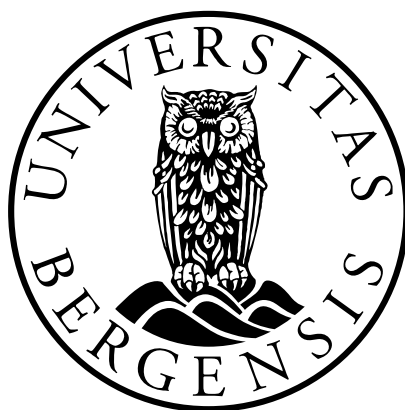


Forbudet mot eggdonasjon i et likestillingsperspektiv

Kandidatnummer: 202

Antall ord: 14 343



JUS399 Masteroppgave
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

10.05.2019

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1 Innledning	3
2 Avgrensning, kilder og metode	6
3 Om oppgavens rammer.....	9
3.1 Biologi, teknologi og reproduksjon.....	9
3.1.1 Eggdonasjon som et spørsmål om likestilling.....	9
3.1.2 Eggdonasjon som et spørsmål om etikk og kultur	10
3.1.3 Utviklingslinjer.....	11
3.2 Begrepsavklaring.....	12
4 Lovregulering av assistert befruktning.....	14
4.1 Innledning.....	14
4.2 Vilkår for å få tilbud om behandling.....	14
4.2.1 Generelle vilkår	14
4.2.2 Spesielle vilkår	15
4.3 Forbudet mot eggdonasjon	16
5 Nærmere om begrunnelsen for forbudet mot eggdonasjon.....	18
6 Likebehandling og ikke-diskriminering.....	21
6.1 Innledning.....	21
6.2 EMK artikkel 8 og 14: retten til familieliv og forbud mot diskriminering	21
6.3 Statens skjønnsmargin: S.H and others v. Austria	22
6.4 Analoge situasjoner: kan egg og sæd sammenlignes?.....	24
7 Forholdet mellom foreldre, barn og reproduksjon	27
7.1 Innledning.....	27
7.2 Etablering av foreldreskap.....	27
7.3 Foreldreansvar og foreldreroller.....	31
8 Barnets rettigheter og interesser.....	35
8.1 Innledning.....	35
8.2 Hva er til barnets beste?	35
8.2.1 Biologisk og genetisk tilknytning til foreldrene.....	35
8.2.2 Omsorg og trygge omgivelser	37
9 Reproduksjon, helse og autonomi: individets rettigheter og interesser	39

9.1	Innledning.....	39
9.2	Hensynet til lik tilgang på helsetjenester.....	39
9.3	Hensynet til den enkeltes selvbestemmelse.....	41
9.4	Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgssektoren.....	44
9.5	«Skråplanseffekter»?	45
10	Avsluttende refleksjoner	48
	Kilde- og litteraturliste.....	50

1 Innledning

For omkring 50 år siden var reproduksjon utelukkende betinget av naturlige biologiske prosesser. Medisinskfaglige og teknologiske utviklinger de siste tiårene har imidlertid endret dette utgangspunktet og forskjøvet det alminnelige synspunktet på naturlige biologiske prosesser for reproduksjon. Allerede i 1978 ble det første «prøverørsbarnet» født i Storbritannia ved hjelp av in vitro fertilisering (IVF).¹ Teknologien har med andre ord grepet inn i biologien og endret forutsetningene for hvordan menneskeliv kan skapes.

Hos heterofile par som bestemmer seg for å få barn, er det omtrent 20 % sannsynlighet for å oppnå graviditet i hver menstruasjonssyklus det første halve året. I løpet av ett år oppnår omtrent 90 % graviditet, og etter to år vil ca. 95 % ha blitt gravide. Dersom et par ikke har oppnådd graviditet i løpet av ett år, betegnes de som ufrivillig barnløse.² I dag behandles ufrivillig barnløshet med medikamenter, operasjoner og assistert befruktning. Assistert befruktning er en samlebetegnelse på fertilitetsbehandling hvor befruktning skjer på annen måte enn ved samleie, og er en vanlig behandlingsmåte for å hjelpe ufrivillig barnløse par med å bli foreldre.³ Bioteknologien muliggjør således at menn og kvinner kan unnfange barn og bli foreldre, selv om dette biologisk sett ikke er mulig. Ettersom biologien på samme måte ikke utgjør begrensninger, er det i stor grad lovgivningen som setter grensene for hva som anses som akseptable måter å lage barn på i dag.

Hvem som får tilbud om assistert befruktning er regulert av bioteknologiloven. For å bli vurdert til assistert befruktning stiller bioteknologiloven nærmere krav til samlivsform og årsaken til barnløsheten, jf. bioteknologiloven §§ 2-2, 2-3 og 2-4. Den endelige beslutningen om behandling med sikte på assistert befruktning fattes ifølge § 2-6 av lege. Dermed er det ikke slik at alle ufrivillige barnløse i Norge kan avhjelpes.

Hvor bioteknologiloven tillater sæddonasjon, forbyr §§ 2-18 og 2-15 donasjon av egg samt embryodonasjon. Dette fører til at par som trenger sæddonor for å unnfange kan få behandling

¹ Forus (2014), side 5

² Syse (2018), side 237

³ Forus (2014), side 6

med assistert befruktning av det offentlige, men par hvor kvinnen er infertil og avhengig av donerte egg, ikke får hjelp. Dette utelukker også surrogati som behandlingsmetode og at homofile par bestående av to menn får tilbud om assistert befruktning. Lovgivningen åpner således for at noen ufrivillige barnløse får tilgang til reproduktiv teknologi gjennom helsevesenet, samtidig som den forbyr behandlingsmåter som fratager enkelte grupper av ufrivillige barnløse sine muligheter til å unnfange og få barn. Ulik regulering av egg- og sædceller i bioteknologilovens kapittel 2 reiser derfor sentrale juridiske problemstillinger knyttet til forståelsen av likebehandling og (u)saklig forskjellsbehandling, og berører grunnleggende spørsmål om grensene for den enkeltes selvbestemmelsesrett, etablering av familier og tilknytning mellom foreldre og barn.

Sammenlignet med andre europeiske land er den norske bioteknologiloven en av de mest restriktive hva gjelder metoder for assistert befruktning. Norge er ett av få land i Europa som har et fullstendig forbud mot eggdonasjon samtidig som sæddonasjon tillates. Alle øvrige nordiske land tillater eggdonasjon på nærmere bestemte vilkår. Dette har ført til at flere kvinner og norske par reiser utenlands for å motta behandling som ikke lovlig tilbys i Norge, noe bioteknologiloven ikke stenger for. Lovens begrensninger av ufrivillige barnløse sine valgmuligheter til å reprodusere har derfor resultert i fertilitetsturisme: at nordmenn reiser over landegrensene for å benytte seg av reproduktiv teknologi som ikke er tilgjengelig i Norge.⁴

Bioteknologiloven kapittel 2 overlater det til myndighetene å kontrollere hvilke metoder for assistert befruktning som lovlig kan tas i bruk, hvem som kan benytte seg av behandlingsformene, behandlingens innhold og hvem som kan tilby den.⁵ Norge er imidlertid bundet av en rekke internasjonale konvensjoner som begrenser og stiller minimumskrav for hva som kan tillates på bioteknologiens område. Fra å være et nasjonalt anliggende, har spørsmål om bruken av reproduksjonsteknologi dermed blitt løftet opp på et internasjonalt plan.

⁴ NOU 2009: 5, side 40

⁵ Se blant annet bioteknologiloven §§ 2-19 og 2-11. Denne myndigheten er lagt til Helse- og omsorgsdepartementet

Retten til reproduksjon og til å ta i bruk ulike metoder for assistert befruktning inngår i retten til privat- og familieliv i den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 8. Dette ble fastlagt av den europeiske menneskerettsdomstolen i S.H and others v. Austria.⁶

Sammenholdt med artikkel 14 skal utøvelsen av retten til reproduksjon bli sikret «uten diskriminering». Dette innebærer ikke at enhver forskjellsbehandling på området for assistert befruktning vil være i strid med diskrimineringsforbudet. Forbudet skal derimot ramme den usaklige forskjellsbehandlingen, og vil være krenket hvor det ikke foreligger en objektiv og rimelig grunn til forskjellsbehandling.⁷

Oppgaven tar sikte på å analysere den ulike reguleringen av sæddonasjon og eggdonasjon i Norge ut fra et likestillingsperspektiv. Hensikten er å undersøke hvorvidt forbudet mot eggdonasjon er forenelig med alminnelige prinsipper om likebehandling og ikke-diskriminering, herunder om det utgjør en usaklig forskjellsbehandling at par kan få tilbud om assistert befruktning dersom det ikke er mulig å oppnå graviditet med mannens sædceller, men ikke hvor kvinnen er infertil og avhengig av donerte egg.

⁶ S.H and others v. Austria (J), avsnitt 60

⁷ Ibid., avsnitt 64

2 Avgrensning, kilder og metode

Det valgte rettsområdet er særpreget av hyppig utvikling i samspill med teknologi- og kunnskapsutvikling. Reguleringen av reproduksjonsteknologi i Norge er særlig formet ut fra et ønske og vilje til å tillate teknologien, men innenfor visse prinsipielle rammer. Området ble for første gang lovregulert i 1987 i lov om kunstig befruktning. I 1994 ble det innført en samlet lov om medisinsk bruk av bioteknologi, som ble erstattet av dagens bioteknologilov i 2003.

Ved vedtakelsen av dagens bioteknologilov, bestemte Stortinget at loven skulle evalueres etter fem års praktisering, Innst. O. nr. 16 (2003-2004) side 11. Dette evalueringsarbeidet er flere år på etterskudd. Et særlig debattert og omstridt spørsmål er forbudet mot eggdonasjon. Først i 2017 publiserte regjeringen en evaluering av bioteknologiloven (Meld. St. 39 (2016-2017)). I punkt 4.5 sammenfatter Helse- og omsorgsdepartementet argumentene som har vært fremme i debatten om eggdonasjon, uten å konkludere eller fremme sitt syn. Meldingen var oppe på høring i februar 2018, hvor Helse- og omsorgskomiteén avga sin innstilling i mai 2018 (Innst. 273 S (2017-2018)). Per slutføring av denne oppgaven har regjeringen ikke kommet til enighet om eggdonasjon, og det er ikke fremmet noe lovforslag.

I avhandlingen vil jeg analysere argumenter som har vært fremført i den norske debatten om eggdonasjon og i lovgivningsprosessene i lys av menneskerettslige kilder. Som antydnet, vil jeg ta utgangspunkt i Europarådets konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene, men også FNs konvensjon om barnets rettigheter og FNs kvinnekonvensjon er av interesse for oppgavens problemstilling. Formålet med oppgaven er imidlertid ikke å drøfte menneskerettighetenes stilling i norsk rett, hvor menneskerettslige utgangspunkter legges til grunn. Det er her tilstrekkelig å påpeke at de sentrale menneskerettskonvensjoner som nevnes i menneskerettsloven § 2 gjelder direkte som norsk lov, og vil ved motstrid ha forrang foran bestemmelser i annen lovgivning, jf. § 3.

