduksjonsteknologiene tidligere ikke var begrunnet i dette hensynet til barnets beste. Her har jeg sakset fra eldre årganger av Tidsskrift for Den norske lægeforening i forbindelse med anonym sæddonasjon:

*”At mannen skal gå med på at det sentrale i ekteskapet skal foregå på et laboratorium, minner lite om kjærlighet. Det minner snarere om eiersyke til den kvinnen han ikke kan besvangre, spørsmålet er og blir rent etisk-moralsk, på meg virker det direkte kvalmende.”*

Det er lett å le av dette i dag, men de moralske oppfatningene endrer seg, og ikke minst følelsen av hva som er kvalmende eller ikke. Et sitat til:

*”Vogt var inne på tanken om at det kanskje finnes absolutte moralbegreper, at det unaturlige er umoralsk. Han pekte på at det forelå andre muligheter med adopsjon, befruktning med naturlig samleie, skilsmisse og endelig til sist, mulighetene av å forebygge ekteskap mellom en steril mann og en fertil kvinne.”*

Den som kjørte et korstog mot donorinseminasjon på 1950-tallet det var Aksel Sandemose. Han hadde sitt eget tidsskrift ”Årstidene” hvor han raste mot anonym sæddonasjon. Han sier der at:

*”Den som gir bort sin sed på slike vilkår som her, han er en umoden mann som ingen kan stole på. Han gir ikke fra seg seden til en kvinne. Han gir den anonymt fra seg til andre anonyme menn. Det ligger i dagen hva som også gjemmer seg i en slik handling, det er homoseksualitet med hette over hodet.”*

Hvis vi går tilbake til Monsens argumentasjon, så er den noe annerledes vinklet. Hun sier:

*”Det er ingen menneskerett å få barn. Ved anonym sæddonasjon opptrer staten som en slags abstrakt hallik, en selger av barn, en barneprodusent”.*

Hun sier videre at:

*”etter min mening skal staten først og fremst fremme menneskeverdet, og ikke minske det. Barn er de mest hjelpeløse og bør beskyttes best. Staten bør ta de svakes side. Voksne mennesker kan ikke utvikle seg som personer*

*om de behandler barn som redskaper og leketøy.”*

Her ligger det en sterk advarsel om at fokuset ikke må ligge på egne interesser, men på barnets interesser. Monsen forbinder anonym sæddonasjon i seg selv med egoisme fordi hun mener det ikke er tatt hensyn til barnet. Nå er anonymiteten opphevet, og man har fått identifiserbare donorer. Hvorvidt det er til barnets beste, er en stor diskusjon som vi ikke kan ta her.

**Skapelsesproblemet: Skal, skal ikke lage et nytt liv?**

Det jeg nå primært skal se på, er de metodologiske utfordringene i etikken, i forhold til kritikken om at barnets beste ikke tas hensyn til. Med andre ord skal jeg se på om fremstillingen av egoisme hos de voksne kontra altruismen i det å tenke på barn er et motsetningspar som henger på greip. Det er nemlig da vi kommer inn på det som gjerne kalles ”skapelsesproblemet i etikken”. Skapelsesproblemet er et problem ikke bare for Gud, men også for oss mennesker. Vi behøver ikke gå så mye i dybden på det, men kan nøye oss med et eksempel. La oss si at man har barn fra før i en familie, og så lurer man på – som så mange gjør – skal man få ett barn til, eller holder det nå? Hva spiller inn i slike vurderinger? Jo, vurderinger i forhold til hvordan det passer å få flere barn i den livsfasen man er i, hvilke ressurser man har å tilby, om man orker, om man har plass i huset, om andre søsken vil øke sin livskvalitet, osv. Felles for disse vurderingene er at de henviser tilbake på oss selv. Filosofen David Heyd kaller det parentosentriske perspektiver. Det handler mye om oss som foreldre (også livskvaliteten til et eksisterende barn handler om oss som er her allerede, ikke om barnet som skal bli til).

Hvis man imidlertid fokuserte på det mulige fremtidige barnet, kunne man gjøre vurderingen noe annerledes. Man kunne tenke at man hadde muligheten til å lage et barn til som ville få en god oppvekst. Barnet vil etter alt å dømme bli lykkelig eller oppleve god livskvalitet. En lykkelig person til i verden ville bety økt lykke i verden. En nytteetiker vil hevde at man skal velge den handling som maksimerer lykken i verden. I valget mellom å unnfange eller ikke unnfange et neste barn, så ville det bli galt å la være. Lykken i verden ville bli mindre enn den hadde behøvd å være. Men om dette skulle være galt, så er det i alle fall ikke galt mot noen. Det finnes ikke noen der ute som blir mer eller mindre lykkelig. Nettopp derfor er det så få som vil være enige

med nytteetikere om denne type eksempler. Vi føler ikke at det å lage barn passer inn i denne type vurderinger. Barnet finnes jo ikke, og at da kan vi ikke gjøre det mer eller mindre lykkelig eller handle rett eller galt mot det.

Og her nærmer vi oss poenget: Ved å fokusere på hensynet til barnets beste, så refererer vi til et person-avhengig moralsyn. Handler man ikke til barnets beste, så handler man galt mot barnet. Det er det tradisjonelle domenet til Barneombudet. Hvis noe ikke er til barnets beste så er det på én eller annen måte ikke optimalt for barnet, det kan være klanderverdig, hårreisende galt, umoralsk eller ulovlig. Barnet finnes. Det er sårbart, det kan skades, det kan få det bedre eller verre.

Det spesielle ved assistert befruktning er at barnet ikke finnes ennå, ikke en gang som et befruktet egg – kun som et rent potensielt barn. Potensielle barn i denne betydningen er barn som vi vurderer om vi skal unnfange eller ei. En annen type bruk av potensialitets-terminen er den at et befruktet egg har potensial til å bli et barn. Men det er altså ikke denne type potensialitet jeg snakker om her. Og da spør det hvordan kan man operasjonalisere verdien ”barnets beste” i en situasjon hvor barnet ikke finnes og hvor man vurderer om det er riktig eller galt å lage dette barnet. Er det slik at om vi da forventer dårlige oppvekstvilkår på asylmottaket eller andre steder for det potensielle barnet, så handler vi til dette barnets beste ved ikke å la det bli til? Gjør vi det?

### Adopsjon

La oss kontrastere med adopsjon: Vi har et barn, barnet trenger foreldre, det er kanskje i en kritisk situasjon eller i hvert fall i en vanskelig situasjon, og man har ulike potensielle foreldre å velge mellom. De kan være bedre eller verre for barnet. Ergo så gir det mening å operere med verdien ”barnets beste” fordi man prøver å finne ut hva som vil være det beste for barnet. Gjør man et dårlig valg, så kan barnet etterpå komme og si at hvis dere hadde valgt annerledes fra departementets eller adopsjonsmyndighetenes side, så kunne jeg ha vært lykkeligere i dag. Jeg ble verre stilt enn jeg hadde behovd å være på grunn av at dere handlet slik og slik.

Ved unnfangelsessituasjonen gir det ikke mening å overføre den samme logikken. Derfor støtter jeg at man ikke ønsker å behandle adopsjonspraksisen lik

med assistert befruktningsspraksis. Men hvordan skal vi da tenke om unnfangelsessituasjonen?

Filosofen David Heyd som har skrevet mye om dette, sier: *”As in any game, the rules start to apply only after certain non-gamelike circumstances have occurred, in our case the existence of human valuers and value-affected subjects. The Moral Law applies within the Kingdom of Ends; it does not rule over the creation of the Kingdom, or the procreation of its citizens.”*

Og der har vi fått satt ord på den avgrensningen som Barneombudet prøvde å gjøre. Man må komme innenfor moralen før Barneombudet kan ta saken, før han kan vurdere barnets beste. Å bruke de samme målebegrepene når barnet ikke finnes, det gir ikke mening.

Men, da er spørsmålet igjen: Hvor blir det av etikken? Er det sånn at vi ikke kan ha noen etikk om skapelses-situasjonen? Er det fritt frem? Det man kan si foreløpig, er i alle fall at når man står overfor potensielle mennesker i denne betydning, så er de moralske pliktene vi har overfor dem langt mer uklare og vage enn de vi har overfor reelle mennesker. Og vi må tenke kreativt i forhold til det ansvaret vi opplever at vi har og de intuisjonene vi har i forhold til disse tingene.

### Er oss-perspektivet egentlig uetisk?

En ting som er viktig og ikke kan sies for ofte, er at reproduksjon handler om de voksnes lyster og interesser. Skal vi ivareta intuisjonen om at også det fremtidige barnet er et viktig etisk hensyn, så må vi gjøre et oversettelsesarbeid. Vi må da forsøke å oversette hensynet til barnets beste til for eksempel dydsetiske eller samfunnsetiske hensyn som refererer til oss her og nå. Ved å si at det er oss det handler om, synes vi å være ute på ville veier. Det synes som at vi dermed bekrefter Nina Karin Monsens påstand om egoisme. Men på ett eller annet vis så mener jeg at vi må forsøke å oversette de etiske hensyn til oss, generasjonen vår, parene her og nå eller til samfunnet her og nå, om vi skal klare å gi en troverdig fremstilling av det moralske landskapet.

La oss hive oss ut i det og se hva som skjer dersom vi sier at assistert befruktning handler om oss og ikke dem. Altså ikke primært om barna som eventuelt skal bli til. Vi har sett en del eksempler som har gått igjen her i dag: Hvorfor bør kanskje ikke personer som for



eksempel er dømt for besittelse av barnepornografi eller pedofili, er utviklingshemmet, eller har store rusproblemer, er døende eller alvorlig syk, få tilbud om assistert befruktning? Vi svarte tidligere at her bør man trolig si nei av hensyn til barnets beste.

Hvis man nå snur på det og sier at det er av hensyn til oss, så argumenterer vi innenfor et perspektiv som gjør at vi unngår skapelsesproblemet. For det første kan vi si at begrepet "formålsløs behandling" har en sentral plass i medisinen. Formålet med behandlingen assistert befruktning er, når alt kommer til alt, å lage velfungerende familier. I disse tilfellene er det god grunn til å anta at vi har å gjøre med behandling som vil være formålsløs. Helsevesenet vil prioritere feil og samfunnet vil sløse med ressurser – ikke minst også i forhold til fremtidige intervensjoner fra barnevernet i disse familiene.

Videre kan det hevdes at parene ønsker å reproducere seg med feil motivasjon. Parene burde kanskje selv innse at dette ikke var noen god idé, og mangelen på selvinnsikt vil vi i noen sammenhenger synes er moralsk relevant. Vi skal huske på at vi eventuelt skal samhandle med disse menneskene som vi skaper i dag – i morgen. Vi vil da foretrekke å se velfungerende mennesker inn i øynene fremfor mennesker som sliter med fysiske og psykiske problemer. Dersom vi ikke er villige til å reflektere over disse forholdene, slår det tilbake på oss selv. Vi er ikke ærlige og oppriktige overfor oss selv, og vi har ikke tenkt gjennom rasjonaliteten og hensikten med de handlingene vi ønsker å foreta oss. Dette er riktignok et vagt perspektiv, men samtidig helt i tråd med dydsetisk "common sense"-tenkning i de tusen hjem.