I arbeidet med evalueringen av bioteknologiloven har flere av lovens betingelser og grenser for assistert befruktning vært gjenstand for vurdering.⁸ Tematikk knyttet til forbudet mot surrogati, embryodonasjon og assistert befruktning til enslige vil ikke behandles. Selv om disse temaene berører noen av de samme problemstillingene som eggdonasjon, reiser de til dels andre og omfattende etiske og rettslige spørsmål som det ikke er plass til å ta stilling til innenfor oppgavens rammer. Det vil tidvis knyttes bemerkninger til enkelte av disse problemstillingene der det anses relevant for å trekke grensene for hva som utgjør (u)saklig forskjellsbehandling. Avgrensningen innebærer videre at det er tilbud om assistert befruktning til heterofile par som drøftes i denne oppgaven. Spørsmål om bruk av egg til forskningsformål, lagring av befruktede- og ubefruktede egg, og genetisk testing av ubefruktede egg (PDG), vil falle helt utenfor oppgavens fremstilling.

Det finnes ingen nasjonal rettspraksis som behandler oppgavens tematikk. Forbudet mot eggdonasjon ble derimot utfordret internasjonalt i *S.H and others v. Austria*, som dermed vil være sentral. Saken ble først behandlet av menneskerettsdomstolen i 2010, hvor saken ble endelig avgjort av storkammer i 2011.

Oppgaven vil også basere seg på uttalelser og rapporter fra rådgivende organer og andre offentlige instanser, såkalt «soft law». På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet fremla Helsedirektoratet en rapport i 2011 om status og utvikling på de fagområder bioteknologiloven regulerer. Denne rapporten ble oppdatert av direktoratet i 2015. Bioteknologirådet (tidligere nemden), kom samtidig med to uttalelser om eggdonasjon i 2011 og 2015. Bioteknologirådet er et frittstående organ for forvaltningen, som ifølge mandatet særlig skal vurdere og drøfte prinsipielle spørsmål knyttet til bioteknologi, også samfunnsmessige og etiske spørsmål.⁹ Uttalelsene fra Bioteknologirådet inngikk også som en del av regjeringens vurderingsgrunnlag. Slike kilder har i utgangspunktet begrenset rettskildemessig vekt, men det bemerkes at de vil være verdifulle for fremstillingen ettersom de gir uttrykk for oppdaterte oppfatninger blant fagmiljøene på rettslige, etiske og medisinskfaglige spørsmål om eggdonasjon.

⁸ Se nærmere om dette i Meld. St. 39 (2016-2017), side 13-34

⁹ Bioteknologiloven § 7-3, <http://www.bioteknologiradet.no/om-oss/mandat/> (lastet ned 09.05.2019)

Jeg vil også trekke noen paralleller til svensk og dansk rett, da det er naturlig å sammenligne rettstilstanden i Norge med den i Sverige og Danmark for øvrig på bakgrunn av den relative kulturelle og rettslige nærheten. Det er likevel ikke rom for en komparativ analyse.

Før jeg går inn på den nærmere lovreguleringen av assistert befruktning i del 4, vil jeg i del 3 plassere oppgavens problemstilling og spørsmål om eggdonasjon i en større kontekst.

3 Om oppgavens rammer

3.1 Biologi, teknologi og reproduksjon

3.1.1 Eggdonasjon som et spørsmål om likestilling

Kvinner og menn har ulike reproduksjonsfunksjoner og spiller ulike roller i reproduksjonsprosessen. I forlengelsen av dette blir reproduksjon gjennom biologien naturlig knyttet til kjønn. Som på andre områder hvor roller er betinget og bestemt av kjønn danner likebehandlingstankegangen en ramme og et ideal for diskusjoner omkring reproduksjon.¹⁰ Gjennom lovgivning har Norge gjort likebehandling og ikke-diskriminering til sentrale prinsipper, også på området for reproduksjon og oppfostring av barn.¹¹ Det tilrettelegges blant annet for barnehager og fedrekvoter i foreldrepermisjonsordninger. Ikke-diskriminering utgjør videre et av de verdigrunnlagene bioteknologiloven bygger på, hvor det presiseres i forarbeidene at diskriminering på grunnlag av kjønn omfattes av formålsbestemmelsen i bioteknologiloven § 1-1 første ledd andre punktum.¹²

Lovregulering av egg- og sædceller, og debatten rundt forbudet mot eggdonasjon har derimot ikke alltid blitt betraktet som et spørsmål om likestilling. I bioteknologilovens forarbeider fra 2003 avviste departementet uttrykkelig å betrakte eggdonasjon som kun et spørsmål om å gi kjønnscellene lik verdi, og vurdere egg- og sædceller ut fra en «rasjonell likestillingstanke om å gi like muligheter ved mannlig og kvinnelig infertilitet».¹³

Dette standpunktet har imidlertid endret seg, og det er større tendens til at eggdonasjon blir formulert som et spørsmål om likestilling hvor tilbud om assistert befruktning er betinget av hvem som er infertil. Likebehandlingsperspektivet ble blant annet fremhevet av Bioteknologirådet, og videre av regjeringen i forbindelse med evaluering av bioteknologiloven.¹⁴ Som påpekt, har eggdonasjon også i menneskerettighetssammenheng blitt knyttet til en tanke om likebehandling. I *S.H and others v. Austria* formulerte EMD ulik

¹⁰ Kristensen mfl. i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 15

¹¹ Ny likestillings- og diskrimineringslov trådte i kraft 2017

¹² Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 28

¹³ Ibid., side 61

¹⁴ Se blant annet Bioteknologinemden (2011), side 9 og Meld. St. 39 (2016–2017), side 20

regulering av egg- og sæddonasjon som et uttrykkelig spørsmål om usaklig forskjellsbehandling av befruktningsudyktige kvinner og menn.¹⁵ Dommen og hva som menes med likebehandling og ikke-diskriminering vil bli nærmere redegjort for i del 6.

3.1.2 Eggdonasjon som et spørsmål om etikk og kultur

Som skissert innledningsvis har teknologi endret forutsetningene for reproduksjon og skapt nye muligheter for å hjelpe ufrivillig barnløse. Med mulighetene oppstår imidlertid utfordringene. Bruken av reproduktiv teknologi har ikke vært ubestridt, og de spørsmål bioteknologiloven reiser har vært gjenstand for omfattende debatt.

Mye av bakgrunnen for dette er at anvendelsen av teknologi for å skape menneskeliv reiser særlige kontroversielle spørsmål. Eggdonasjon berører selve befruktningen, og representerer for mange et brudd med naturlige biologiske prosesser for reproduksjon og stiller spørsmål ved biologiens betydning. Ideen om teknologi for å produsere menneskeliv utfordrer videre etablerte forestillinger om familiedanning og slektskap, og har satt den tradisjonelle familiekonstellasjonen under press. Reproduktiv teknologi er derfor ikke bare et spørsmål om hva som bør eller ikke bør tillates, men et spørsmål som berører grunnleggende etiske problemstillinger omkring biologi, genetikk, foreldreskap og grensene for statens inngrep i privatsfæren. De rettsspørsmål oppgaven reiser må forstås på bakgrunn av at dette er et rettsområde preget av særskilte etiske avveininger og utfordringer.

Assistert befruktning og dets utfordringer kan videre ikke forstås i et vakuum, men må sees i lys av den kulturelle konteksten den inngår i. Dette har blitt fremhevet av sosialantropologen Melhuus som påpeker at bruken av bioteknologi må forstås i lys av kulturelle forestillinger omkring bruk av teknologi og biologiske prosesser.¹⁶ De verdier og oppfatninger vi har omkring forplantning, familiedanning og teknologi i Norge vil danne et bakteppe når den ulike reguleringen av eggdonasjon og sæddonasjon analyseres.

Normative spørsmål ved den rettslige reguleringen av reproduksjonsteknologi må imidlertid, tross uenigheter, analyseres innenfor rammen av bioteknologilovens verdigrunnlag.

Bioteknologilovens formålsparagraf fastsetter at lovens formål er å «sikre at medisinsk bruk

¹⁵ S.H and others v. Austria (J), avsnitt 72

¹⁶ Melhuus (2012), side 4-5

av bioteknologi utnyttes til det beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle», jf. bioteknologiloven § 1-1 første punktum. Videre fastslår bestemmelsen det verdimeslige grunnlaget for bruken av bioteknologi i andre punktum. Bruken av bioteknologi skal skje i «samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv». I Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) side 127 presiseres det at lovens bestemmelser skal tolkes i lys av disse prinsippene. Likeså vil disse prinsippene danne en ramme for spørsmålet om regulering av assistert befruktning i bioteknologiloven kapittel 2 er forenelig med allmenne prinsipper om likebehandling og ikke-diskriminering, og hva som utgjør en usaklig forskjellsbehandling.

3.1.3 Utviklingslinjer

Inseminasjon med donorsæd har blitt benyttet som behandling av ufrivillig barnløse i Norge siden 1930-tallet, men først fra 1970-tallet i organiserte former. Seks år etter det første prøverørsbarnet kom til verden i Storbritannia, ble det første prøverørsbarnet født i Norge i 1984, og i 1987 trådte den første norske lov om kunstig befruktning i kraft.¹⁷ I 1983 ble den første graviditeten som følge av eggdonasjon rapportert, og metoden har således vært teknisk mulig i flere tiår.¹⁸ I motsetning til sæddonasjon, har dette derimot aldri vært en lovlig behandlingsmetode av ufrivillig barnløse i Norge.

I dag fødes omtrent 2000 barn årlig på landsbasis ved hjelp av inseminasjonsbehandling og befruktning utenfor kroppen. Dette utgjør omtrent 3-4 % av alle barnefødsler i Norge.¹⁹ Selv om eggdonasjon er forbudt, vet vi at nordmenn reiser utenfor landegrensene for å benytte seg av denne reproduksjonstjenesten. Det eksisterer derimot ikke klar statistikk på antall par eller personer som reiser utenlands med tanke på befruktning ved hjelp av eggdonasjon.²⁰

Antall par som ønsker tilbud om assistert befruktning er økende, og ifølge Helsedirektoratet er det en tendens til at stadig flere par behandles i Norge. Bakgrunnen for dette har blitt sett i sammenheng med at gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende har økt og at flere kvinner

¹⁷ Spilker og Lie i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 179

¹⁸ Syse (2018), side 10

¹⁹ Helsedirektoratet (2015), side 19

²⁰ Ibid., side 42

ønsker å vente med å få barn.²¹ Det samlede fruktbarhetstallet for kvinner i Norge ligger på 1,56 barn født per kvinne, og gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende kvinner lå i 2018 på 29,5 år.²² Metodene for behandling er også under stadig utvikling, og har gjennomgått en stor medisinsk faglig utvikling de siste tiårene. Det er ikke tegn til at denne utviklingen vil avta.

3.2 Begrepsavklaring

Det er viktig å skille mellom ulike metoder for assistert befruktning, ettersom de er forskjellige og reiser ulike etiske og rettslige spørsmål.

I bioteknologiloven defineres «assistert befruktning» som «inseminasjon og befruktning utenfor kroppen», jf. bioteknologiloven § 2-1 bokstav a. Med inseminasjon menes «innføring av sæd i kvinnen på annen måte enn ved samleie», og med befruktning utenfor kroppen menes «befruktning av egg utenfor kvinnens kropp», jf. §§ 2-1 bokstav b og c.

For både inseminasjon og befruktning utenfor kroppen kan sædceller fra ektefelle/partner eller donor benyttes til å befrukte kvinnens eggceller.²³ Sistnevnte er det som omtales som sæddonasjon. Det finnes flere ulike behandlingsmåter med donorsæd, men det sentrale er at sæden som benyttes i disse tilfeller kommer fra en mann som har donert bort kjønnsceller med sikte på å hjelpe andre par med å bli gravide. Sæddonasjon vil være aktuelt i de tilfeller mannen har svært dårlig sædkvalitet eller for lesbiske par.²⁴ Helsedirektoratet har publisert en oversikt og nærmere beskrivelse av alle godkjente behandlingsmåter.²⁵

Eggdonasjon, som imidlertid ikke har godkjenning, er et aktuelt behandlingsalternativ for kvinner som av ulike medisinske årsaker ikke produserer egne friske egg, eller har redusert eggkvalitet. Metoden innebærer at eggceller hentes ut fra en donorkvinne, befruktes utenfor livmor, før de settes inn i livmoren til mottakerkvinnen. I motsetning til de metoder som har godkjenning i Norge, blir ikke eggene ved eggdonasjon ført tilbake til den kvinnen de

²¹ Ibid., side 32

²² Tallene er hentet fra <https://www.ssb.no/fodte> (lastet ned 07.05.2019)

²³ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 127

²⁴ Syse (2018), side 237

²⁵ Se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning/godkjente-metoder-for-assistert-befruktning> (lastet ned 09.05.2019) Nye metoder må ha godkjenning før de tas i bruk, jf. bioteknologiloven § 2-19

stammer fra. Den genetiske moren blir dermed en annen enn den biologiske moren som bærer fram barnet. Det er spesielt denne fragmenteringen av genetisk og biologisk morskap som er opphavet til de særskilte etiske og juridiske spørsmålene som oppstår omkring eggdonasjon.

Eggdonasjon må ikke forveksles med surrogatmorskap. Ved eggdonasjon skal den fødende kvinnen ha omsorg for barnet etter fødselen. Ved surrogati derimot er kvinnen som føder barnet ikke tiltenkt rollen som sosial mor for barnet. Surrogati betyr at en kvinne bærer fram og føder et barn for paret, kvinnen eller mannen som skal være foreldre til barnet.²⁶

²⁶ Forus (2014), side 7. Ulike former for surrogati reiser særskilte utfordringer. Det avgrenses mot temaet i del 2

4 Lovregulering av assistert befruktning

4.1 Innledning

Lovregulering av assistert befruktning er samlet i bioteknologilovens kapittel 2. For å kunne få tilbud om behandling med assistert befruktning av helsevesenet, oppstiller loven en rekke generelle og spesielle vilkår. Eggdonasjon omfattes ikke av denne reguleringen, men vilkårene vil likevel omtales i det følgende for å forstå problemstillingene reguleringen reiser og de hensyn som har fått betydning for lovreguleringen av reproduktiv teknologi.

4.2 Vilkår for å få tilbud om behandling

4.2.1 Generelle vilkår

Bioteknologiloven stiller for det første krav til samlivsform som betingelse for assistert befruktning. Det følger av § 2-2 at assistert befruktning utelukkende kan utføres på en «kvinne som er gift eller som er samboer i ekteskapsliknende forhold». Ordlyden stenger dermed for at enslige og par bestående av to menn kan få tilbud om assistert befruktning. To kvinner kan derimot oppfylle samlivskravet. Av forarbeidene følger det videre at med «samboer i ekteskapsliknende forhold» siktes det til samboerskap av en viss stabilitet hvor en varighet på 3-5 år antydes. Det understrekes imidlertid at forholdets stabilitet ikke utelukkende kan vurderes på bakgrunn av varighet, og dette må anses som en veiledende norm.²⁷

Den endelige beslutningen om hvorvidt et par skal få utført behandling med sikte på assistert befruktning treffes etter § 2-6 første ledd første punktum av lege. Avgjørelsen skal bygge på «medisinske og psykososiale vurderinger» av paret, hvor «parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste» skal vektlegges i avgjørelsen, jf. § 2-6 første ledd andre og tredje punktum. Forarbeidene presiserer at legen skal foreta en konkret vurdering av hvert enkelt par og deres situasjon.²⁸ I den medisinske vurderingen vil kvinnens alder være et moment, hvor en alder på

²⁷ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 35

²⁸ Ibid., side 128-129

mellom 25-38 år angis som veiledende norm.²⁹ I tillegg til den medisinske vurderingen, tilkommer en psykososial vurdering av paret, som i all hovedsak innebærer en vurdering av om paret mentalt er i stand til å gjennomføre behandlingen og vil kunne gi barnet en trygg oppvekst.³⁰ Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig for å foreta en helhetsvurdering av paret, jf. § 2-6 andre ledd. Det foreligger imidlertid ingen retningslinjer for når og hvilke opplysninger som skal innhentes i forbindelse med vurderingen, og heller ikke hvordan disse skal vektlegges. Den skjønnsmessige helhetsvurderingen av parets egnethet er derfor i stor grad overlatt til den enkelte behandlende lege.

Utover kravet til samlivsform og legens vurdering, stiller loven i § 2-5 andre ledd et generelt krav om at begge parter må samtykke til behandling før den påbegynnes. Videre følger det at samtykke må gis skriftlig, og nytt skriftlig samtykke må innhentes for hver gjentatte behandling, jf. andre ledd andre punktum.

4.2.2 Spesielle vilkår

Bioteknologiloven §§ 2-3 og 2-4 oppstiller spesielle vilkår for henholdsvis inseminasjon og befruktning utenfor kroppen. Inseminasjon reguleres av bioteknologiloven § 2-3, mens befruktning utenfor kroppen reguleres av § 2-4. Bestemmelsene omfatter både bruk av sæd fra ektemann/samboer og donor. Dersom sæddonor benyttes, kan denne ikke være anonym, jf. §§ 2-7 og 2-8.

Inseminasjon kan for det første finne sted ved «befruktningsudyktig[het]» hos mannen, jf. § 2-3 første ledd. Ordlyden indikerer at barnløsheten må ha en medisinsk årsak. Forarbeidene klargjør at vilkåret forstås som at mannen må ha dårlig sædkvalitet eller være steril.³¹

Inseminasjon kan for det andre finne sted dersom mannen har eller er bærer av en «alvorlig arvelig sykdom» jf. § 2-3 første ledd. Det gis lite veiledning for hvor alvorlig sykdommen må være før inseminasjon kan utføres. Begrepet blir utpenslet i bioteknologiloven kapittel 2A om preimplantasjonsdiagnostikk, hvor det fastslås at det beror på en konkret vurdering som må gjøres «ut fra kriterier som redusert livslengde, herunder hvilke smerter og belastninger

²⁹ Ibid., side 41. Det anbefales at mannen er i rimelig aldersmessig avstand fra kvinnen.

³⁰ Ibid., side 129

³¹ Ibid., side 128

sykdommen fører med seg».³² I Ot.prp. nr. 37 (1993-1994) side 51 forutsettes det at inseminasjon også kan benyttes hvor kombinasjonen av kvinnen og hennes partners arveanlegg øker risiko for en slik alvorlig arvelig sykdom hos barnet.

For det tredje kan inseminasjon finne sted når to kvinner oppfyller kravene til samlivsform i § 2-2, jf. § 2-3 første ledd. Loven åpner på dette punkt for assistert befruktning uten å stille krav til medisinsk begrunnelse, jf. endringslov av 27. juni 2008 nr. 53.

Bioteknologiloven § 2-3 tillater videre at inseminasjon kan finne sted når mannen eller kvinnen er «smitteførende med en alvorlig og kronisk seksuelt overførbart infeksjon» eller kan i særskilte tilfeller finne sted dersom kvinnen er «bærer av en alvorlig arvelig kjønnsbundet sykdom», jf. andre og tredje ledd.

Som presisert reguleres befruktning utenfor kroppen av § 2-4. Bestemmelsen forutsetter for det første at befruktning utenfor kroppen kan finne sted ved «befruktningsudyktig[het]» hos en kvinne eller en mann. I likhet med § 2-3 forstås vilkåret som at det må foreligge medisinsk indikasjon for å få utført behandling. Denne kan ligge hos både kvinnen eller mannen. Alternativt kan behandlingsmetoden utføres ved «uforklarlig befruktningssudyktighet». Ordlyden tilsier at det er tale om tilfeller hvor det ikke finnes medisinske indikasjoner ved en kvinne eller en mann som skulle tilsi infertilitet eller ufruktbarhet, men hvor paret likevel ikke oppnår graviditet.

Ved endringslov av 27. juni 2008 nr. 53 ble det åpnet for at to kvinner som oppfyller samlivskravet kan få tilbud om befruktning utenfor kroppen. Behandling kan imidlertid ikke tilbys utelukkende av den årsak at paret består av to kvinner, men er betinget av mislykkede inseminasjonsforsøk eller annen medisinsk indikasjon på ufruktbarhet slik at vilkåret om befruktningssudyktighet eller uforklarlig befruktningssudyktighet er innfridd.³³

4.3 Forbudet mot eggdonasjon

³² Ot.prp. nr. 26 (2006-2007), side 68

³³ Ot.prp. nr. 33 (2007-2008), side 93

Bioteknologiloven § 2-15 første ledd forbyr å tilbakeføre et befruktet egg i «livmoren til en annen kvinne enn den kvinnen eggcellen stammer fra». Lovteksten innebærer at assistert befruktning bare kan utføres med kvinnens egne eggceller, og stenger dermed uttrykkelig for surrogati og eggdonasjon som behandlingsmetode.

Forbudet mot eggdonasjon kommer også eksplisitt til uttrykk i § 2-18 som i første ledd forbyr «[d]onasjon av egg eller deler av dette fra en kvinne til en annen». Bestemmelsen omtaler egg generelt, og må derfor tolkes dithen at donasjon av både befruktete egg og ubefruktede egg er forbudt. Videre følger det av andre ledd at «[t]ransplantasjon av organer og vev som produserer kjønnsceller fra en person til en annen med det formål å behandle infertilitet» er forbudt. Bioteknologiloven stenger imidlertid ikke for at den behandlingen som blir omtalt i §§ 2-15 og 2-18 kan søkes i utlandet.³⁴

³⁴ Bioteknologiloven gjelder kun «i riket» jf. bioteknologiloven § 1-2 fjerde ledd jf. også 7-5 andre ledd bokstav a som fastslår at privatpersoner som benytter seg av slike tilbud ikke kan straffes

5 Nærmere om begrunnelsen for forbudet mot eggdonasjon

Forbudet mot eggdonasjon i bioteknologiloven § 2-15 jf. § 2-18 er sterkt forankret i tanken på livmor og egg som en naturlig enhet hvor befruktning, svangerskap og fødsel forbindes med en helhetlig prosess som foregår inne i kvinnekroppen. Det fremgår av Ot.prp. nr. 25 (1986-1987) side 19 at «[v]ed eggdonasjon brytes denne helheten». Ved å introdusere en tredjepart i prosessen, donorkvinnen, representerer med andre ord eggdonasjon et brudd med den naturlige biologiske befruktningsprosessen. Ved ny bioteknologilov av 2003 ble lovens begrepsbruk endret fra «kunstig» til «assistert befruktning».³⁵ Selv om endringen i begrepsbruk indikerer en større sosial og kulturell aksept rundt bruken av reprodutiv teknologi, reflekteres fortsatt tankegangen omkring eggdonasjon som brudd på noe naturgitt i forarbeidene.³⁶

Eggdonasjon forankres imidlertid ikke utelukkende i den biologiske forståelsen av hvem mor er, men blir i forarbeidene videre omtalt som et «brudd på langvarige sosiale og kulturelle tradisjoner i samfunnet [...] knyttet til mor og svangerskapets helhet».³⁷ Tradisjonelt har morskap vært lett å stadfeste. Kvinnen som føder barnet er barnets juridiske, sosiale og biologiske mor.³⁸ Ved eggdonasjon forskyves imidlertid forståelsen av morskap ved at det opprinnelige morsbegrepet fragmenteres i en genetisk mor og en biologisk mor. Tidligere har alltid den kvinnen som føder barnet også vært barnets genetiske mor. Forbudet mot eggdonasjon har med dette sin begrunnelse ikke bare i den naturgitte biologien, men i forarbeidene også i tradisjonelle syn og kulturelt betingede normer omkring etablering av slektskap.