I et større perspektiv handler det om hva slags identiteter vi ønsker at morgendagens mennesker skal leve under. Igjen for å gjøre det konkret, med Mehmet-saken friskt i minne: Hvis vi nå skaper donorsøsken ved arvelig sykdom, så har en del uttrykt redsel for at disse fremtidige barna dermed blir brukt som rene midler og ikke også som mål i seg selv. Hvis man nå går og ser den argumentasjonen etter i sømmene, så er det svært få som tror at når disse barna blir til og kommer ut i verden, så vil folk gå rundt å behandle dem som noen bruksgjenstander. Det som derimot en del frykter, er at de skal oppleve seg som brakt til verden som instrumenter for andres helbredelse. Og redselen for dette henger sammen med en redsel for at

dette forstyrrer identitetsutviklingen og forståelsen av en selv som et fritt og uavhengig vesen. Bekymringen vår er altså i forhold til hva slags identiteter vi på en måte påfører eller skaper for neste generasjon, hvor noen av dem kan virke undertrykkende.

### Den familiebyggende tilnærmingen

Jeg vil foreslå en alternativ tilnærming til det tradisjonelle fokuset i assistert befruktning (barnets beste). Fokuset er diskutert ofte i bioetisk litteratur og kan kalles en familiebyggende tilnærming. Her ser man på litt andre faktorer enn det som følger av et fokus på rett eller galt overfor et potensielt barn. Trolig kan dette være konstruktivt på mange felt, eksempelvis ved fenomenet sæddonasjon hvor spørsmålet om rett til å vite fullstendig har overskygget spørsmålet om åpenhet og ikke-åpenhet om unnfangelsesmetoden i disse familiene. I dag har man i Norge formelt sett en rett til å vite om hvem som er ens genitor når man da blir 18 år. Men i realiteten kan man risikere at alle donorfamilier holder dette hemmelig slik at ingen kommer til å kunne praktisere retten til å vite. Hadde man spurt seg hva som skulle til for å bygge gode donorfamilier, så hadde kanskje svarene vært noe annerledes.

I en familiebyggende tilnærming vil hovedspørsmålet være: kan man hjelpe dette paret til å utvikle en god og stabil familie eller ei ved assistert befruktning? Her fanges temaene som vi har vært inne på tidligere inn igjen. Narkomane, incestdømte, voldsforbrytere og utviklingshemmede er i faresonen. Selvfølgelig kan det være enkeltsaker som gjør at situasjonen ser annerledes ut, men uansett så ringer det noen alarmklokker her. Det kan være en formålsløs behandling man setter i gang. En åpen fremtid for barnet kan videre være riktig for å realisere en god og stabil familie, videre har vi dydsetiske hensyn som at barnet er høyt ønsket, at foreldrene har tenkt gjennom sin situasjon, osv. Ikke minst vil kunnskap om hvordan eksisterende barn av bestemte "typer" foreldre faktisk har det, være med på å påvirke vurderinger om potensialet i å bygge gode familier for et konkret par. De vante hensynene får altså rom i denne modellen også, men med en noe omarbeidet begrunnelse.

### Feilsporet

Jeg er da tilbake ved feilsporet i regulering av assistert befruktning. Feilsporet er det angivelige motsetningsforholdet mellom hensynet til foreldrene mot hensynet til barna. Dette gjenfinnes i de aller fleste rapporter

om temaet fra ulike land, inkludert den nylig utgitte britiske rapporten "Tomorrow's Children" fra HFEA (The Human Fertilisation and Embryology Authority). Foreldrenes autonomi settes opp mot barnets beste. Etter min mening, så finnes det ikke noe reelt motsetningsforhold i form av etiske plikter og rettigheter mellom det potensielle barnet og foreldrene, så spørsmålet er da heller: Hvilke familier er samfunnet interessert i eller ikke interessert i å realisere gjennom å tilby teknologisk assistanse? Man er interessert i å realisere en familie som vil kunne lykkes i å fungere som familie og ikke interessert i en familie som ikke kan lykkes i å fungere. "Hensynet til barnets beste" blir det da en effektiv *shortcut*, men likevel et feilspor etter min mening.

Jeg er dermed fullstendig uenig med Nina Karin Monsens forfallskritikk av dagens samfunn om at vi er en gjeng av hedonister som ikke tenker på barna. Jeg mener det er helt i orden å stifte familie av lyst, og man bør få øye på at denne lysten er en lyst til å danne

forpliktende relasjoner. Som samfunn er ikke det noe vi bør motarbeide. Jeg mener at motsetningsfaren mellom voksnes egoisme og hensynet til barnet ikke tar høyde for det vi da har kalt skapelsesproblemet. Reguleringen av assistert befruktning handler mer om hva som er tjenlig for samfunnet, hvilke fremtidige mennesker vi ønsker å samhandle med og hvilke dyder vi mener er riktige å uttrykke i reproduksjonen. Det betyr ikke at man må si ja til alt, men det betyr at når vi sier nei til par som åpenbart ikke vil kunne lykkes med å realisere et godt familieliv, så behøver vi ikke å begrunne det i hensynet til barnet som ikke finnes. Det finnes andre og bedre måter å begrunne det på. Men, det betyr samtidig at hvis hensynet til barnet ikke er gyldig argumentasjon i reguleringen av assistert befruktning, så vil også noe av kraften i den restriktive posisjonen falle bort. Nettopp denne måten å argumentere på har en voldsom kraft. Forsvinner kraften fra dette argumentet, så forsvinner også noe av begrunnelsen for å regulere assistert befruktning strengt.

# Undersøkelse og godkjenning av adoptivhjem

Morten Stephansen

Psykolog, avdelingsdirektør, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Mitt arbeidsfelt er adopsjon. Norge fikk en egen adopsjonslov allerede i 1917, og allerede da ble det tatt inn en bestemmelse i loven om at adopsjonsbevilling bare kan gis hvis man kan anta at det vil være til gagn for barnet. Hensynet til barnets beste har altså vært en premiss for alle adopsjoner så lenge Norge har hatt egen lov som regulerer adopsjon.

Det å bli foreldre gjennom adopsjon, det er å bli foreldre til et barn som ikke kan vokse opp sammen med sine egne biologiske foreldre. Det er annerledes enn andre måter å bli foreldre på. Det gjør det også til en offentlig sak i og med at vi har denne loven som regulerer om man kan bli godkjent eller ikke.

Jeg skal i korte trekk si litt om de retningslinjer vi har når vi jobber med søknad om adopsjon, og da spesielt søknader om forhåndssamtykke til adopsjon av barn fra utlandet. Slike søknader gjelder nesten alltid et for søkerne ukjent barn. Her i Norge har vi svært få tilsvarende adopsjoner, hvor barnet er ukjent for dem som søker om adopsjon, kanskje mindre enn 10 i året. Men fra utlandet har vi hatt over 700 slike adopsjoner årlig, så da begynner det å få et omfang.

## Søkernes helse og sosialrapport

Ett av kriteriene vi ser på er helse. Retningslinjene vi arbeider etter, sier at søkerne må ha god fysisk og psykisk helse, og vi må vurdere hvorvidt sykdom kan tenkes å få betydning for søkerens evne og muligheter til å gi barnet tilstrekkelig omsorg og trygghet over tid. Vi får inn en legeerklæring og egenerklæring om helse som utgjør grunnlaget for de vurderingene vi gjør. Når vi går videre i retningslinjene, sier retningslinjene at hvis noen av søkerne har hatt en alvorlig sykdom som er behandlet med tilfredsstillende resultat, kan det etter omstendighetene bli snakk om å kreve en symptomfri periode. Og det er kanskje spesielt søkere som har hatt behandling for kreft dette er veldig aktuelt for. Det ble nevnt tidligere i dag at det var krav om en fem års residivfri periode, og det er også vanlig i adopsjonssammenheng. Prognosene ved

behandlingen av ulike typer kreft er ofte langt bedre nå enn de var bare for 10 og 15 år siden, slik at det er ikke alltid vi krever så lang residivfri periode. Men så står det: det bør utvises tilbakeholdenhet med å gi godkjenning til søkere som er avhengig av daglige medisiner mot



psykiske lidelser for å kunne fungere normalt. Vi får jevnlig søknader der dette er en aktuell tematikk. Det sentrale vurderingstemaet blir om søkerens eventuelle psykiske lidelse går ut over vedkommendes evne til å gi et barn den omsorgen barnet skal ha. Dette er ofte veldig vanskelige vurderinger.

Vi får inn en sosialrapport om alle søkerne. De er grundig utredet i kommunen der de bor, som regel av barnevernet i kommunen, og det er da det viktigste dokumentet i saken. Der er det beskrevet hvordan søkerne fungerer, hvilke tanker de har om det å bli foreldre til et barn som har biologiske foreldre et annet sted, og så videre, og så videre.

Men når det gjelder helse, så er det noen momenter vi må være oppmerksomme på. Det er for eksempel at vi må ha et fremtidsperspektiv på 15-20 år, hele barnets oppvekstperiode. Vi må også ta hensyn til at barnet kan vise seg å ha særlige behov og dermed være ekstra omsorgskrevende. Det krever igjen at søkerne er i en veldig god overskuddssituasjon i det daglige og at ikke de må ta for mange spesielle hensyn til seg selv. De bør ha et overskudd i hverdagen og de må ha det nå, men vi må også legge til grunn at de må ha det når barnet kommer inn i tenårene som gjerne er den ekstra krevende tiden i forholdet mellom adoptivforeldrene og barnet.

Det kommer også inn søknader fra personer som er helt eller delvis uføretrygget. I de sakene ser vi ofte at det er diskrepans mellom helseopplysningene i adopsjonssaken og helseopplysningene i trygdesaken.

Det er vanskelig å forholde seg til, men vi har gjort et veivalg som kort fortalt innebærer at helseopplysningene i trykkesaken tillegges meget stor vekt. I disse sakene ser vi ofte at fastlegen tar for lett på dette med adopsjon, uttaler seg for lett, og kanskje også blir søkerens advokat fremfor å gi en objektiv vurdering av de helsemessige forholdene. Når vi opplever tvil om søkerens helsemessige forutsetninger, legger vi disse opplysningene frem for en rådgivende lege som også har satt seg inn i adopsjonsfaglige spørsmål, og som ut fra dette kan gi en mer objektiv vurdering av søkerens helsemessige forutsetninger for å kunne gi forhåndssamtak til adopsjon.

### Søkerens alder

I adopsjonsloven er det en hovedregel at de som vil adoptere må være over 25 år, men loven har ingen øvre aldersgrense. Det fremgår likevel av retningslinjene når det gjelder adopsjon av ukjent barn, at det vanligvis ikke bør gis godkjenning til søkere som er over 45 år. Samtidig er det flere unntaksmuligheter. Det kan for eksempel være at de allerede har adoptert én gang og de ønsker søsken til dette barnet, og det kan jo være godt for barn å få lov til å vokse opp sammen med søsken. Videre kan det gjøres unntak fra aldersbestemmelsene hvis søkerne har spesielle ressurser i forhold til barn, noe de fleste som søker adopsjon vil hevde de har. Men vi må likevel vurdere om de har disse ressursene, slik at de kan gis godkjenning. Det står også at hvis det er aktuelt med adopsjon av et noe eldre barn, kan man gjøre unntak fra denne øvre aldersgrensen. I praksis er det veldig sjelden at noen adopterer barn som er eldre enn fem år når det er snakk om et ukjent barn. Det kan også gjøres unntak fra aldersbestemmelsene hvis det er stor aldersforskjell på søkerne. I enkelte tilfeller kan aldersforskjellen være 15-20 år mellom søkerne. Da regnes det slik at den yngste søkeren til en viss grad kompenserer for den eldste.