Eggdonasjon har blitt kritisert av feministiske teoretikere, hvor det særlig på 80-tallet vokste frem en motstand mot denne reprodutive teknologien. Det må understrekes at det ikke foreligger en enhetlig tilnærming til teknologien, og det er en diskurs blant de som betegnes

³⁵ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 34. Endring i begrepsbruk ble blant annet begrunnet ut fra at barn født ved hjelp av reprodutiv teknologi ikke skal betegnes som kunstig.

³⁶ Melhuus (2012), side 15

³⁷ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 61

³⁸ Se barneloven § 2 første ledd. Etablering av foreldreskap vil diskuteres videre i del 7

som feministiske teoretikere. Blant de utpreget kritiske stemmene har innvendingen mot eggdonasjon for det første vært at morskapet svekkes som sosial- og rettslig institusjon ved at «livmor-egg-enheten» fragmenteres og det oppstår tvil omkring hvem barnets egentlig mor er.³⁹ Et annet fokus har vært på at forskjellene mellom menn og kvinner på ulike arena er samfunnsskapt og må oppheves gjennom samfunnsendringer, ikke ved å gripe inn i biologien. Videre har det blitt fremhevet at eggdonasjon endrer forplantningsprosessen fundamentalt for kvinner, hvor flere feministiske kritikere har formulert reproduksjonsteknologi som en måte å kontrollere kvinnekroppen på, og frata kvinnen den hovedrollen hun fra naturens side er gitt i forplantningsprosessen.⁴⁰ Kvinnens erfaring av svangerskapet reduseres fra noe subjektivt og erfart til en objektivisering, hvor den tidligere private prosessen blir gjenstand for offentlig kontroll og påvirkning.⁴¹ En sentral innvending mot eggdonasjon har også vært at det kommersialiserer kvinnekroppen ved å skape fri flyt av egg på markedet, som åpner for at de svakeste kvinnene i samfunnet kan utnyttes. Dette medfører en svekkelse av kvinners menneskeverd og integritet.⁴²

Flere av de innvendingene feministiske kritikere har formulert, kommer også til uttrykk i bioteknologiloven som understreker svangerskapet som en enhetlig prosess. Et av de sentrale poengene i Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) er at barn har rett til å bli født av en mor som har juridisk og moralsk ansvar for å ta seg av det.⁴³ Enheten «livmor-egg» beskyttes så i lovgivningen ved å forby donasjon av egg. Dermed synes den feministiske kritikken av reproduksjonsteknologien med dette å ha fått gjennomslag i lovreguleringen. Bakgrunnen for at det i Norge er et forbud mot eggdonasjon må ses i sammenheng med den skepsisen til metoden som har vokst frem i kvinnebevegelsen.

Bioteknologiloven er en spesiallov for de fagområder den regulerer i kapittel 2 til 6, jf. § 1-2 første ledd. Loven inngår dermed i en større helserettslig sammenheng, og regulering av bioteknologi må forstås på bakgrunn av de hensyn og verdier som ligger til grunn for lovreguleringen av norske helsetjenester. I likhet med helselovgivningen generelt, bygger bioteknologiloven på et føre-var-prinsipp.⁴⁴ Med dette menes at hvor det eksisterer en rimelig

³⁹ Aasen (1998), side 225-226

⁴⁰ Stabel (1988), side 33

⁴¹ Gulli i Hellum, Syse og Aasen red. (1990), side 43-44 og 48

⁴² Aasen (1998), side 224-225

⁴³ Se side 60 flg.

⁴⁴ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 16, se eksempelvis folkehelseloven § 4 første ledd

grad av tvil om bruk av ny medisinsk teknologi kan ha negative helsemessige konsekvenser, bør tvilen «komme samfunnet og enkeltmennesket til gode».⁴⁵ Donasjon av sæd har vært lovregulert og tillatt siden 1987, og det eksisterer et stort tilfang av medisinsk forskning på området. Tilsvarende forskning og erfaring har vi ikke med eggdonasjon i Norge, hvor det utover medisinske risikomomenter, foreligger lite forskningsmateriale om sosiale- og psykiske virkninger for berørte enkeltindivider i prosessen.⁴⁶ Tvilen knyttet til medisinske og psykososiale virkninger av eggdonasjon kan forklare hvorfor lovgiver, i samsvar med førevar-prinsippet, har lagt seg på en restriktiv linje. Dette har videre en side til at helseretten i Norge ikke er preget av at enkeltindividet har en absolutt selvbestemmelsesrett. Selv om menneskers autonomi i den moderne helsetjenesten står som en motvekt mot den mer hierarkiske tankegangen som var rådende før, er det slik at hensynet til selvbestemmelse ikke kan medføre et ubeskåret krav på en bestemt type behandling, og enkeltindividets ønsker må avveies mot andres behov og ressurshensyn.⁴⁷ Som fremhevet i Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) side 15, står autonomi ikke som et «absolutt frihetsideal» i den norske helsetjenesten. Hvorfor det eksisterer et forbud mot eggdonasjon i bioteknologiloven kan dermed også søkes i de verdier bioteknologiloven og helseretten for øvrig bygger på.

Biologiske og kulturelle tradisjoner knyttet til svangerskap og morskap, motstand mot eggdonasjon fra kvinnebevegelsen og det verdigrunnlag helselovgivningen bygger på, må alle forstås som medvirkende faktorer for hvorfor lovgiver har utvist en restriktiv holdning og innført et forbud mot eggdonasjon i Norge.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Meld. St. 39 (2016-2017), side 17

⁴⁷ Dette omtales som pasientenes «positive» selvbestemmelsesrett i Aasen (2000), side 38

6 Likebehandling og ikke-diskriminering

6.1 Innledning

Som vi så i punkt 3.1.1, står prinsipper om likebehandling og ikke-diskriminering sterkt i norsk rett og fungerer som et slags overordnet rettsprinsipp på alle samfunnsområder. Prinsippene kommer også til uttrykk i en rekke internasjonale konvensjoner som Norge er bundet av, og har blant annet en helt sentral plass i det internasjonale menneskerettighetsvernet.⁴⁸

Hva som menes med likebehandling og ikke-diskriminering, og innholdet av vernet er imidlertid ikke alltid like klart. På et så kjønnsbetont område som reproduksjon, hvor menn og kvinner er tildelt ulike roller fra naturens side, reises det særlige problemstillinger knyttet til forståelsen av likebehandling og ikke-diskriminering. I denne delen av oppgaven vil disse grensene undersøkes nærmere. Utgangspunktet for analysen er *S.H and others v. Austria* hvor lovligheten av forbudet mot eggdonasjon ble utfordret internasjonalt. I punkt 6.2 redegjør jeg for innholdet av diskrimineringsforbudet slik det forstås i menneskerettskonvensjonen. Videre vil saklighetsnormen lagt til grunn i dommen diskuteres i punkt 6.3, før det i punkt 6.4 vil knyttes betraktninger til hvorvidt sæd- og eggdonasjon i det hele tatt er sammenlignbart.

6.2 EMK artikkel 8 og 14: retten til familieliv og forbud mot diskriminering

Av EMK artikkel 14 følger det at utøvelsen av de «rettigheter og friheter» som er fastlagt i konvensjonen skal sikres «uten diskriminering» på grunnlag av kjønn. Bestemmelsen er dermed aksessorisk av karakter, men som fastlagt av EMD, er det tilstrekkelig at man befinner seg på området for konvensjonsrettighetene for at diskrimineringsvernet aktualiseres.⁴⁹

⁴⁸ Se eksempelvis SP artikkel 2 nr. 1 og artikkel 26, ØSK artikkel 2 nr. 2, EMK artikkel 14, Barnekonvensjonen artikkel 2 nr. 1 og Kvinnekonvensjonen artikkel 2

⁴⁹ *Petrovic v. Austria (J)*, avsnitt 22

Som presisert allerede innledningsvis, stadfestet EMD i *S.H and others v. Austria* at valg om å bli foreldre og det å gjøre bruk av medisinsk assistert befruktning for å oppnå dette er et uttrykk for privat- og familieliv vernet av EMK artikkel 8.⁵⁰ Dette medfører ingen absolutt rett på fertilitetsbehandling, men stiller krav til at det rettslige rammeverket regulerer adgangen til å ta i bruk metoder for assistert befruktning «uten diskriminering», jf. artikkel 14.

I dette ligger det ikke et generelt forbud mot forskjellsbehandling i tilgangen til assistert befruktning. Forskjellsbehandling anses diskriminerende i forhold til artikkel 8, ifølge dommen, dersom denne ikke har en «objektiv og rimelig grunn», det vil si at den ikke forfølger et saklig formål eller er uforholdsmessig hensett det aktuelle formålet.⁵¹ Tilsvarende formuleringer finner vi igjen i likestillings- og diskrimineringsloven §§ 6 og 9, samt Grunnloven § 98 andre ledd.

For at forbudet mot eggdonasjon skal anses forenelig med prinsipper om likebehandling og ikke-diskriminering, kan vi av dette utlede at lovgivers begrunnelse for å opprettholde forbudet må være saklig, tilstrekkelig tungtveiende og reguleringen kan ikke gå lengre enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Som vil utdypes nedenfor, nyter staten en viss skjønnsmargin med hensyn til hvorvidt og i hvilken grad forskjeller i ellers lignende situasjoner kan rettferdiggjøre en forskjellsbehandling i lovverket.⁵²

6.3 Statens skjønnsmargin: *S.H and others v. Austria*

Statens skjønnsmargin er det spillerom EMD tillater medlemsstatene ved oppfyllelse av konvensjonsforpliktelsene. Rekkevidden av skjønnsmarginen vil variere ut fra omstendighetene, rettighetenes karakter og de interesser som gjør seg gjeldende.⁵³ Generelt på områder som fordrer vanskelige moralske og etiske avveininger hvor praksis i medlemsstatene ofte avviker på bakgrunn av ulike kulturer og tradisjoner, er skjønnsmarginen vid.⁵⁴ Praksis viser at dette særlig gjelder på helserettens område.⁵⁵

⁵⁰ *S.H and others v. Austria* (J), avsnitt 60

⁵¹ *Ibid.*, avsnitt 64

⁵² *Ibid.*, avsnitt 65

⁵³ *Abdulaziz, Cabales and Balkandali v. the United Kingdom* (J), avsnitt 78

⁵⁴ *Fretté v. France* (J), avsnitt 41

I *S.H and others v. Austria* mente et ektepar at den østerrikske lovgivningen diskriminerte mellom donasjon av sæd og donasjon av eggceller, og stevnet staten for menneskerettsdomstolen. Etter nasjonal lov i Østerrike var eggdonasjon forbudt, men sæddonasjon var lovlig gjennom inseminasjon. Ekteparet, som var avhengig av eggdonasjon for å unnfange, hevdet seg diskriminert i forhold til andre par som lovlig kunne ta i bruk metoder for assistert befruktning.

I 2010 fant domstolen at lovgivningen i Østerrike var diskriminerende etter artikkel 14. Domstolen presiserte at ønsket om å få barn og danne familie er grunnleggende. Når Østerrike først åpnet opp for et lovlig tilbud om assistert befruktning, måtte det rettslige rammeverket være utformet på en måte som veide de ulike private og offentlige interessene mot hverandre på en balansert måte.⁵⁶ Til tross for at domstolen understrekte at medlemsstatene må tilkjennes en vid skjønnsmargin ved denne avveiningen, ble forbudet ikke ansett tilstrekkelig rettferdiggjort. Risiko ved å ta i bruk metoden kunne minimeres ved å stille krav i loven.⁵⁷

Dommen ble reversert i en storkammeravgjørelse i 2011. Storkammeret konkluderte med at medlemsstatene har en betydelig grad av fleksibilitet i utforming av lover som regulerer assistert befruktning, og at den ulike reguleringen av egg- og sæddonasjon var tilstrekkelig medisinsk og etisk begrunnet.⁵⁸ Poenget var ikke å overprøve om Østerrike kunne ha avveid interessene til enkeltindividet, det fremtidige barnet og samfunnet på en mer rettferdig måte.⁵⁹ Ut fra at bruken av donerte kjønnsceller til assistert befruktning reiste særlig moralske omstridte spørsmål, som det ikke forelå en enhetlig europeisk tilnærming til, falt dette innenfor statens skjønnsmargin.⁶⁰

Menneskerettsdomstolen tar likevel særlig høyde for at reproduktiv helse og rettigheter er gjenstand for utvikling, hvor synet på hva som er akseptable grenser i tilgangen til assistert befruktning, vil kunne endre seg i tråd med samfunns- og rettsutviklingen. Storkammeret

⁵⁵ Greer (2000), side 10

⁵⁶ *S.H and others v. Austria* (J), avsnitt 74

⁵⁷ *Ibid.*, avsnitt 76-78

⁵⁸ Storkammeret tok utgangspunkt i de standarder som gjaldt på tidspunktet den østerrikske forfatningsdomstolen vurderte forbudet mot eggdonasjon i 1999, *S.H and others v. Austria* (GC), avsnitt 84

⁵⁹ *Ibid.*, avsnitt 106

⁶⁰ *Ibid.*, avsnitt 97 og avsnitt 106

formulerte uttrykkelig at medlemsstatene systematisk må evaluere lovgivningen på dette området ut fra de til enhver tid vitenskapelige og rettslige fremskrittene.⁶¹

I dag er det en klar tendens til at medlemsstatene tillater eggdonasjon på nærmere bestemte vilkår. I avgjørelsen fra 2011 legger storkammeret til grunn at eggdonasjon forbys i åtte land: Østerrike, Italia, Litauen, Tyrkia, Kroatia, Tyskland, Sveits og Norge.⁶² Siden dommen ble avsagt har eggdonasjon blitt lovlig i Østerrike, Italia og Kroatia.⁶³ Det er likevel store variasjoner blant medlemsstatene hvordan eggdonasjon reguleres.

Det må være rom for at Norge har en strengere regulering av assistert befruktning enn andre land, og myndighetene har i utgangspunktet et stort spillerom med tanke på reguleringen av egg- og sæddonasjon. Menneskerettsdomstolen anerkjenner i *S.H and others v. Austria* at medlemsstatene har en rett til å organisere helsetjenester i henhold til nasjonal politikk, og sette grenser for adgangen til fertilitetsbehandling ut fra nasjonale verdivalg.⁶⁴ Når dette er sagt, må grensene fortsatt være saklig og forholdsmessig begrunnet, og sakligheten må vurderes konkret i lys av dagens forhold.

Hvorvidt et totalt forbud mot eggdonasjon er forenelig med prinsippene som skisseres i menneskerettskonvensjonen, kan derfor neppe anses avklart. Domstolens behandling i 2010 og 2011 viser at kravet til ikke-diskriminering står sentralt, og at bioteknologilovens grensesetting må vurderes konkret, hvor det særlig tas i betraktning medisinskfaglige og rettslige utviklinger. I den forlengelse må det vurderes om argumentene for å forskjellsbehandle egg- og sæddonasjon er relevante og tilstrekkelige.

6.4 Analoge situasjoner: kan egg og sæd sammenlignes?

For at det i det hele tatt skal være tale om diskriminering forutsettes det at det foreligger sammenlignbare tilfeller. Med dette menes personer eller grupper som befinner seg i ellers lignende situasjoner.⁶⁵ Kan eggdonasjon og sæddonasjon i så måte overhode sammenlignes?

⁶¹ Ibid., avsnitt 118

⁶² Ibid., avsnitt 38-40

⁶³ Bioteknologirådet (2015), side 8

⁶⁴ Se også Herrmann i Toebe, Hartlev, Hendriks og Herrmann red. (2012), side 169

⁶⁵ *Fredin v. Sweden* No. 1 (J), avsnitt 60

I S.H and others v. Austria legger domstolen klart til grunn at ulik regulering av egg- og sæddonasjon betraktes som forskjellsbehandling som krever saklige grunner. Domstolen bygger på at infertile par som trenger eggdonasjon befinner seg i samme posisjon som par som er avhengig av sæddonasjon, ettersom begge kjønn rammes av infertilitet.⁶⁶

Når likestillingsperspektivet blir trukket frem i den norske debatten om eggdonasjon, er det riktignok ofte uklart hva eller hvem det er som er gjenstand for sammenligning, og betraktningene knytter seg fra alt til et cellenivå til likebehandling av menn og kvinner. Jeg vil knytte noen bemerkninger til dette her, før argumentene vil drøftes ytterligere i de videre delene av oppgaven.

For det første har det blitt hevdet at som rent biologisk materiale er egg og sæd like viktige i reproduksjonsprosessen, og derav må likestilles i lovverket.⁶⁷ Departementet synes likevel å ha forkastet en ren sammenligning på kjønnsellenivå i forarbeidene til bioteknologiloven.⁶⁸

Tidvis står også sammenligning av de medisinske prosedyrene for egg- og sæddonasjon i fokus, hvor det har blitt påpekt at sæddonasjon i motsetning til eggdonasjon kan gjennomføres uten helsemessige ulemper for donor, slik at metodene ikke er sammenlignbare.⁶⁹

Ofte betraktes egg- og sædceller i debatten som et uttrykk for kvinner og menn. I denne konteksten knytter likebehandlingsperspektivet seg til at befruktningsudyktige menn og kvinner bør ha lik tilgang til helsetjenester. Eggdonasjon og sæddonasjon som behandling av infertilitet i helsevesenet vil jeg drøfte i del 9.

Ut fra at kvinner og menn har ulike roller i forplantningsprosessen, hviler det på samme tid en oppfatning om at det eksisterer naturgitte forskjeller mellom kvinner og menn, og den tilknytningen de har til foster/barn. Derfor gir det ikke mening å snakke om likebehandling når egg og sædceller diskuteres i bioteknologiloven. I forarbeidene til loven bygger departementet nettopp på en slik oppfatning. Bioteknologilovens implikasjoner for kvinner og

⁶⁶ S.H and others v. Austria (J), avsnitt 63

⁶⁷ Kristensen mfl. i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 226-277

⁶⁸ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 61

⁶⁹ Innst. 273 S (2017-2018), side 7

menn som foreldre vil jeg behandle i del 7, før jeg i del 8 vil drøfte eggdonasjon og sæddonasjon ut fra hensynet til det fremtidige barnets rettigheter og interesser.

7 Forholdet mellom foreldre, barn og reproduksjon

7.1 Innledning

Fokus i denne delen av oppgaven er på reproduksjonsteknologiens betydning for foreldreskapet, hvor vi skal se på hvorvidt den rettslige reguleringen av egg- og sæddonasjon harmonerer med reguleringen av- og oppfatninger om foreldreskapet og med kravet til likestilling. Den rettslige konstruksjonen av foreldreskap omfatter dels fastsettelse av hvem som skal anses å være et barns forelder, som vi skal se på i punkt 7.2, og dels rettsvirkningen knyttet til foreldreskap som tema for punkt 7.3.

7.2 Etablering av foreldreskap

Bioteknologilovens forarbeider viser til at eggdonasjon skaper tvil om det biologiske morskap, siden det resulterer i et prinsipielt skille mellom genetisk donormor og biologisk livmor/mor.⁷⁰ Departementet synes her å ta utgangspunkt i at det er ønskelig å opprettholde et juridisk system for etablering av familierelasjoner som ikke i vesentlig grad avviker fra rene biologiske betingelser.

Reglene for etablering av juridisk foreldreskap i barneloven bygger på den forutsetning at rettslig foreldreskap i størst mulig grad skal samsvare med biologisk foreldreskap. Morskapet i barneloven § 2 baseres utelukkende på biologi: «[s]om mor til barnet skal reknast den kvinna som har fødd barnet».⁷¹ For farskapets vedkommende antas det også at pater-est regelen i § 3 i de fleste tilfeller vil samsvare med biologiske forhold.⁷² Forbudet mot eggdonasjon harmoniserer derfor tilsynelatende med biologisk foreldreskap som modell for det rettslige foreldreskapet.

⁷⁰ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 61

⁷¹ Prop. 105 L (2012-2013), side 36

⁷² Ibid., side 16

Analyserer vi lovverket, ser vi imidlertid at biologiske tilknytninger mellom mor-far og barn ikke lenger er den eneste sosiale og juridiske legitime rammen rundt familieetablering. I denne sammenheng kan det vises til at adopsjonsinstituttet og medmorskapet i barneloven § 4 a, utelukkende er basert på sosiale hensyn. Presumsjonsregelen i § 3 som fastsetter farskapet, medfører at det heller ikke nødvendigvis er samsvar mellom juridisk og biologisk far, da kvinnens ektemann på fødselstidspunktet anses som barnets far uavhengig av hans relasjon til barnet. Ved assistert befruktning med donorsæd, plasserer bioteknologiloven og barneloven bevisst det rettslige foreldreskapet på en annen mann/medmor enn den biologiske faren, jf. barneloven § 9 femte ledd og § 4 a andre ledd.

Dette viser at rettssystemet, som et resultat av endringer i familiemønstre, samlivsformer og reprodutiv teknologi, allerede har beveget seg vekk fra et strengt biologisk rettsprinsipp for fastsettelse av foreldre. Den vekten som i forarbeidene tillegges ivaretagelse av biologiske relasjoner som skranke for eggdonasjon må, hensett de faktiske endringene i barne- og familieretten, derfor anses svekket.