### Økonomi

Vi ser også på søkerens økonomi. Det er kanskje ikke så interessant her, men vi må forsikre oss om at søkerne har en sikker økonomi slik at barnet får vokse opp under trygge forhold. Kravet er at søkerne har en trygg og stabil økonomi.

### Ekteskapets varighet

Retningslinjene har også en bestemmelse om ekteskapets varighet. Adopsjonsloven krever at de som vil adoptere sammen, må være gift. Ekteskapet bør ha vart

i to år, men det skal legges vekt på et eventuelt samboerskap forut for ekteskapet hvis dette kan dokumenteres, for eksempel ved attest fra Folkeregisteret. Det som er viktig er at forholdet har vist sin stabilitet. Der vil noen mene at to år er veldig kort tid, men det er nå det som er bestemmelsen, så det er det vi må forholde oss til. Det er oppe til debatt om det fortsatt skal være slik. Det er særlig i forbindelse med om de som lever i registrert partnerskap skal få mulighet til å adoptere, denne debatten kommer. Men debatten kommer også fordi samboerskap er blitt en veldig vanlig samlivsform. Men i de aller fleste land er det slik at det er et krav om at søkerne må være gift. Mange land har mye strengere bestemmelser om dette enn Norge. Det er flere land som krever at ekteskapet må ha vart i fem år og som ikke godkjenner samboerskap forut for ekteskapet.

### Barn nummer to

Jeg vil si litt om søknad om barn nummer to, hvor retningslinjene har en interessant formulering: En adoptivfamilie bør i minst mulig grad skille seg ut fra andre familier, altså en familie med egenfødte barn. Dette gjelder antall barn, barnas alder og så videre. I denne sammenhengen kan man kanskje stille spørsmål ved om vi er litt for liberale når det gjelder søkerens alder. Hvis for eksempel en kvinnelig søker er den eldste og kanskje også over 50 år, så er ikke det en naturlig alder å få egenfødte barn. Samtidig kan hun ha en ti år yngre ektefelle som ut fra de generelle unntaksmulighetene på sett og vis kompenserer for hennes, i adopsjonssammenheng, høye alder. Men ut fra hensynet til at adoptivfamilien ikke skal skille seg ut fra andre familier, har vi likevel noen ganger diskusjoner om det er riktig eller ikke riktig å gi godkjenning i slike tilfeller.

Det er også slik at adoptivbarnet som hovedregel bør være den yngste i familien, og at vi ikke skal gi forhåndsgodkjenning til adopsjon av et nytt barn før det sist ankomne barnet har vært i familien i ett år. Ved søknad om barn nummer to, er det viktig å få rede på hvordan det har gått med det første barnet. Dette kan man ikke si så veldig mye fornuftig om før hverdagen har innhentet familien og adoptivbarnet har fått tilstrekkelig tid til å finne seg til rette i familien. Det er tidligst etter ett år man kan få beskrevet familien på en god måte, når dette med permisjonstid og så videre er over og de skal finne sin nye hverdag.

Så har vi også en bestemmelse om at det som hoved-



regel bør det være to års aldersforskjell mellom det nye adoptivbarnet og søkernes fra før yngste barn. Men det kan gjøres unntak, for eksempel hvis det nye barnet er søsken til et tidligere adoptivbarn i familien. Det forekommer at vi får vite om et nyfødt biologisk søsken fra de landene vi samarbeider med, med spørsmål om den aktuelle familien kan være interessert i å adoptere dette barnet også. Da tenker de fleste slik at hvis den familien som har det første barnet kan være interessert i en ny adopsjon, så skal de få sjansen først, slik at barna får vokse opp som reelle søsken.

### Enslige søkere

Vi har også åpning for enslige søkere. Adopsjonsloven inneholder ingen bestemmelser om forbud mot at enslige får adoptere, men det har vært en restriktiv praksis ut fra den oppfatning at det gir barn større trygghet å ha to foreldre. Men retningslinjene vi fikk i 1998 åpner likevel for at enslige som kan regnes å ha spesielle ressurser i forhold til barn – altså ressurser utover det vanlige – kan gis forhåndsgodkjenning til å adoptere. Da har vi forskjellige vurderingstema. Det kan være søkers kunnskap om og erfaring med barn. Det er selvfølgelig også søkers bakgrunn og aktuelle situasjon, familie og vennetettverk og om barnet kan få kontakt med voksne av begge kjønn under oppveksten.

### Vandelsattest

Retningslinjene har ingen spesielle bestemmelser om vandel, men søkerne må legge frem uttømmende politiattest i forbindelse med søknad om forhåndssamtak. Da er det selvfølgelig slik at vi også må vurdere om det finnes anmerkninger på politiattesten som kan være til hinder for adopsjon. Da ser vi for eksempel på om det er en serie anmerkninger eller om det bare er noe vi kan karakterisere som en ”ungdomssynd” som for så vidt i seg selv kunne være alvorlig der og da, men som ikke inngår i et mønster og som skjedde lang tid tilbake. Alt i alt så må søkerne fremstå som godt egnet og skikket til å bli foreldre til et adoptivbarn, og de som har en serie anmerkninger på politiattesten eller som eventuelt er dømt for alvorlige forhold, vil ikke få godkjenning. Vi har for eksempel fått en attest fra en person som var dømt for blotting, og det ble avslagsgrunn, selv om personen ut fra de øvrige vurderingskriteriene i retningslinjene på mange måter fremsto som egnet. Vi kom likevel til at det ble for stor risiko å gi godkjenning i det tilfellet.

### Opprinnelseslandenes krav

Vi snakker her for det meste om utenlandsadopsjon. Derfor må de norske reglene og retningslinjene også sees i lys av andre lands regler og retningslinjer. Det vi kan konstatere er at våre retningslinjer på vesentlige punkter er mer åpne og liberale enn tilsvarende i mange av de landene vi har adopsjonssamarbeid med. For tiden har vi samarbeid med 16 land.

Det er vanlig at opprinnelseslandet til barnet stiller strengere krav til helse, at ekteskapet skal ha vart lengre, de har strengere krav til vandel, og de kan også ha strengere krav når det gjelder søkernes økonomi. Dette gjør det noen ganger litt vanskelig for oss å behandle enkelte søknader. Noen ganger kan det være slik at det ut fra de norske retningslinjene ikke er noe som er til hinder for å gi godkjenning, samtidig som vi vet at søkerne ikke vil kunne nå frem med sin søknad i det landet de vil adoptere fra. Skal vi da gi godkjenning og dermed gi familien en forhåpning om at adopsjonsprosessen kan fortsette, eller skal vi ta i betraktning det vi vet om retningslinjer i andre land? Dette er noen ganger et stort dilemma for oss.

### Oppsummering

Dette var en veldig kort gjennomgang av retningslinjene. Som jeg nevnte, har vi i bunnen for vår behandling av søknader en sosialrapport der man også går inn på søkerens oppvekst og barndom, søkerens tanker om det å bli foreldre til et barn som har biologiske foreldre i live, hva de tenker om at barnet kan komme til å ønske kontakt med biologisk familie, og så videre. Slike tema inngår også i den helhetlige vurderingen av søkerne.

Jeg er blitt spurt om hvor stor avslagsprosent vi har. Den er ikke så veldig stor. Den er på 5-6 prosent, men det er kanskje slik at noen faller fra før vi får søknaden til behandling, altså at de kan ha fått råd fra barnevernet i kommunen om ikke å gå videre med prosessen. Kommunen gir oss alltid en begrunnet tilrådning i sakene, men har ingen avgjørelsesmulighet. De aller fleste søknadene vi får inn, har en positiv tilrådning fra kommunen.

## Spørsmål etter innlegget

**Lars Ødegård:** Jeg skjønner det er en stor og enormt krevende oppgave dere er satt til å forvalte, og det er nokså omfattende og tildels veldig nærgående forhold. Rekker dere å møte mange av de som søker? Møter dere alle de dere velger å gi avslag?

**Morten Stephansen:** Nei, det gjør vi ikke. Tidligere var det organisert slik at vår instans var førsteinstans og departementet klageinstans, og da behandlet vi

alle søknadene i landet. Men fra 2004 er det Barne-, ungdoms og familieetatens fem regionskontor som behandler i førsteinstans, mens direktoratet (Bufdir) er klageinstans, og i forbindelse med klage og avslag, er det mange som ber om et møte. Gjør de det, så tar vi et møte. I noen få tilfeller er det imidlertid vi som tar initiativet til et møte, for eksempel hvis vi mener saken/søknaden er for dårlig opplyst til at vi kan konkludere, og trenger et møte med søkerne for å få et godt nok grunnlag å avgjøre klagen på.

# Risikofaktorer i barns oppvekstmiljø

Guro Brekke

Psykolog

Mitt daglige arbeidsfelt er barn og foreldre. Jeg jobber i Skien kommune, med barn og foreldre i et tverretatlig forebyggende tiltak. Der tilbyr vi samtaler med barn og foreldre og veiledning av foreldre rundt ulike problemstillinger, som barn og foreldre strever med eller ønsker å drøfte, knyttet til sin hverdag. Jeg har også tidligere jobbet med barn og foreldre, i barne- og ungdomspsykiatrien, og i russektoren med gravide rusmisbrukere og deres barn. Jeg skal prøve å komme inn i dette feltet med mitt utgangspunkt, ikke med noen fasitsvar og ikke med noen faste løsninger, men med noen innspill fra mitt ståsted, så blir det opp til dere å vurdere om det er nyttig.

## Forebyggende faktorer

Når jeg har jobbet med barn og foreldre i ulike arbeidssituasjoner som klinisk psykolog, har jeg mange ganger tenkt at alt arbeid rettet mot barn er forebyggende. Om man jobber i førstelinjetjenesten eller andrelinjetjenesten, om man jobber på et sykehus eller hvor man jobber, så jobber man alltid for barnets framtid og ikke bare her og nå. Hva kan hjelpe foreldrene og barnet til å skape et godt utgangspunkt for barnet?

Jeg vil ta utgangspunkt i det som ofte blir målet i møtet med barn og foreldre, gjerne noe uavhengig av hvilken problemstilling de kommer med:

- 1) Å hjelpe barnet til å få forståelse og sammenheng i forhold til den hverdagen det lever i.
- 2) Å styrke omsorg, kontakt og samspill mellom barn og foreldre. Dette er også av de mest forebyggende faktorene i barnets liv. Jeg skal komme litt tilbake til hvordan jeg tenker dette kan være relevant også i forhold til debatten her i dag.

## Risikofaktorer

Kjente risikofaktorer er det viktig at vi tar på alvor i forhold til forebygging for barn og unge. Kjente risikofaktorer er for eksempel: foreldre som har store voksenproblemer knyttet til rus eller psykiske vansker, familier med omsorgssvikt og overgrep, familier

som lever både med kroniske og akutte kriser eller belastninger, og familier der det er høy grad av biologiske risikofaktorer. Vi vet at dette er faktorer som belaster barnet, og øker risiko for utvikling av psykiske vansker, rusmiddelmisbruk og kriminalitet. Samtidig



vet vi at mange barn som vokser opp med psykososiale belastninger klarer seg godt. Sammen med familien sin klarer de å finne gode løsninger og en måte å håndtere det på.

## Familie og nettverk som friskfaktorer

Da synes jeg det er viktigere å gå over til å se på det som vi gjerne kaller "friskfaktorer". Risikofaktorer og friskfaktorer er ikke noe matematisk regnestykke, men i hvilken grad belastninger i barnets oppvekst får uheldige konsekvenser over tid for barnet, er blant annet avhengig av i hvilken grad det også finnes gode friskfaktorer i barnets oppvekst. Det er også sentralt å se på hvordan vi sammen med familiene kan bidra til å styrke disse.

Forskning viser at en av de sterkeste friskfaktorene er det å ha en nær fortrolig eller en nær omsorgsperson. Videre at god tidlig tilknytning mellom barn og foreldre, og god omsorg de første leveår, er sentralt. Innenfor mitt fagfelt pleier vi å si at skal du satse på én faktor i forebyggende arbeid, så skal du satse på samspill og tilknytning mellom barn og foreldre. I forhold til den diskusjonen vi har hatt i dag, peker denne kunnskapen på en viktig forskjell mellom adoptivbarn og barn født etter bruk av assistert befruktning. Barn som er adoptert – eller også fosterbarn som vi også kan sammenligne med – vil ha et brudd i tidlig tilknytning og tidlig omsorgsperson. Det vil vi ikke ha ved bruk av assistert befruktning. Dette kan bety noe i forhold til hvilke krav eller forventninger vi skal stille til foreldrene. Barn som har opplevd brudd i tidlig tilknytning, vil trenge foreldre som kan evne å møte de særskilte utfor-

dringene dette innebærer.

Også familien for øvrig, og det sosiale nettverket er sentrale friskfaktorer. Det at tilknytningen til familien og nettverket er så viktig i barns oppvekst, synes jeg vi skal ta på alvor når vi tenker på hvordan vi skal møte familiene. Dette kan også være sentralt ved assistert befruktning. Berge Solberg snakket om å tenke familiebyggende. Det synes jeg var et godt begrep. Ved etableringen av familien og den tidlige tilknytningen, kan det være viktig ikke bare å vurdere om familien er god nok, men også vurdere hvilke tilbud vi kan gi til familiene. Hvilke helhetlige tilbud kan vi gi ved siden av det medisinske tilbudet som kan styrke familiens sjanse til å lykkes på en god måte? Hvordan kan vi bruke helsepersonell i videre forstand til beste for familien og barnet? Hvordan kan vi for eksempel også mobilisere større deler av barnets nettverk enn bare de nære omsorgspersonene? Min vurdering er videre at vi trenger mer forskning på området. Vi trenger klinisk forskning i forhold til hvilke utfordringer familiene og barna møter og hvordan de vil løse dem. Dette vil kunne være nyttig for nye familier.

#### Åpenhet som friskfaktor

Knyttet til spørsmålet om hva vi kan bidra med i forhold til familier for å gjøre sjansen for å lykkes større, vil jeg ta opp én helsefremmende faktor eller friskfaktor til. Begrepene er her hentet fra Antonovsky som mange av dere vil kjenne til. Antonovsky vektlegger med bakgrunn i sin forskning:

- 1) det å ha en opplevelse av sammenheng i livet sitt,
- 2) det å forstå den situasjonen man lever i,
- 3) det å ha tro på å finne løsninger og til slutt
- 4) det å finne mening i å forsøke på det.

Hans forskning viser at dette er faktorer som er beskyttende og helsefremmende. Disse faktorene berører temaet åpenhet, som også har vært et tema tidligere i dag. Dersom barnet skal forstå og se sammenheng i egen tilværelse trengs informasjon og forklaringer. Det er sånn i forhold til bruk av donor at barnet kan få vite når det er 18 år hvem som er donor, men det er fortsatt slik at det er foreldrene – og det skal kanskje også være sånn – som bestemmer om barnet skal få

vite at de har et annet biologisk opphav og dermed en rett til å vite hvem. Det at denne beslutningen er foreldrenes oppgave betyr ikke at vi ikke skal debattere det. Jeg synes dette er et veldig spennende område for debatt: Hvordan vil det at barnet har et annet biologisk opphav virke inn på samspillet i familien? Hvilken nytte vil det være for barnet å vite om det, og hvilken nytte vil det være for barnet eventuelt ikke å vite det? Jeg tenker at det er ingen regel uten unntak, og at hver familie må finne en god løsning for seg. Men innenfor mitt fagfelt har det vært en klar utvikling de siste par tiårene i forhold til det å ha en større åpenhet overfor barn. Klinisk erfaring viser ofte at familiehemmeligheter er uheldige, og at åpenhet hjelper barn til å forstå og håndtere sin hverdag.

Hvis mor ikke kan følge på fotballkamp, så erfarer vi at det er bedre for barnet at vi for eksempel forteller at mor ikke kan fordi hun har angst, og forklarer hva det er, enn at barnet lager sine egne forklaringer omkring hvorfor mamma ikke vil bli med.

En annen mor fortalte denne lille beretningen fra sitt familieliv, der far ikke var barnets biologiske opphav, men mor var det, og der dette var en hemmelighet som bare paret hadde kjennskap til: ”Vi synes at vi håndterer det veldig greit, og jeg synes at mannen min håndterer det veldig greit. Vi har begge en veldig god tilknytning til og omsorg for barnet, og jeg føler at vi begge er gode foreldre for barnet. Det som kan være litt vanskelig, er når venner og familie kommenterer på hvor likt barnet er på mannen min. For folk ser jo det de vil se, men jeg synes han håndterer det greit. Da pleier han alltid bare å skifte tema”. Dette synes jeg er et sånn bitte lite, men allikevel godt eksempel på hvordan hemmeligheten kan prege familiesamspillet og hvordan familiehemmeligheter ofte lever sitt liv mellom oss. Barnet vil merke at hver gang noen kommenterer hvor lik han er pappaen sin, så ser pappa en annen vei. Og hva betyr det? Vi vet at voksne som har fått vite denne type familiehemmeligheter som voksne, ofte sier at ”jeg har alltid følt at det var noe”. Skal vi ta det på alvor eller ikke? Når jeg tar dette temaet opp her, så er det ikke fordi jeg ønsker å belaste noen eller belære noen. Det er likevel viktig å si noe om hvor fagfeltet er i dag og hva vi ser er nyttig for barn. Jeg har ikke jobbet spesielt med familier som har benyttet seg av assistert befruktning, men det finnes mange områder i livet vi ikke snakker med barn om. Min erfaring er ofte at når foreldrene er redde for at barnet skal bli lei seg og såret når hemmeligheten

kommer på bordet, så blir barnet stort sett lettet fordi brikkene faller på plass. Det er sånn det er, fordi barna i større grad forstår hvorfor mamma gjør sånn eller hvorfor pappa har snakket om det på den måten og så videre. Det er også en fare for at tausheten formidler til barn at noe ikke er ok – fordi det ikke er så ok at vi kan snakke om det. Vi står i fare for å formidle at dette er så fælt at du ikke kunne få vite det. I motsetning til dette har vi gjennom åpenhet mulighet til å formidle holdninger om at vi for eksempel ikke synes det betyr så mye hvem som er det biologiske opphavet. At vi synes assistert befruktning er en flott mulighet. At vi

ønsket deg så mye at vi gjorde så mye for å få deg. At det viktige er at det er vi som er mamma'n og pappa'n din, det er vi som står opp med deg om natten når du er syk, det er vi som passer på deg, det er vi som smører matpakken din, det er vi som er sammen med deg, det er vi som er glad i deg, det er det som betyr noe. Barna har ingen fordommer, de lærer av oss.

For å avslutte der jeg begynte: Dette er mitt utgangspunkt for arbeid med barn og foreldre, kanskje kan det også kan være et nyttig innspill i den videre debatten.



# Om kravene

Sigrid K. Eriksen

*Leder, Foreningen for Ufrivillig Barnløse (FUB)*

## Har vi rett til å få barn?

Selvfølgelig er det ingen menneskerett å få barn. Hvem kan oppfylle en slik rett eller garanti? Når spørsmålet stilles FUB, er det som oftest i konteksten: har dere rett til å ønske eller kreve behandling for å få barn? Vi i FUB mener vi har rett til å få medisinsk hjelp til å få barn. Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer infertilitet som en sykdom, og vi i FUB mener at vi har rett til å få behandling for vår sykdom. Resultatet av medisinsk behandling kan aldri garanteres, ei heller fertilitetsbehandling. Vi krever derfor ikke å få barn, men å få medisinsk behandling slik at vi har muligheten til å få barn.

## Hvem skal få tilgang til assistert befruktning?

Vi i FUB mener at alle ufrivillig barnløse par som kvalifiserer innenfor de medisinske kravene for fertilitetsbehandling bør få tilgang til assistert befruktning.

Vi kan ikke se noen forskjell på de barna som er unnfanget ved hjelp av IVF (*in vitro*-fertilisering, prøverørsbefruktning) eller ICSI (intracytoplasmatisk spermieinjeksjon, mikroinjeksjon) og barn som er unnfanget på "naturmetoden".

Vi kan ikke se hvorfor det skal stilles strengere krav til blivende foreldre med et fertilitetsproblem enn til blivende foreldre som ikke har det.

Sammen med foreldrene, har samfunnet et ansvar for barn som vokser opp i Norge. Dette gjelder alle barn.

Vi har i Norge et system hvor samfunnet går inn og tar over alt ansvaret for barnet hvis barnet utsettes for omsorgssvikt. Det vil si at vi allerede har et system for å ta seg av de barna som opplever utrygge hjemmeforhold.

FUB ser det slik at samfunnet ikke har et ekstra ansvar for de barna som blir født etter assistert befruktning.

Om dette betyr at barn som blir til ved assistert befruktning har det bedre enn andre barn er vanskelig

å si, men barn som har blitt til ved assistert befruktning må i hvert fall være svært ønsket av sine foreldre.

Veien fram mot ønskebarna er lang for disse foreldrene. For det første skal de gjennom et år med å prøve å bli gravide på "gamlemåten", så skal

de gjennom en grundig medisinsk utredning, før de må stå i kø for å få behandling. Denne prosessen tar ofte mer enn to år.

Barn født etter assistert befruktning blir ikke til ved en "ulykke".

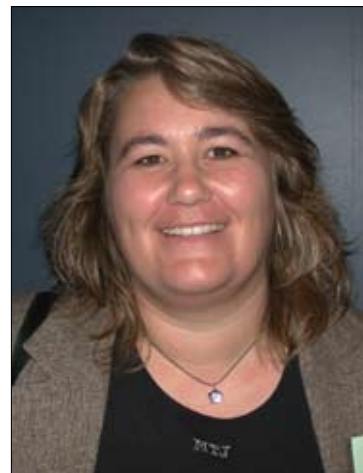
## Vurderingen

Ut fra hva vi hører fra våre medlemmer, er måten den psykososiale vurderingen blir gjort på varierende. Den psykososiale vurderingen blir i dag i første rekke gjort som en samtale med paret, i forkant av behandling. Paret er da selvfølgelig mest spent på hva slags muligheter de har til å få barn. Noen opplever samtalen med klinikken ubehagelig, mens andre ikke reagerer spesielt på denne samtalen.