Videre ser vi at biologiens betydning ikke er gitt et entydig innhold på tvers av lovene. Biologiens betydning for morskapet påpekes som betydningsfullt, men nedtones for farskapet i møte med reproduksjonsteknologien. Konsekvensen er at menn ikke får samme mulighet til å få biologiske «egne» barn når det er kvinnen som er befruktningsudyktig. På bakgrunn av dette, kan det hevdes at å åpne opp for eggdonasjon, vil kunne føre til mer likeverdige relasjoner mellom kvinner, menn og barn. Bioteknologirådet synes å bygge på slike likhetsbetraktninger, når flertallet i 2015 argumenterer for en lik tilgang til egg- og sæddonasjon i lovverket.⁷³ Til dette kommer også at biologiens betydning generelt har blitt styrket for det juridiske farskapet ved senere reformer, uten at det har blitt stilt spørsmål ved bruk av sædgiver ved assistert befruktning.⁷⁴

Departementet i sin vurdering av eggdonasjon i forarbeidene til bioteknologiloven argumenterer imidlertid mot en slik likebehandlingstankegang, ut fra den oppfatning at «det [er] stor forskjell på mannens og kvinnens rolle og funksjon i forbindelse med et

⁷³ Bioteknologirådet (2015), side 13

⁷⁴ Biologisk tilknytning er eksempelvis blitt avgjørende for endring av farskap i etter barneloven § 6, samtidig som barn skal kunne få kunnskap om hvem som er biologisk far etter bioteknologiloven § 2-7

svangerskap». ⁷⁵ Det vil ifølge departementet derfor reise «langt vanskeligere etiske problemer dersom det skal skilles mellom genetisk og biologisk/sosial mor enn mellom genetisk og sosial far». ⁷⁶ Her ser vi at biologiske forskjeller mellom kjønnene kommer inn med full tyngde i vurderingen av egg- og sædceller i lovverket.

Hvem som er far til barnet har, i rettslig og biologisk forstand, vært preget av at farskapet alltid har vært usikkert. Lovgivningen angir tre ulike måter å etablere juridisk farskap på; gjennom ekteskap, erkjennelse eller dom, som ikke nødvendigvis samsvarer med hvem som er sosial eller biologisk far, jf. barneloven §§ 3, 4 og 9. Introduksjon av en «donorfar» i lovverket representerer dermed ikke et brudd på allerede etablerte rettsprinsipper for farskap, som historisk sett forutsetter et skille mellom genetisk/biologisk og juridisk far. ⁷⁷

Morskapet har på den annen side vært regnet som så åpenbart at lovgiver lenge ikke anså det som nødvendig å særskilt lovregulere det. ⁷⁸ Kvinnen som føder barnet blir regnet som barnets juridiske mor. ⁷⁹ Med andre ord har man tradisjonelt alltid visst at kvinnen som føder et barn også er dets genetiske mor. En tredeling av morsbegrepet kan derfor vanskelig forenes med rettsprinsippet *mater semper certa est* «hvem som er mor er alltid sikkert».

Den «naturlige» forskjellen på morskap som ubestridelig, og farskap som iboende usikkert har fått utslag i ulike regler for etablering av henholdsvis juridisk mor og far, og kan, ut fra det ovenstående, tale for at en ulik regulering av egg- og sæddonasjon i bioteknologiloven er berettiget. I teorien har forbudet mot eggdonasjon blitt fremhevet som en måte å hindre at den prinsipielle usikkerhet som har preget farskapet skal overføres til morskapet. ⁸⁰

Likevel kan det hevdes at morskapet, i likhet med farskapet, allerede har blitt en mer usikker kategori. Som følge av endringer i ekteskapsloven og tilbud om assistert befruktning til lesbiske, ble eksempelvis foreldre kategorien «medmor» etablert, hvor en kvinne i et likekjønnet parforhold blir regnet som rettslig forelder til det barn som partneren føder, jf. barneloven § 4 a første ledd. Videre medfører adopsjonsinstituttet at juridisk mor kan avvike

⁷⁵ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 61

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Rettsprinsippet «far er alltid usikkert - *pater semper incertus est*» har vært etablert helt fra romertiden

⁷⁸ Backer (2008), side 47

⁷⁹ Se barneloven § 2 første ledd

⁸⁰ Aasen (1998), side 227

fra biologisk mor, jf adopsjonsloven kapittel 5. Kartlegging av DNA gjør det i dag på samme tid mulig med 99,9 % sikkerhet å fastslå farskapet.⁸¹ Departementet synes, ved vurderingen av eggdonasjon i forarbeidene, ikke å ha tatt full høyde for denne (retts)utvikling.

Det er med dette dermed ikke sagt at de biologiske forskjellene mellom kjønnene som departementet argumenterer ut fra er uten relevans. Rettes fokus på egg- og sædceller og den biologiske prosessen de inngår i, er det ikke tvilsomt at den biologiske forplantningsprosessen rent faktisk er ulik for menn og kvinner. Mannens bidrag er betraktelig begrenset sammenlignet med kvinnen som bærer fram barnet. Sæddonasjon fremstår derfor som et mindre inngrep i naturen, og kan, ut fra dette perspektivet tilsi at det ikke er usaklig å forskjellsbehandle tilgang til egg- og sæddonasjon i lovverket.

Vi kan se det slik at den ulike reguleringen av egg- og sædceller i bioteknologiloven, i realiteten bygger opp under de tradisjonelle måtene å definere familier på bestående av kvinne, mann og barn. Hensynet til familieetablering som ikke avviker fra den naturlige forplantningsprosessen, er etter min mening en noe utdatert tilnærming til spørsmålet, hensett at utradisjonelle familiekonstellasjoner er blitt mer vanlig og akseptert både sosialt, men også i lovverket som gyldige rettslige måter å etablere familier på. Det kan også ha uheldige virkninger ved at det kan skape et skille mellom «naturlige» og «unaturlige» familierelasjoner, som harmonerer dårlig med at det i barne- og familieretten har vært et uttalt mål å likestille ulike familietyper.⁸²

Den vekten forarbeidene tillegger forskjellene mellom kvinnens og mannens rolle i forplantningsprosessen kan følgelig, på bakgrunn av endrede mønstre for familieetablering på tvers av biologiske relasjoner, ikke anses å ha samme gyldighet og relevans i dag.

Til dette tilkommer at kvinnens posisjon som barnets mor er, uavhengig av hvor eggene kommer fra, hevet over enhver tvil med tilføyselsen av § 2 i barneloven. Ut fra lovens ordlyd er det uten betydning for morskapet om eggene kommer fra en annen kvinne; mor vil i alle tilfeller være «den kvinna som har fødd barnet». Det følger av forarbeidene at bestemmelsen ble innført som en direkte konsekvens av den tekniske muligheten til å forflytte egg fra en

⁸¹ Haugli (2004), side 347

⁸² Ot.prp. nr. 33 (2007-2008), side 61

kvinne til en annen.⁸³ Tvilen eggdonasjon skaper omkring hvem som er barnets mor, må, i rettslig forstand, langt på vei allerede anses løst av lovgiver i barneloven.⁸⁴ Dette viser at morskapet som rettslig institusjon, kan beskyttes og sikres på andre måter enn ved et totalt forbud mot eggdonasjon. Her kan man trekke parallellen til sæddonasjon. Sæddonor vil verken ha rettslige krav på eller forpliktelser overfor barnet, jf. barneloven § 9 femte ledd.

7.3 Foreldreansvar og foreldreroller

Barneloven kapittel 5 og kapittel 8 har regler om foreldres ansvars- og fostringsplikt overfor barn. Innholdet av foreldreansvaret er todelt. For det første innebærer det en plikt til å ha omsorg for barnet og forsørge det, og for det andre innebærer det en rett til å bestemme for det i personlige forhold, jf. barneloven §§ 30 første og andre ledd.⁸⁵ Forplantning utløser med andre ord en påfølgende plikt til å utvise ansvar.

Bioteknologiloven, for mannens vedkommende, åpner likevel for en oppsplitting av sammenhengen mellom forplantning og foreldreansvar. En mann kan donere sæd til befruktning i medhold av loven, uten at han får retter eller plikter overfor det eventuelle barnet han er biologisk opphav til.⁸⁶ For morskapet, bygger bioteknologiloven derimot på en oppfatning om at kvinner skal ha ansvar for de barn de er opphav til.

Ser vi på forarbeidene til bioteknologiloven henger dette sammen med at kvinner og menn har ulik tilknytning til foster/barn i forplantingsprosessen. Eggcellen oppfattes å «høre hjemme» i kvinnekroppen, og prosessen for å unnfange barn knyttes til biologiske prosesser som foregår inne i den enkelte kvinnes kropp.⁸⁷ Fosteret utvikles i kvinnen som gjennom svangerskapet får en nær emosjonell og fysisk tilknytning til fosteret/barnet. I denne perioden utgjør mor og foster et enhetlig fellesskap, som, ifølge departementet, vil bli utfordret av eggdonasjon.⁸⁸ Uavhengig av om befruktning skjer naturlig eller ved hjelp av teknologi, vil sædcellen være noe som komme utenifra.

⁸³ Ot.prp. nr. 56 (1996-1997), side 82

⁸⁴ De fleste land har som rettslig utgangspunkt at kvinnen som føder er barnets mor. Sverige, som tillater eggdonasjon, har deriblant en regel om at kvinnen som føder blir juridisk mor til barnet uansett hvor eggene kommer fra i Föräldrabalk (1949:381) 1 kap. 7 §

⁸⁵ Se mer om innholdet av foreldreansvaret i Smith og Lødrup (2006), side 102 flg.

⁸⁶ Barneloven § 9 femte ledd

⁸⁷ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 61

⁸⁸ Ibid.

Det kan derfor oppleves som mer problematisk å oppsplitte sammenhengen mellom forplantning og foreldreansvar for kvinner som allerede fra befruktning får tilknytning til- og ansvar for fosteret i magen, sammenlignet med mannen som har en mer perifer rolle i forplantningsprosessen. Den symbolske koblingen mellom eggcellen og morskapet, forstås som sterkere enn koblingen mellom sædcellen og farskapet.⁸⁹ Dette kan, ut fra de ovenstående betraktninger, tilsa at det er berettiget å verne om koblingen mellom eggcellen og morskapet gjennom et totalforbud mot eggdonasjon.

Eggdonasjon må imidlertid ikke forveksles med surrogatarrangement. Surrogati gjennomføres med en intensjon om å fjerne barnet fra kvinnen som føder det.⁹⁰ Ved eggdonasjon skal den fødende kvinnen ha ansvar og «omsorgen for barnet etter fødselen, mens fosteret har utspring i en annen kvinnes eggcelle».⁹¹ Det er med andre ord eggcellen som «gis i gave», ikke barnet. Kvinnen som ønsker eggdonasjon får dermed tilknytning til foster/barnet som utvikles i hennes mage gjennom et 9 måneders langt svangerskap, og et påfølgende foreldreansvar for barnet når hun føder det.