## Eggdonasjon

Når det gjelder forbud mot eggdonasjon i forhold til barnets beste, mener vi det er ulogisk å forby eggdonasjon, men samtidig å tillate sæddonasjon.

Det må være den sosiale sammenhengen hvor barnet vokser opp med foreldre, besteforeldre, tanter, onkler, kusiner, fettere og venner som betyr mest. Et barn født etter eggdonasjon har tilknytning til begge foreldrene med all den trygghet dette innebærer. Tilknytningen til mor er gjennom graviditet og fødsel, og til far via genetikken. Til sammenligning har et barn født etter sæddonasjon sin tilknytning til far bare sosialt og mor via genetikken. Når sæddonasjon har vist seg over mange år å være trygt for et barn, bør eggdonasjon oppfattes som enda tryggere og tillates.



Eggdonasjon er en medisinsk forsvarlig metode som kan hjelpe infertile kvinner til å få en familie. Dette er nå mulig i alle andre nordiske land enn Norge. Når loven mener genetikken er viktigere enn sosialt foreldreskap, bidrar den til en økt fokus på biologiske bånd, og det øker samfunnets press på at alle skal få biologisk egne barn.

I dag er det mulig å foreta DNA-tester for å avklare farskap. Det trenger derfor ikke lenger å herske noen tvil om hvem som er genetisk far til et barn. Den samme teknikken kan man anvende overfor kvinner for å fastslå hvem som er genetisk mor til barnet dersom man absolutt må vite det. Derfor er ikke dette med det sikre morskap et argument lenger. Vi ser ingen logikk i at nye teknikker som DNA-testing tas i bruk når det gjelder menn, men ikke kvinner for å fastslå genetisk tilhørighet. Vi skjønner ikke hvorfor andre mennesker skal være så opptatt av om mor ikke er genetisk mor til et barn, når barnet selv og moren ikke er opptatt av det.

### Spørsmål etter innlegget

**Lars Ødegård:** Jeg har bare lyst til å si aller først at

både fra deres perspektiv og sikkert fra fagmiljøets perspektiv så er dette med kapasiteten på dette behandlingstilbudet åpenbart et stort frustrasjonsmoment. Du peker på hvilke konsekvenser dette har i forhold til saksbehandlingstid, alder er en indikator – det er et tema som helt sikkert krever å bli adressert. Du reiser på slutten her også et spørsmål om eggdonasjon, et tema som vi ser tiltar i styrke nå. Det er varslet noen kritiske signaler ute, og jeg kan jo røpe nå at vi i Bioteknologinemnda nå også vurderer om vi skal arrangere et tilsvarende åpent møte med det som tema. Får vi det til slik som vi ønsker, så blir det i inneværende år. Men du nevnte nettopp dette rundt psykososial vurdering at det oppleves veldig forskjellig. Fra alle fagmiljøene her så sier man at de reglene man nå snakker om får i realiteten praktisk anvendelse for et veldig lite antall par som søker om assistert befruktning. To prosent har vært nevnt. Stemmer det med den erfaringen som du får tilbake fra dine medlemmer og de dere har kontakt med?

**Sigrid Eriksen:** Det gjør det. Men de er nok flinkere til å si ifra de som ikke får lov til å gjøre assistert befruktning i Norge, så vi hører nok mer til dem enn vi hører til de som får lov.

## Om kravene

Gry Myhre

*Nestleder, Turner syndrom-foreningen*

Jeg kan gjerne begynne å si litt kort om Turner syndrom som opptrer hos jenter som delvis eller helt mangler det ene kjønnskromosomet (X hos kvinner). Det medfører liten vekst, og uten veksthormon vil hun få en veldig liten sluttøyde. Uten hormonbehandling vil hun heller ikke komme i sekundær kjønnsutvikling. Dette fordi man er født med underutviklede eggstokker, som igjen fører til at de kun i sjeldne tilfeller har egg. Som dere sikkert skjønner etter hvert, så vil vi i dag benytte muligheten til å si noe om foreningens synspunkt i forhold til eggdonasjon. Vi i foreningen ønsker at det skal bli lovlig med eggdonasjon, slik at unge jenter med Turner syndrom i dag har en mulighet til å bli gravide eller ta et valg om adopsjon. Som Foreningen for Ufrivillig Barnløse (FUB) var inne på, så er det i de fleste land i Europa lovlig med eggdonasjon i dag. Norge er ett av de få land som henger etter, og vi tror at Norge etter hvert vil bli tvunget til å komme etter. Vi kjenner til flere par som reiser til utlandet, og det er meget økonomisk og språklig belastende. Norge har i dag ikke kontroll med hva som skjer i utlandet. Hvis vi lovliggjør eggdonasjon, vil Norge kunne styre hvordan vi vil ha det. Vi skjønner hvorfor det er et etisk fundament bak lovgivningen og at et barn har rett til å vite hvem som er sin biologiske mor og far, men vi setter da et stort spørsmålstegn ved at det er lov med sæddonasjon. Vi er oppbrakt over den diskriminerende forskjellen det er i dag, og vi vil faktisk gå så langt som å si at vi faktisk ville ha godtatt lovgivningen, dersom sæddonasjon var ulovlig. Vi er av den oppfatningen at hvis et barn vokser opp med kjærlige og omsorgsfulle foreldre, så vet barnet godt hvem som er foreldrene, biologisk eller ikke.

Jeg har lyst til å referere en Astrid Trotzig som sier det så fint: "Blod er kanskje tykkere enn vann, men kjærlighet er tykkere enn blod."

Jeg har lyst til å fortelle om en svensk gutt som er kommet til ved hjelp av eggdonasjon. Han ble intervjuet av en journalist, og han ble spurt hvordan han synes det var å komme til ved eggdonasjon og ikke kjenne til sin biologiske mor. Han var blitt spurt om dette flere

ganger før, og svarte irritert: Jeg er kommet til ved eggdonasjon og jeg har en virkelig mor, og hun sitter her. Ferdig med det. Jeg tror at barn tar sånt mye mer naturlig enn vi tror. Mange barn, spesielt adopterte, får skyldfølelse når de ikke har et stort behov



for å vite hvem som er sin biologiske mor og far, og spesielt når det er forventet av dem, særlig gjennom media. Vi setter spørsmålstegn ved om det er gjort noen grundige undersøkelser på hvor viktig dette er for et barn? Jeg har selv vært igjennom fem eggdonasjonsforsøk, og jeg skal love dere at det er ingen sak å ta lett på. Jeg hadde flere runder med meg selv, og selvfølgelig med min mann før vi bestemte oss for at vi ville takle det å fostre opp et barn som ikke vet hvem som er sin biologiske mor. Det var vi sikre på at barnet ville takle ved hjelp av masse kjærlighet fra en livmor-mor. Ellers hadde vi aldri turt å prøve. Vi valgte til og med å utsette adopsjon, for det følte vi ville kreve mer og ville bli vanskeligere for oss. Og det har dere jo hørt tidligere i dag når dere har sett litt på hvilke krav som stilles for å bli godkjent som adoptivforeldre. Vi er selvstendig tenkende voksne mennesker, og de aller fleste av oss har sunn fornuft. Har vi ikke litt rett til å få bestemme dette selv? Jeg tror ingen er inne på tanken med eggdonasjon uten å tenke grundig gjennom det, og står for det valget en tar.

Til slutt har jeg lyst til å fortelle at vår historie endte godt. Vi har i dag en adoptivdatter fra Kina, og vi venter nå i spenning på en liten søster eller bror til henne. Hun utvikler seg fint og klarer seg veldig godt. Hun er blitt en bestemt liten dame på 3 ½ år. Men for meg hadde det vært lettere å forklare henne om eggdonasjon hvis hun var født på den måten, enn å forklare henne om adopsjon, om hvorfor hun ikke vil kunne kjenne til sin biologiske mor og hvorfor hun aldri vil finne dette ut. Hun er forlatt, og det er umulig å spore opp foreldrene hennes.

# Forhåndsannmeldte innlegg

Inger-Lise Hognerud

HivNorge

Jeg jobber i interesseorganisasjonen for de hivpositive, HivNorge. Jeg er veldig glad for å være her i dag, det er snakk om spennende og vanskelige temaer. Det jeg skal snakke om er litt på siden av det som har vært temaet så langt i dag. For den gruppen jeg representerer, så er det ikke barnløshet i den forstand vi har snakket om så langt det gjelder. For vår medlemsmasse dreier det seg om par hvor den ene er hivpositiv og den andre er hivnegativ, og hvor man kan benytte assistert befruktning for å hindre at den hivnegative parten utsettes for smittefare. Bioteknologinemnda har fått dette spørsmålet forelagt seg og har gitt en uttalelse, men for at ting skal endres på dette feltet, så må det skje en lovendring.

Situasjonen er som følger: hvis mannen er hivpositiv og kvinnen hivnegativ, så kan man tilby sædvask som gjør at man fjerner hivviruset fra sæden. Man kan deretter inseminere kvinnen uten at verken hun eller fosteret utsettes for fare for hivsmitte. Hvis kvinnen er den hivpositive så vil mannen utsettes for smittefare hvis paret bruker naturmetoden. Hvis man kunstig inseminerer mannens sæd i kvinnen og har medisinsk oppfølging av kvinnen i svangerskapet, så er det 1-2 prosent sannsynlighet for at barnet blir smittet. Spørsmålet er da: skal man tilby assistert befruktning? Bioteknologinemnda kom frem til, med et klart flertall, at sædvask bør tilbys. Med et ikke fullt så klart flertall – det var nesten 50/50 i nemnda – så kom man fram til at man ikke bør anbefale assistert befruktning når det er kvinnen som er positiv.

Vi som interesseorganisasjon ønsker at det skal gis et tilbud om assistert befruktning til vår medlemsmasse. Det er i dag ca. 2500 som lever med hiv i Norge, og det blir stadig flere heteroseksuelle. Vi ønsker at denne gruppen skal få en mulighet til å bli vurdert for assistert befruktning. Det er ikke det samme som at man får tilbudet.

Det var en filosof her tidligere i dag som introduserte et par begreper som jeg hang meg opp i. Det ene er ”det kulturelle klimaet”, det andre en ”familiebyg-

gende tilnærming”.

Jeg har vært halvannet år i organisasjonen HivNorge, og jeg jobber der som jurist med rettighetsproblematikk. Jeg ønsker meg en verden og et samfunn hvor det skal være greit å si at jeg er hivpositiv. Der har vi dessverre ikke i dag.

Veldig mange av de tilbakemeldinger vi får fra våre medlemmer går på at det verste i forhold til det å leve med diagnosen hiv, det handler ikke om det medisinske, for medisinen har kommet langt. De fleste vil være enige i at hiv er i dag regnet for en sykdom man kan dø med og ikke nødvendigvis av. Det er mange historier innenfor sektoren, men nesten daglig får jeg historier om folk som er åpne om status og som blir møtt med fordommer man skulle tro var døde i 2006.

En av vurderingene til Bioteknologinemnda når de vurderte hvorvidt man skulle gi hivpositive kvinner tilbud om assistert befruktning, relaterte seg til at samfunnet ble medansvarlig hvis det ”gikk galt” og barnet ble født hivpositivt. Samfunnet er også medansvarlig i forhold til å gjøre noe med stigmatiseringen og diskrimineringen som fremdeles eksisterer overfor en meget marginal gruppe. Ved å ekskludere en gruppe fra å bli vurdert for assistert befruktning, så er det en fare for at man er med på å opprettholde stigmaet og diskrimineringen som allerede i dag eksisterer.

Jeg vil referere til det som representanten fra Turner syndrom-foreningen sa: Vi er tenkende, oppegående mennesker. Det er våre medlemmer også. Det er i vår medlemsgruppe stor uenighet om kvinner bør bli mødre når de er hivpositive. Men dette er et valg som vi mener at den enkelte bør få lov til å ta selv, nettopp fordi de er tenkende, oppegående mennesker.

Avslutningsvis må det kommenteres at hivpositive menn og kvinner *får* barn. Ved bruk av naturmetoden utsetter man partner for risiko pluss at det blir kanskje



litt flaut å si det til legen nettopp fordi man vet om risikoen. Så for å sikre optimal medisinsk behandling, så bør det gis tilbud om en vurdering for assistert befruktning for både hivpositive menn og hivpositive kvinner.

### Kommentar etter innlegget

**Lars Ødegård:** Ja, du pekte på en sak jeg er sikker på at flere husker. Det startet vel egentlig med en søknad fra Rikshospitalet som hadde i seg veldig mange av de samme poengene og argumentene som du legger fram. Jeg kan jo bare si at i den grad Bioteknologinemnda har disse sakene til behandling på sitt bord, så er det ut fra rollen om å skulle gi et råd. Da har jeg lyst til å si at for alle saker vi får, så har vi gjort oss opp en behandlingsmåte i nemnda, og det er at vi ikke er på jakt etter å skape konsensus. Vi tror at den beste måten å gi råd til beslutningstakere på, det er å fremme mange perspektiver. Og sånn vil en også se at når nemnda gir sine råd, så blir dette uttrykt ved at det kommer veldig mange synspunkter på bordet. Det gjorde det også i denne saken. Det første som skapte et problem her, var et nesten rent byråkrati, nemlig det at lovens premiss for at slike saker skal havne på nemndas bord, er at vi snakker om infertilitet begrunnet i medisinsk indika-

sjon. Det er loven. Her var det på en måte lagt inn et nytt premiss, nemlig det at det ikke var snakk om par som var infertile. Men, til syvende og sist så ble det en vurderingssak. Det som var klart var at i forhold til sædvask, så var tilbakemeldingen fra fagmiljøene nesten slik som du sa det. De sa det var en meget minimal risiko knyttet til disse forholdene, mens risikoen for hivpositive kvinners mulighet for å overføre dette til sine barn med de metodene som var skissert, det var mer signifikant, noen sa én og noen sa mellom én og to prosent. Det vi samtidig kunne registrere, var at det var en lang rekke andre tilbud som også er tilknyttet denne sektoren, i forhold til for eksempel fostervannsprøve, hvor vi snakker om den samme type risiko (rundt én prosent). En karakteriserte dette som signifikant og en vesentlig risiko, og det ble for mange i nemnda et vesenspoeng og var vel det som gjorde at den havnet rundt 50/50. Jeg hadde bare lyst til å gi det som en begrunnelse, men det er som du sier, en vanskelig sak. Vi valgte også å lytte til de mange røster fra hivmiljøet selv, og som du registrerte, er det delte meninger om dette. Det jeg vil understreke er at i kampen mot det stigma som den gruppen opplever, er mye ugjort, og her tror jeg det er mange gode krefter som kan forenes.



Carl Birger van der Hagen  
Spesialist i medisinsk genetikk, tidligere overlege  
ved Ullevål universitetssykehus

Jeg vil fortelle om et eksempel som viser hvor galt det kan gå hvis alle ledd svikter ved utredning av søkerpar til assistert befruktning.

Det dreier seg om et par hvor begge partnerne var uføretrygdet for psykisk utviklingshemming, uten kjent diagnose eller dokumenterte forsøk på utredning. Etter langvarig infertilitet, søkte de og fikk gjennomført IVF (*in vitro*-fertilisering, prøverørsbefruktning) med tilbakeføring av to fosteranlegg. Verken henvisende lege, de mange lokale gynekologer eller avdelingen som gjennomførte den assisterte fertilisering hadde foretatt en psykososial vurdering av paret. Utfallet var slik at de to barna som ble født, har meget høy risiko for alvorlig psykisk utviklingshemming, grunnet genetisk betinget psykisk utviklingshemming hos den ene av partnerne.

Det er flere grunner til å trekke frem dette eksempelet. Den viktigste er hensynet til de barna som ble født, både med tanke på oppvekstmiljø og egne livsutsikter. Videre er det i Norge, i motsetning til i vårt naboland Sverige, ikke systematiske tilbud om sentral bistand der hvor helsevesenet har sviktet, slik at lokalsamfunn med små ressurser kan få bistand til fullverdige tilbud for slike familier.

Arvid Heiberg  
Overlege, Rikshospitalet

Jeg har også vært borti denne type adopsjonssaker, og jeg synes det er vanskelige saker og prisverdig at man får retningslinjer. Men de retningslinjene man har hatt for adopsjon er faktisk ganske strenge, og de kan være diskriminerende overfor funksjonshemmede fordi man forutsetter fullstendig normalitet hos foreldrene både med hensyn til fysiske og psykiske plager.

De fleste av oss er ikke underkastet noen form for screening når vi får våre barn, og veldig få av oss ville antagelig fått lov til å adoptere etter de strenge reglene som man blir underkastet i retning av at her skal det granskes, både hjerte og nyrer og så videre. Jeg har imidlertid også vært borti en del saker i forhold til funksjonshemninger hos foreldrene og som har endt med at de har fått lov til å adoptere.

Men, spørsmålet i denne sammenheng går til IVF (*in vitro*-fertilisering, prøverørsbefruktning) og er litt i samme retning av det Carl Birger van der Hagen tok opp til slutt, nemlig at ved en del funksjonshemninger vil det kanskje være tilstander som kan ha en arvelig komponent, og så er spørsmålet hvor stor skal risikoen være. Skal man være forpliktet til å underkaste seg fosterdiagnostikk? I andre sammenhenger vil samfunnet ha seg frabedt påbud om fosterdiagnostikk ved økt risiko. Her kan vi ligge ganske nær diskriminering fordi samfunnet stiller opp i forhold til å hjelpe til med assistert befruktning. Foreningen for Ufrivillig Barnløse (FUB) tok opp deler av dette, altså i hvilken grad er det normalt å være ufrivillig barnløs, og hvilke krav fra samfunnets side som skal kunne stilles i denne sammenheng. I fremtiden kan spørsmålet bli, dersom man blir i stand til å diagnostisere mange genfeil med såkalt chip-teknikk, om man faktisk kan sette opp et eller annet genkart-krav som vi alle da eventuelt må tilfredsstille, og det blir en form for tvungen gen-testing. Man vil eventuelt speilvende reglene i slike IVF-situasjoner. Så hvis jeg var representant for funksjonshemmedes interesseorganisasjoner, her nærliggende som leder av Bioteknologinemnda, så ville jeg kanskje ha reist en liten lillefinger i hvert fall og si at dette synet her kanskje ikke er helt greit.

**Lars Ødegård:** Jeg har et spørsmål jeg har lyst til å stille til Vidar von Düring. Som vi hørte ifra Ragnhild Castberg da hun gjennomgikk retningslinjene, så ligger det et betydelig ansvar på legen og legens skjønn. Framstår dette ofte som et dilemma i de tvilssakene som dere sitter med at legene ikke kan be om å få informasjon med mindre den blir gitt frivillig? For å bruke eksempelet som ble gitt her, hvis legen har fått en bekymringsmelding om et mulig straffbart forhold. Det naturlige ville da være å oppsøke politimyndighetene og si ”kan jeg få dette verifisert gjennom en eller annen vandelserklæring?”, og man får vel da, vil jeg tippe, ofte til svar at dette er en taushetsbelagt informasjon som, med mindre du har sterke medisinske indikasjoner for at dette er viktig for liv og helse, du ikke vil kunne få.

Det er også blitt stilt et spørsmål til Berge Solberg og Vidar von Düring fra Carl Birger van der Hagen, og for så vidt fra Arvid Heiberg også, om assistert befruktning til psykisk utviklingshemmende eller funksjonshemmede der dette kan være arvelig.

**Vidar von Düring:** Jeg tror det å få den nye veiledningen vil kvalitetssikre denne prosessen mye bedre. Vi behandler jo folk med genetiske sykdommer og vi behandler folk med funksjonshemninger. Det er ikke sånn at vi er så strenge. Jeg fikk også litt hakeslepp da jeg hørte adopsjonsrepresentanten snakket her. Det vi forholder oss til er jo nettopp sosialrapporten, og det er noe helt annet slik jeg forsto deg. Sosialrapporten går inn og vurderer parene, og vi har mange funksjonshemmede.

Når det gjelder genetikk, så har jeg lært én ting: at det er ikke lett selv om du får et genetisk svar. Her er det sammensatte problemstillinger. Det vi nesten uten unntak gjør, er at vi henviser paret til genetisk veiledning. I dag har du ikke lov å ta genetiske prøver uten at pasienten skal ha genetisk veiledning. Om da paret ikke mottar den genetiske veiledningen, blir det et teoretisk spørsmål som du stilte meg, hva gjør vi da? Det vet jeg ikke. Slike typer spørsmål vil jeg tro vil variere veldig med hva det dreier seg om. Jeg vil tro at slike typer spørsmål vil være prinsippsspørsmål som vi kanskje legger fram for etikk-komiteen ved sykehuset.

Jeg tror det er måten vi håndterer det på. Det er ikke noen automatikk i at vi sier nei fordi paret ikke vil ha genetisk veiledning. Men det er klart at hvis paret ikke vil ha genetisk veiledning, så vil jo det på en måte være et signal også i den vurderingen.

**Berge Solberg:** I tillegg så er det dette med tidsånden – den er i stadig forandring. Eksempelvis har synet på psykisk utviklingshemning forandret seg betydelig på en del tiår, og spørsmål om sterilisering og tvangssterilisering håndteres radikalt annerledes i dag enn tidligere. Det ligger alltid en fare for at det ene ytterpunkt avløses av et nytt, men ved å holde fokuset på en familiebyggende tilnærming, som jeg kalte det, tror jeg det er håp om å kunne danne seg et vurderingsgrunnlag. Her er det ikke utelukkende snakk om å tillate eller avslå, men også hvordan vi kan hjelpe et par til en god familiedannelse, forutsatt at det finnes et potensial her. Til spørsmålet om koblingen mellom genetikk og IVF, så vil utfordringene trolig være større for preimplantasjonsdiagnostikk (PGD). I tiden fremover vil vi nok få mange klare saker som setter på spissen forholdet mellom individuelle beslutninger og samfunnets mulighet til å regulere. For eksempel har vi spørsmålet om det skal være mulig for en kvinne å få implantert et sykdomsdisponert embryo, dersom man ikke klarer å frembringe friske embryo og kvinnen ønsker dette veldig sterkt. Hvordan skal samfunnet forholde seg til det? Videre har vi spørsmålet om embryoer med bærerstatus. Er det ”sortering” eller god etikk fra samfunnets side dersom vi sier at vi skal unngå det? Av de mer spektakulære saker som er nevnt er døve par som får preimplantasjonsdiagnostikk. Skal man kunne frembringe barn med anlegg for døvhet? Her får man satt på spissen forholdet mellom individuelle valg og samfunnshensyn. Det er fryktelig vanskelige diskusjoner, ikke minst i lys av problematiske sider ved vår medisinsk-genetiske historie.