Dette viser for det første at ved eggdonasjon, i motsetning til surrogati, består det spesielle båndet mellom mor og foster/barn gjennom svangerskap og fødsel, som siden vedtakelsen av første lov om kunstig befruktning, har blitt fremhevet som betydningsfullt.⁹² For det andre kan det hevdes at eggdonasjon ikke forringer sammenhengen mellom tilknytning til- og ansvar for barn i like stor grad som sæddonasjon. Ved eggdonasjon vil kvinnen som skal ha ansvar for barnet, også ha en biologisk tilknytning til barnet. Motsetningsvis vil det ved sæddonasjon ikke eksistere noen biologiske eller genetiske bånd mellom barnet og far/medmor som skal ha ansvar for det. Ifølge Bioteknologirådet medfører dette at eggdonasjon har et etisk positivt aspekt som sæddonasjon mangler.⁹³ Argumentasjonen i forarbeidene til bioteknologiloven knyttet til sammenkoblingen mellom mor og barn som skranke for eggdonasjon fremstår derfor som noe unyansert.

⁸⁹ Kristensen mfl. i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 227

⁹⁰ Stuvøy i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 196

⁹¹ Syse (2012), side 983

⁹² Ot.prp. nr. 25 (1986-1987), side 19

⁹³ Bioteknologirådet (2015), side 6; Bioteknologinemden (2011), side 10-11

Videre er det grunn til å stille spørsmål om hvor stor betydning biologiske forskjeller på kvinner og menns tilknytning til foster/barn i forplantningen skal ha å si for tilgangen til egg- og sæddonasjon i lovverket i dag. Lovgivers syn på sammenhengen mellom morskap og ansvar, gjenspeiler mer tradisjonelle rollemønstre med mor som den primære omsorgsgiver for barn, og far som ansvarlig for familiens økonomi. I dag er det vanligere at en familie består av to yrkesaktive foreldre, og at fedre tar en større aktiv del i omsorg og oppdragelse av barn.⁹⁴

Lovverket har, parallelt med dette, generelt styrket farens rett til å ta del i felles foreldreansvar og vektlagt et felles innbyrdes ansvar og omsorg. Et overordnet mål med barnelovreformen i 1981 var å likestille mor og far så langt som mulig «i forhold til det å bli foreldre, og med hensyn til regelverk om foreldreansvar».⁹⁵ Dette viser seg tydelig i barnelovens regler om foreldreansvar som i §§34 og 35 legger opp til at foreldre skal ha felles foreldreansvar når de bor sammen, og innføring av farspermisjonsordninger for å tilrettelegge for at far aktivt skal delta i stell og omsorg av barn i de tidligste årene. Selv om mor under svangerskapet har en særegen tilknytning til barnet, blir barnet foreldrenes *felles ansvar* idet barnet blir født.⁹⁶

Til dette kommer også at det i dag er vanlig at familieetablering og graviditet oppfattes som et felles prosjekt, hvor det hviler forventninger om at vordende fedre skal være delaktig og utvise omsorg også under svangerskapet.⁹⁷

Den ulike rettslige reguleringen av egg- og sædceller i bioteknologiloven bidrar derfor, etter min mening, til å opprettholde ulike syn og bygge opp under tradisjonelle oppfatninger på kvinner og menn sine roller i familien, noe som harmonerer dårlig med at dette er et område hvor det er tilstrebet likestilling de siste tiårene. Eggdonasjon kan, ut fra dette, bidra til å fjerne forestillingen om barn som er mer «hennes» enn hans, og i større grad betone far og mors likeverdighet med hensyn til plikter og rettigheter overfor barn. De hensyn som begrunner forbudet mot eggdonasjon må i lys av den endrede farsrollen følgelig anses svekket.

⁹⁴ Backer (2008), side 10

⁹⁵ Ot.prp. nr. 56 (1996-1997), side 10

⁹⁶ At menn har ansvar for barn tydeliggjøres også i § 5 som pålegger det offentlige å fastsette farskap når det ikke er fastlagt i medhold av §§ 3 og 4

⁹⁷ Se interessante syn på nye farskapsidealer og vordende fedre i Ravn sitt bidrag i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 105-119

I forlengelsen av dette kan forplantningen, og reguleringen av reproduktiv teknologi, vanskelig bedømmes ut fra biologi alene. Som presisert av Aasen styres forplantningen ikke bare av biologiske faktorer, «men også av psykologiske og sosiale forventninger og av juridiske krav».⁹⁸ Forskning viser generelt at biologi og måten å bli foreldre på har liten betydning for hvordan de voksne utøver foreldrerollen og ansvaret på.⁹⁹ At departementet i forarbeidene til bioteknologiloven avviser en likebehandlingstanke på bakgrunn av biologiske betingete forskjeller, fremstår dermed ikke som godt grunnlagt. Her kan det også vises til at likestillingshensyn har stått sentralt i vurderingen av om andre grupper av ufrivillige barnløse skal vurderes til assistert befruktning. Et tilbud om assistert befruktning til lesbiske par, ble begrunnet ut fra at dette vil «føre til likebehandling, og dermed likestilling, mellom heterofile og homofile par som lever i stabile parforhold».¹⁰⁰

⁹⁸ Aasen (1998), side 222

⁹⁹ Hanssen (2016), side 116, se også NOU 2009: 5, side 32

¹⁰⁰ Ot.prp. nr. 33 (2007-2008), side 61

8 Barnets rettigheter og interesser

8.1 Innledning

Hensynet til «barnets beste» som et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn er nedfelt i barnekonvensjonen artikkel 3, og finner også sitt uttrykk i bioteknologiloven § 2-6 første ledd tredje punktum. Av forarbeidene fremgår det at når staten bidrar til å unnfange barn, har myndighetene et ansvar for at dette skjer på en måte som sikrer barnets rettigheter og interesser.¹⁰¹ Det er ikke tvilsomt at hensynet til det potensielle barnet må trekkes inn i den etiske vurderingen av hvor langt staten skal gå for å oppfylle voksnes barneønske, som er tema for det følgende.

Det nærmere innholdet av «barnets beste» er imidlertid uklart, og må vurderes konkret.¹⁰² Med hensyn til barnets beste ved assistert befruktning, forholder jeg meg til lovgivers uttalelser i forarbeidene til bioteknologiloven.¹⁰³

8.2 Hva er til barnets beste?

8.2.1 Biologisk og genetisk tilknytning til foreldrene

Lovgivers forståelse av barnets beste når de i forarbeidene diskuterer eggdonasjon tar utgangspunkt i at det er viktig for barnets utvikling av identitet å ivareta genetisk tilknytning til mor. I Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) side 60 presiseres det at fragmentering av det fysiske morskapet vil skape «uklarhet når det gjelder barnets biologiske opphav».¹⁰⁴

En slik argumentasjon er tilsynelatende i overensstemmelse med barnekonvensjonen artikkel 7 nr. 1 som pålegger statene å beskytte tilknytningen mellom barn og foreldre. Av bestemmelsen fremgår det at barn så langt som mulig skal ha rett til å kjenne sine foreldre og

¹⁰¹ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 40

¹⁰² Haugli (2002), side 314

¹⁰³ Det er skrevet mye om «barnets beste» i litteraturen, men det er ikke plass til å behandle dette inngående

¹⁰⁴ Departementet gjengir og støtter seg til komitéens merknader i Innst. S nr. 238 (2002-2002)

få omsorg fra dem, og knesetter dermed konvensjonens utgangspunkt: at barn vanligvis har det best hos sine foreldre.¹⁰⁵

Konvensjonen definerer imidlertid ikke foreldrebegrepet. Selv om det er klart at tilknytningsbånd mellom barn og foreldre skal beskyttes, begrenses ikke dette til genetiske bånd. Tvert i mot gir konvensjonen samlet sett uttrykk for at det sentrale er å sikre barn omsorg, beskyttelse og stabile familierelasjoner, hvor det ikke differensieres mellom sosiale, genetiske eller biologiske foreldre.¹⁰⁶

Som fremhevet i del 7, har sosiale bånd i rettssystemet fått større betydning for organisering av familier i den senere tid. Det er heller ikke noe nytt at barn åpent gis ikke-genetiske foreldre gjennom assistert befruktning med sæddonor.

Når barnets beste verken i internasjonale eller i nasjonale rettskilder forstås som at barn må sikres genetisk slektskap til foreldrene, kan det stilles spørsmål ved at lovgiver tillegger barns genetiske tilknytning til mor så stor vekt som skranke for eggdonasjon. Dersom barnets beste skulle tolkes så strengt, ville heller ikke sæddonasjon kunne tilbys som en del av det offentlige helsetilbudet.

Et poeng er likevel at det er rasjonelt å ta hensyn til at det gjennom helsevesenet ikke skal skapes barn uten noen form for genetisk tilknytning til verken far eller mor. Dette reiser flere- og andre etiske og juridiske spørsmål.¹⁰⁷ I debatten om eggdonasjon fremheves det ofte at legalisering av eggdonasjon vil kunne tilrettelegge for en kombinasjon av egg- og sæddonasjon.¹⁰⁸

Det er imidlertid mulig å regulere eggdonasjon slik at det ikke ses helt bort fra genetisk tilknytning som ramme for assistert befruktning. I Danmark og Sverige stilles det som

¹⁰⁵ Høstmælingen, Kjørholt og Sandberg red. (2012), side 160

¹⁰⁶ Søvig i NOU 2009: 5, side 154-155. I EMK artikkel 8 omfatter også familiebegrepet både biologiske, juridiske og sosiale elementer, Bendiksen og Haugli (2015), side 47

¹⁰⁷ Forus (2014), side 56-57

¹⁰⁸ Eksempelvis medlemmer fra SP og KRF i Innst. 273 S (2017-2018), side 12

betingelse for eggdonasjon at egget befruktes med sæd fra den fødende kvinnens ektemann eller partner.¹⁰⁹ Det er på slike vilkår Bioteknologirådets flertall vil tillate eggdonasjon.¹¹⁰

8.2.2 Omsorg og trygge omgivelser

Bioteknologiloven § 2-6 bygger på at hensynet til «barnets beste» ivaretas gjennom den medisinske og psykososiale vurdering av par som ønsker assistert befruktning. Forarbeidene tar her utgangspunkt i at barnets beste knytter seg til å gi barn to foreldre som er egnet til å gi barnet trygge oppvekstsvilkår og god omsorg; ikke til å gi barnet to genetiske foreldre.¹¹¹ Dette harmonerer dårlig med lovgivers forståelse av barnets beste i relasjon til eggdonasjon.

En grunn til at det kan oppleves som viktigere å ivareta barnets identitetstilknytning til mor, kan tenkes å henge sammen med at barn gjennom svangerskapet får en annen tilknytning til mor enn far. Ved sæddonasjon vil barnet fortsatt bare fysisk stamme fra en mann (sæddonor), mens ved eggdonasjon vil barnet forholde seg til at det stammer fra to kvinner (biologisk fra kvinnen som føder, og genetisk fra kvinnen som donerer egget).