**Morten Stephansen:** Jeg må si noe på grunn av de bemerkningene som kom om det angivelig strenge regelverket som gjelder i vurdering av om en familie skal få adoptere eller ikke. Dette er en myte, ikke realiteten. Det finnes eksempler på at personer som sitter i rullestol blir godkjent. Vi har godkjent en blind søker, vi har godkjent døve søkere. Vi vurderer omsorgsevnen

og om søker sammen med sin ektefelle kan gi barnet god omsorg. Hvis vi finner sikkerhet og trygghet for det ut fra de opplysninger vi har, så innvilges søknaden. Er vi i tvil, lar vi tvilen komme barnet til gode. En skal også huske på når det gjelder adopsjon, at det er noe helt annet enn det som er temaet her. Barnet har ett sett med biologiske foreldre. I Norge er det ikke mange som velger å adoptere bort barnet eller ber om hjelp til å få adoptert bort barnet, men det er noen. Vi har samtaler med disse, der de får lov til å si noe om hva de ønsker for barnet sitt. Hva ønsker de? Jo, de ønsker at barnet skal få komme til en godt fungerende, men vanlig familie. Det at det skal være trygt for en biologisk mor å gi sitt samtykke til adopsjon, er et viktig element her. Hvis vi tenker oss selv inn i en slik situasjon, at vi ikke kunne ta vare på et egetfødt barn selv, men måtte la det bli adoptert bort, så hadde vel de fleste av oss tenkt at vi håper samfunnet tar ansvar for å finne godt egnede foreldre til barnet. Og det er slik at det er flere som søker om adopsjon enn det er barn tilgjengelig for adopsjon. Altså har man en valgmulighet når man skal finne foreldre til barna, og det er klart at da må man se på denne type kriterier – hvem egner seg best? Så det er en myte at dette er så veldig strengt. Vi har ikke noen høy avslagsprosent, men når vi gir avslag, så er det gjerne på grunn av en kombinasjon av for høy alder, helsemessige forhold, anmerkninger på politiat-test som kan være veldig alvorlig og så videre. Det er sjelden én årsak til det hele, men det går på en vurdering av omsorgsevne og egnethet, først og fremst.

**Øystein Magnus:** Jeg har jobbet som gynekolog i 20 år i bransjen med assistert befruktning. Jeg har lyst til å si én ting til hiv-foreningen og til Turner-foreningen. Når man har et problem og ønsker å involvere en tredjepart, må også tredjeparten, altså samfunnet, få anledning til å ha og uttrykke en etisk/moralsk mening eller holdning til det man forventes å bli involvert i. Jeg blander meg ikke opp i hvordan folk blir gravide hjemme, men hvis jeg skal være med på å gjøre noe og få et ansvar for unnfangelsen av et nytt individ, vil jeg også ha rett til å mene noe. Jeg jobber nå privat, og opplever oftere og oftere enslige kvinner som kommer fordi de vil ha hjelp til å få et barn, men de vil slippe å ha en mann involvert i dette. De sier det så eksplisitt. Jeg kunne godt tenke meg at filosofen kunne si noe om hvilke betingelser eller identiteter vi ønsker å skape rundt de barna som ennå ikke er unnfanget. Som lege responderer jeg når pasienten kommer til meg med ønske om hjelp. Det er veldig lett å komme i en advo-

katrolle, og det kan bli en farlig forbindelse hvis ikke samfunnet står der med klare kjøregler om hva som er etisk akseptabelt. Og, som Vidar von Düring sa; jeg er virkelig glad for at vi har retningslinjer og veiledere, for du blir dratt inn i en virkelighet som er trang, og du mister fort det store perspektivet. Jeg er opptatt av å gi barna som skal unnfanges de samme mulighetene som jeg forventer å få selv.

Jeg har også en liten sidekommentar. I Aftenpostens A-Magasin var det en kvinne som reiste en problemstilling, og en psykolog rådet denne kvinnen til ikke å involvere mannen sin i dette; reis til Danmark, så har du ditt eget barn som bare er ditt. Da var jeg rystet.

**Berge Solberg:** Jeg er enig i at en tredjepart er involvert i assistert befruktning, og at det slett ikke er unaturlig at samfunnet får et ord med i laget om dem vi er ansvarlige for å frembringe. Og da mener jeg at den assisterte befruktningspraksisen kan godt være et slags normativt bilde på hva man tenker foreldreskap og familieliv går ut på. Jeg vet at det finnes foreldreskap og familieliv i veldig mange variasjoner der ute i samfunnet, og jo mer vi fokuserer på det, jo mer lærer vi om hva som fungerer, om hva som er godt og hva som ikke fungerer så godt. Det at lista ligger litt høyere enn “fritt frem”, anser jeg ikke som noe problem. Det faktum at for eksempel fertile rusmisbrukere kan få barn hvis de vil, er ikke et godt argument for at infertile rusmisbrukere bør få assistert befruktning. Man kan snu på det og si at i en del tilfeller er det kanskje ikke heldig at fertile rusmisbrukere stifter familie, men der har ikke samfunnet noen sanksjonsmuligheter. Og om vi skulle ha det, så bør vi heller ikke nødvendigvis prøve å anvende disse fordi farene for overgrep er store. Men den normative standarden bør ikke settes så veldig mye høyere, fordi man da samtidig risikerer å gjeninnføre en sorteringspraksis i forhold til hvem som får lov til å formere seg, og det kan slå urettferdig ut for mange som har gode grunner for å ønske seg barn. I forhold til spørsmålet om enslige, så vil jeg ikke gå inn i akkurat den konkrete diskusjonen nå, bare si at jeg synes det er en meningsfull diskusjon som bør føres i likhet med andre diskusjoner om hva som representerer god familiebygging.

**Carl Birger van der Hagen:** Jeg har lyst til – siden departementet sitter her – å komme med et spørsmål: hvorfor har man ikke hatt retningslinjer som har vært gjeldende fra bioteknologiloven ble vedtatt i 1993?

**Ingrid Renolen, Helse- og omsorgsdepartementet:**

Det lå vel noen føringer i forarbeidene til loven av 1994. I forbindelse med høringen til ny lov i 2003 kom det innspill fra Legeforeningen spesielt om at vi bør ha retningslinjer. Det er vanskelig å si hvorfor vi ikke har

fått det før, men vi har samlet erfaringer, gjennomført en evaluering av hvordan 1994-loven har fungert, og kom da i forbindelse med arbeidet med ny lov fram til at vi skulle be Sosial- og helsedirektoratet vurdere om det bør utarbeides retningslinjer.



# Avslutning

Lars Ødegård

Leder, Bioteknologinemnda

Jeg vil takke for de innspillene vi har fått, takke for meget dyktige og reflekterte forelesninger som vil være nyttig både for Bioteknologinemndas videre arbeid og for direktoratet og departementet som også har lyttet. Det er veldig fint å høre hvor samstemte de i fagmiljøene som har uttalt seg er, om ønsket om at det må komme regler som kan virke støttende og handlingsveiledende. Samtidig er jeg like overbevist om at også framtiden først og fremst vil måtte preges av det gode skjønn og vi må prøve å hjelpe inn i dette skjønnet. Da er det slik at ethvert etisk dilemma lar seg ikke løse gjennom regler, og jeg tror at et sånt spørsmål som dette *skal* være preget av følelser fra de som står midt oppe i det, fordi det er mye følelser knyttet til det. Og det er også slik at enten vi nå liker det eller ei, så er tidsånden en del av enhver tid, og vi er alle mer eller mindre preget av det kulturelle klimaet og skjønner

utfordring ut fra den konteksten vi selv befinner oss i, og det tror jeg vi må leve med. Det jeg tror er veldig viktig da, er at når dette er spørsmål som direkte eller indirekte angår oss som enkeltpersoner som del av et samfunn, så må vi la oss høre, og vi må ha lov å ytre oss. Det tror jeg kanskje er noe av fordelene med denne typen åpne høringer, nemlig det at man behøver ikke nødvendigvis gå herfra og ha sett ethvert lys og vite svarene på alt i morgen, men nettopp dette å ha fått dette påfyllet av nye perspektiver og nye innfallsvinkler, tror jeg er nyttig – i hvert fall i denne rollen vi skal spille som rådgivere, og ikke minst for myndighetene når de skal drive myndighetsutøvelse.

Jeg takker også alle som har deltatt i debatten. Det eneste jeg skal forsøke å love er at dette skal vi gjenta, om enn ikke med akkurat dette temaet, så skal vi i hvert fall fortsette å holde åpne møter med interessante og viktige spørsmål.



## Utdrag fra kapittel 2 i bioteknologiloven

### - Assistert befruktning

#### § 2-1. Definisjoner

I denne lov forstås med:

- assistert befruktning: inseminasjon og befruktning utenfor kroppen;
- inseminasjon: innføring av sæd i kvinnen på armen måte enn ved samleie;
- befruktning utenfor kroppen: befruktning av egg utenfor kvinnens kropp.

#### § 2-2. Krav til samlivsform

Assistert befruktning kan bare utføres på kvinne som er gift eller som er samboer med en mann i ekteskapsliknende forhold.

#### § 2-3. Villkår for inseminasjon

Inseminasjon kan bare finne sted når mannen er befruktningsudyktig eller selv har eller er bærer av alvorlig arvelig sykdom.

Inseminasjon kan i særskilte tilfelle finne sted dersom kvinnen er bærer av alvorlig arvelig kjønnsbundet sykdom, jf. § 2-13.

#### § 2-4. Villkår for befruktning utenfor kroppen

Befruktning utenfor kroppen kan bare finne sted når kvinnen eller mannen er befruktningsudyktig eller ved uforklarlig befruktningsudyktighet.

Villkår som nevnt i første ledd gjelder ikke i situasjoner som nevnt i § 2-14.

Endret ved lov 25 juni 2004 nr. 45 (i kraft 1 sep 2004 iflg. res. 25 juni 2004 nr. 986).

#### § 2-5. Informasjon og samtykke

Paret skal gis informasjon om behandlingen og om de medisinske og rettslige virkninger behandlingen kan få. Informasjonen skal også omfatte informasjon om adopsjon.

Før behandlingen påbegynnes, skal behandlende lege påse at det foreligger skriftlig samtykke fra kvinnen og hennes ektemann eller samboer. Ved gjentatte behandlinger skal nytt samtykke innhentes.

#### § 2-6. Avgjørelse om behandling

Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret. Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste.

Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig, for å foreta en helhetsvurdering av paret.

#### § 2-7. Barnets rett til opplysninger om sædgiver

Den som er født etter assistert befruktning ved hjelp av donorsæd har ved fylte 18 år rett til å få opplysninger om sædgivers identitet. Et donorregister skal bistå barnet med dette.

#### § 2-8. Donorregister

Departementet skal opprette register for registrering av sædgivers identitet, slik at barnets rett etter § 2-7 kan oppfylles.

#### § 2-9. Sædgiver

En sædgiver skal være myndig. Giveren må gi skriftlig samtykke til at sæden kan brukes til befruktning og at hans identitet registreres

i donorregisteret. Samtykke kan tilbakekalles fram til befruktningen har funnet sted.

En sædgiver skal ikke gis opplysninger om parets eller barnets identitet.

#### § 2-10. Valg av sædgiver

Behandlende lege skal velge egnet sædgiver. Virksomheten som utfører den assisterte befruktningen skal sørge for at nødvendige opplysninger om behandlingen registreres og meldes.

#### § 2-11. Lagring og import av sæd

Lagring og import av sæd kan bare finne sted ved virksomheter som er særskilt godkjent for dette.

Virksomheter som lagrer donorsæd, skal sørge for at opplysninger om sædgivers identitet registreres og meldes til et donorregister.

Sæd skal ikke utleveres for bruk til assistert befruktning etter givers død.

#### § 2-12. Forskrifter

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om organisering av sædbanker, bruk av donorsæd samt registrering og melding av opplysninger om sædgiver.

#### § 2-13. Behandling av sæd før befruktning

Behandling av sæd før befruktning for å påvirke valg av barnets kjønn er bare tillatt dersom kvinnen er bærer av alvorlig arvelig kjønnsbundet sykdom.

.  
. .  
.

#### § 2-18. Forbud mot eggdonasjon og transplantasjon av organer og vev som produserer kjønnsceller

Donasjon av egg eller deler av dette fra en kvinne til en annen er forbudt.

Transplantasjon av organer og vev som produserer kjønnsceller fra en person til en annen med det formål å behandle infertilitet er forbudt.

# Møteprogram

- 0930 - 1000 Registrering  
*Kaffe og te*
- 1000 - 1010 Velkommen  
*Lars Ødegård, leder av Bioteknologinemnda*
- 1010 - 1030 Hvorfor må noen tale barnas sak?  
*Reidar Hjermand, Barneombud*
- 1030 - 1050 Om arbeidet med retningslinjene  
*Vidar von Düring, St. Olavs hospital Trondheim og medlem i SHdirs arbeidsgruppe*
- 1050 - 1110 Presentasjon av retningslinjene  
*Ragnhild Castberg, avdelingsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)*
- 1110 - 1130 Fra en prøverørsklinikks ståsted  
*Gudvor Ertzeid, overlege dr. med., Rikshospitalet*
- 1130 - 1200 Lunsj
- 1200 - 1220 Hensynet til barnets beste når barnet ikke er til. Noen filosofiske betraktninger  
*Berge Solberg, NTNU og medlem av Bioteknologinemnda*
- 1220 - 1240 Undersøkelse og godkjenning av adoptivhjem  
*Morten Stephansen, psykolog, avdelingsdirektør, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet*
- 1240 - 1300 Risikofaktorer i barns oppvekstmiljø  
*Guro Brekke, psykolog*
- 1300 - 1325 Pause  
*Kaffe, te og kaker*
- 1325 - 1345 Om kravene  
*Foreningen for Ufrivillig Barnløse (FUB)  
Turner syndrom foreningen*
- 1345 - 1520 Forhåndsannmeldte innlegg (5-10 minutter), fri debatt og konklusjoner
- 1520 - 1530 Avslutning  
*Lars Ødegård, leder av Bioteknologinemnda*

Møteleder: Lars Ødegård, leder av Bioteknologinemnda

# Deltakerliste

Andresen, Linn; Sentralstyret i FUB  
Aunaas, Kirsten  
Belck-Olsen, Ingvild; Stortinget  
Berg-Haugli, Bente  
Bovim, Odd; Helse- og omsorgsdepartementet  
Brekke, Guro  
Castberg, Ragnhild; Sosial- og helsedirektoratet  
Dalen, Vibeke; Sosial- og helsedirektoratet  
Dramstad, Elisabeth  
Dåvøy, Laila; Stortinget  
Eie, Oddrun Botnen  
Eriksen, Sigrid K.; Forening for ufrivillig barnløse,  
Ertzeid, Gudvor; Rikshospitalet  
Flaathe, Siv  
Forsdahl, Finn  
Foss, Grethe; Bioteknologinemnda  
Frølich, Wenche  
Gamme, Anne; Stortinget  
Grindem, Marit  
Halgunset, Bendik Eithun; Bioteknologinemnda  
Hasan, Homa; EPAM Nasjonalt folkehelseinstituttet  
Heiberg, Arvid; Rikshospitalet  
Hjermann, Reidar; Barneombudet  
Hognerud, Inger-Lise; HivNorge  
Holme, Elisabeth; Senter for sjeldne diagnoser  
Howell, Signe; Universitetet i Oslo  
Høgetveit, Olav  
Iddmark, Nelly  
Johansen, Anne; Foreningen for Turners syndrom  
Knudsen, Gun Peggy; Rikshospitalet  
Kristiansen, Hege; Ullevål universitetssykehus  
Linnestad, Casper; Bioteknologinemnda  
Ludvigsen, Gunvald; Stortinget  
Magnus, Øystein; Fert.senteret, Aleris Sykehus  
Melhuus, Marit; SAI. Universitetet i Oslo  
Myhre, Gry; Foreningen for Turners syndrom  
Olderud, Nan B.; Rikshospitalet  
Omland, Anne K.; Rikshospitalet  
Prescott, Trine; Avd. for medisinsk genetikk  
Qvigstad, Elisabeth; Sosial- og helsedirektoratet  
Ramnefjell, Randi; Foreningen for Ufrivillig Barnløse  
Reinertsen, Randi; SINTEF/Bioteknologinemnda  
Renolen, Ingrid; Helse- og omsorgsdepartementet  
Rogne, Sissel; Bioteknologinemnda  
Rustad, Cecilie F.  
Sandvig, Bente; Human-Etisk Forbund  
Schorre, Hans-Jüren; Kirkerådet  
Scudder, Ingrid Jahren  
Solberg, Olga; Senter for sjeldne diagnoser  
Solberg, Berge; NTNU  
Steenstrup, Anne; TRS kompetansesenter  
Stephansen, Morten; Barne- ungdoms- og familiedi-  
rektoratet  
Stokke, Bodil; Ullevål universitetssykehus  
Tanbo, Tom Gunnar; KKL Rikshospitalet  
Torheim, Norunn; Bioteknologinemnda  
Ulfsnes, Kari-Anne  
van der Hagen, Carl Birger; UiO  
Velvin, Gry; TRS kompetansesenter  
von Düring, Anne Sofie; Helse- og omsorgsdeparte-  
mentet  
von Düring, Vidar; St. Olavs hospital  
Wallem, Tore; Bioteknologinemnda  
Aakre, Marie; NSF's Faglig etisk råd  
Aanderaa, Stein

# Tidligere møter arrangert av Bioteknologinemnda

- Fagseminar om antibiotikaresistens, 12. juni 2006, Oslo
- Fagseminar om regulering av genetiske undersøkelser i klinikk 7. juni 2006, Oslo
- Preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på befruktede egg. Seminar 26. april 2006, Trondheim.
- Religion og bioteknologi. Åpent møte 14. desember 2005, Oslo.
- Høring om forskning på befruktede egg. 7. desember 2005, Oslo.
- Høring om preimplantasjonsdiagnostikk (PGD). 28. november 2005, Oslo.
- Hardangers blomstrende fruktnering – hva kan vi høste i fremtiden? 8. september 2005, Ullensvang
- DNA-registrering av hele befolkningen? 13. juni 2005, Oslo
- Navlestrengsblod – Status, fremtidsmuligheter og privatfinansiert lagring. 17. mars 2005, Oslo
- Small molecules – crucial questions. 17. september 2004, Oslo
- Genressurser og rettigheter. 2. september 2004, Tromsø
- Et barn i ditt bilde. 16. juni 2004, Bergen
- Sameksistens. 29. april 2004, Oslo
- Fosterdiagnostikk. 29. januar 2004, Trondheim
- Biobanker. 18. desember 2003, Trondheim
- Fosterdiagnostikk og verdier. 31. oktober 2003, Oslo
- Bioterrorisme og biologiske våpen. 10. juni 2003, Oslo
- Regulering av DNA-vaksiner og genterapi på dyr. 24. april 2003, Oslo
- Biopatenter og EUs patentdirektiv. Åpent møte 10. februar 2003, Oslo
- Benefit or harm? Power and politics behind GM food. Åpent møte 5. februar 2003, Oslo
- Assessing the risk from transgenic plants – The next step forward. Åpent møte 3.-4. februar 2003, Høvik
- Gentester i arbeidslivet. Åpent møte 9. september 2002, Oslo
- Debattmøte om bioteknologiloven, 4. juni 2002, Oslo
- Risiko og GMO. Åpent møte 13. mars 2002, Oslo
- Lekfolkskonferanse om stamceller, 23.-26. november 2001, Oslo
- DNA i rettssalen. Åpent møte 24. september 2001, Oslo
- Forsikring og DNA-tester. Åpent møte 18. april 2001, Oslo
- Oppfølgingskonferansen om genmodifisert mat. Åpent møte 15.-16. november 2000, Oslo
- Biopatenter. Åpent møte 29. september 2000, Oslo
- Kloning og humane stamceller. Åpent møte 15. juni 2000, Oslo
- Post HUGO-æraen. Åpent møte 14. juni 2000, Oslo
- Genteknologi i et Nord-Sør-perspektiv. Åpent møte 13. oktober 1999, Oslo
- Har vi alle rett til å få barn? Åpen høring 7. april 1999, Bergen
- Xenotransplantasjon – transplantasjon fra dyr til mennesker – vil vi ha det? Åpent møte 30. september 1998, Oslo
- Fra kjøkkenbenk til fabrikk. Genteknologi og industri. Åpent møte 18. mars 1998, Oslo
- Genteknologi i et 10 – årsperspektiv. Hvor var vi? Hvor er vi? Hvor går vi? Åpent møte 27. august 1997, Oslo
- Genteknologi og havbruk. Åpent møte 23. april 1997, Tromsø
- Genmodifisert mat: konsekvenser for produsent og forbruker. Åpent møte 30. august 1996, Lillehammer
- Gentesting – når og hvorfor. Åpent møte 21. mars 1996, Oslo
- Vil genteknologien fremme et bærekraftig landbruk og havbruk. Åpent møte 15. september 1995, Oslo
- Bruk av fostervev. Åpent møte 8. mars 1994, Oslo
- Genteknologi og mat. Åpent møte 19. oktober 1994, Oslo
- Genteknologi og dyr. Åpent møte 10. mars 1994, Oslo
- Patent på liv. Åpent møte 3. november 1993, Oslo
- Prøverørsmetoden – assistert befruktning. Åpent møte 17. mars 1993, Oslo
- Genmodifiserte planter. Åpent møte 29. oktober 1992, Oslo



Bioteknologinemnda  
Postboks 522 Sentrum  
0105 Oslo

Telefon: 24 15 60 20  
Faks: 24 15 60 29

e-post: [bion@bion.no](mailto:bion@bion.no)  
[www.bion.no](http://www.bion.no)

R A P P O R T



**Bioteknologinemnda**

The Norwegian Biotechnology Advisory Board