Likevel viser studier som er gjennomført av barn unnfanget med eggdonasjon, at mangelen på genetiske bånd til mor ikke virker negativt på barnets psykososiale utvikling eller på forholdet mellom mor og barn.¹¹² Generelt har det blitt funnet større psykologisk velvære i familier som benytter seg av eggdonasjon sammenlignet med sæddonasjon.¹¹³ Forekomsten av medisinske avvik hos barn er heller ikke større enn ved andre former for assistert befruktning.¹¹⁴

Barns trygghet baserer seg videre ikke på at egg og livmor stammer fra samme kvinne, men baserer seg på andre størrelser som omsorg og kjærlighet.¹¹⁵ Par som får donert egg til befruktning, vil ha samme utgangspunkt for å gi barnet gode oppvekstsvilkår og omsorg, som andre par som søker assistert befruktning. For alle tilfeller må legen foreta en vurdering om søkerne er uegnede som foreldre, og gi informasjon til søkerne om medisinske og rettslige virkninger av donorbehandlingen jf. §§ 2-5 og 2-6. Barnets situasjon blir juridisk og sosialt

¹⁰⁹ LBK nr. 93 af 19/01/2015 § 5, Lag 2006:351 7 kap. 3 a §

¹¹⁰ Bioteknologirådet 2015, side 14

¹¹¹ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 40

¹¹² Bioteknologirådet (2015), side 4-5

¹¹³ Bioteknologinemden (2011), side 8

¹¹⁴ Ibid., side 7

¹¹⁵ Se blant annet sosialantropologen Spilker sin doktoravhandling fra 2008

den samme ved både eggdonasjon og sæddonasjon: det vil vokse opp med en mor og en far.¹¹⁶ At barnet ved eggdonasjon prinsipielt stammer fra to kvinner, utgjør derfor vanskelig en forskjell som kan være utslagsgivende i et «barnets beste»-perspektiv.

Det som derimot har blitt ansett vesentlig for barnets utvikling av identitet, er kunnskap om dets genetiske opphav, jf. barnekonvensjonen artikkel 7 nr. 1. Dette er bakgrunnen for at norske sæddonorere ikke lenger kan være anonyme. De som er født ved sæddonasjon har etter fylte 18 år rett til informasjon om donor, jf. §§ 2-7 og 2-8.

På samme måte vil barn unnfanget med eggdonasjon kunne få vite om sitt opphav, ved at eggdonor gjøres «identifiserbar». Denne muligheten har blitt anført som et argument for å tillate eggdonasjon i Norge, all den tid norske barn som er født ved eggdonasjon i utlandet ikke alltid vil kunne få informasjon om donors identitet. Mange land tillater assistert befruktning med anonym eggdonor, til tross for at de har undertegnet barnekonvensjonen.¹¹⁷ Flertallet i Bioteknologirådet la blant annet vekt på at et tilbud om eggdonasjon i Norge de facto vil «likestille barn unnfanget ved donasjon av egg og sæd når det gjelder muligheten til kunnskap om sitt genetiske opphav».¹¹⁸ Vekten av slike argument vil jeg komme tilbake til.¹¹⁹

Det er klart at foreldrenes interesse i å få et barn må tilsidesettes hvis det er fare for at det fremtidige barnet får et dårligere utgangspunkt enn andre barn.¹²⁰ Likevel, ut fra gjennomgangen i del 8, er det ikke vist at eggdonasjon forringer barnets selvstendige rettigheter og interesser på en annen måte enn ved sæddonasjon. Etter min mening grunngir lovgiver ikke på en god måte hvorfor det er viktigere for barnet å ivareta dets genetiske forbindelse til mor enn til far. Så lenge barnet får mulighet til å få kunnskap om sitt opphav, fremstår ikke hensynet til «barnets beste» som en saklig grunn til å gjøre så streng forskjell på eggdonasjon og sæddonasjon i loven.

¹¹⁶ Bioteknologiloven § 2-2, se punkt 7.2

¹¹⁷ Vi vet blant annet at flere norske kvinner reiser til Danmark for å få behandling med eggdonasjon hvor eggdonor kan være anonym, Helsedirektoratet (2011), side 59

¹¹⁸ Bioteknologirådet (2015), side 13

¹¹⁹ Se punkt 9.3

¹²⁰ Forus (2014), side 14

9 Reproduksjon, helse og autonomi: individets rettigheter og interesser

9.1 Innledning

I denne delen vil fokus være på den ulike reguleringen av egg- og sæddonasjon ut fra de verdier og prinsipper som ligger bak reguleringen av norske helsetjenester. I punkt 9.2 vil jeg se på hensynet til et likeverdig behandlingstilbud. Dette må ses i lys av hensynet til den enkeltes selvbestemmelse på området for helse- og omsorgstjenester som er tema for punkt 9.3, og ressurs- og prioriteringshensyn som jeg vil behandle i punkt 9.4. Endelig vil jeg knytte noen bemerkninger til «skråplanseffekter» i punkt 9.5.

9.2 Hensynet til lik tilgang på helsetjenester

Barnløshet har gått fra noe som før ble regnet som et sosialt problem, til å bli definert som et medisinsk problem som nå kan avhjelpes ved assistert befruktning i regi av helsevesenets behandlingstilbud.¹²¹ Det er et grunnleggende prinsipp i helseretten at alle skal sikres lik tilgang på- og likeverdige helsetjenester.¹²²

Infertilitet er noe som forekommer hos begge kjønn. Med dagens forbud mot eggdonasjon, utestenges par, hvor kvinnen er infertil og avhengig av donerte egg for å være i stand til å reproducere, fra et lovlig behandlingstilbud. Det norske helsevesenet tilbyr imidlertid avhjelping av mannlig infertilitet ved sæddonasjon. På bakgrunn av prinsippet om likeverdige tjenestetilbud, kan det virke urimelig at en gruppe utestenges fra fertilitetsbehandling med donor betinget av om den medisinske årsaken til infertiliteten ligger hos kvinnen eller mannen. Ønsket om å få barn for ufrivillig barnløse som søker hjelp må antas å være like stort uavhengig av hvor den medisinske årsaken til barnløsheten ligger.

¹²¹ Aasen (2000), side 139. WHO sin definisjon av helse innebærer mer enn bare fravær av sykdom se St. meld. nr. 26 (1999-2000), side 48

¹²² Se blant annet pasient-og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 3 og St.meld. nr. 26 (1999-2000), side 28

Dagens bioteknologilov gir likevel, som vi har sett, ingen par ubeskåret rett til behandling med assistert befruktning. Det aksepteres at lovgiver setter grenser for hvilke metoder som kan tas i bruk og betingelser for hvem som overhode kan bli vurdert for slik behandling ut fra samfunnshensyn og hensyn til den enkeltes interesser. Alle barrierer til helsehjelp er ikke uakseptable i betydningen urettferdige, selv om de hindrer tilgang for noen.¹²³ Synet på akseptable grensedragninger forskyves likevel stadig, og det kan stilles spørsmål om de lovfastsatte grensene i lys av samfunns- og rettsutviklingen er plassert noe vilkårlig.

Hvis vi ser på FNs kvinnekonvensjon skal staten sikre kvinner tilgang til helsevesenet, herunder hjelp til familieplanlegging, på grunnlag av likestilling mellom menn og kvinner, jf. artikkel 12 nr. 1. I artikkel 16. nr. 1 bokstav e heter det videre at for å motvirke diskriminering av kvinner i saker som gjelder ekteskap og familieforhold, skal kvinner sikres de samme rettigheter til på fritt grunnlag å treffe beslutning om antall barn, og ha tilgang til midler som setter dem i stand til å utøve disse rettighetene. Selv om kvinnekonvensjonen ikke med dette beskytter en rett til spesifikke helsetjenester, understreker konvensjonen at menn og kvinner skal ha likeverdige muligheter til å regulere fertilitet, som her omfatter både metoder for å få barn, og for å unngå å få barn.¹²⁴

Den ulike reguleringen av tilgangen til egg- og sædceller i bioteknologiloven innebærer i realiteten at menn har flere muligheter til å gjennom helsevesenet få hjelp til å overkomme infertilitet, enn det kvinner har. Om fokus flyttes fra anatomiske egenskaper til et mer rettighetsorientert perspektiv, kan en se det slik at en åpning for eggdonasjon vil gi kvinner tilgang til en type fertilitetsbehandling som lenge har blitt tilbudt menn, og dermed være mer i tråd med kvinnekonvensjonens bestemmelser om lik tilgang til helsetjenester knyttet til familieplanlegging.¹²⁵

Det er slik vi må forstå flertallet i Bioteknologirådet, når de i sin begrunnelse for å tillate eggdonasjon vektlegger at det vil medføre likebehandling av infertile kvinner og menn.¹²⁶

¹²³ Bærøe mfl. i Aasen, Bringedal, Bærøe og Magnussen red. (2018), side 72

¹²⁴ Cook og Undurraga (2012), side 317. Se også definisjonen av reproduktiv helse i General comment No. 14: (2000)

¹²⁵ I 2013 uttalte likestillings- og diskrimineringsombudet at et forbud mot eggdonasjon kan tenkes å komme i konflikt med FNs kvinnekonvensjon, se <https://www.ldo.no/nyheter-og-fag/Arkiv/Featured-news/Forbud-mot-eggdonasjon-er-lovstridig/> (lastet ned 09.05.2019)

¹²⁶ Bioteknologirådet (2015), side 13

Med dette menes ikke at kjønnene er like og at egg- og sædceller derav skal likestilles, men at likestilling har en verdi i seg selv ut fra at det vil gi ufruktbare kvinner og menn et mer likeverdig behandlingstilbud av manglende fruktbarhet.

Her legger jeg også vekt på at bioteknologiloven i dag åpner for assistert befruktning på ikke-medisinsk grunnlag. I lys av at lesbiske par etter lovendring i 2008 fikk muligheten til bli vurdert for donorbehandling med assistert befruktning utelukkende på sosialt grunnlag, finner jeg det betenkelig at medisinske hindringer i dag skal vurderes ulikt. Denne rettsutviklingen tilsier at det ikke er tilstrekkelige grunner til å totalforby eggdonasjon i dag.

Dette var blant annet en sentral begrunnelse for at Sverige åpnet opp for eggdonasjon i 2003. I Prop. 2001/02:89 side 38 ble det lagt til grunn følgende: «...det är svårt att finna skäl för att medicinska hinder skall värderas olika, om man kan anta att det barn som föds ges likvärdiga förutsättningar.»

9.3 Hensynet til den enkeltes selvbestemmelse

Selvbestemmelsesrett er en sentral medisinsketisk og rettslig norm i den moderne norske helsetjenesten. Prinsippet medfører imidlertid ingen absolutt frihet til individuell livsutfoldelse eller krav på enhver form for helsetjeneste, og må balanseres mot andres behov og tilgjengelige samfunnsressurser.¹²⁷ På bioteknologiens område, som fremhevet i Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) side 15, må normen korrigeres opp mot «hva det enkelte mennesket kan kreve utført av andre mennesker».

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at eggdonasjon krever et operativt inngrep for å hente ut egg og hormonbehandling.¹²⁸ Sæddonasjon krever ikke medisinsk inngrep, og er derfor en mindre belastende prosess sammenlignet med eggdonasjon. Dette skiller utvilsomt eggdonasjon fra sæddonasjon.¹²⁹ En kvinnelig donor vil bli utsatt for en medisinsk risiko som mannlige donorer unngår, og vil måtte gjennomgå en behandling som ikke er til nytte for

¹²⁷ Aasen (2000), side 38

¹²⁸ Meld. St. 39 (2016-2017), side 19

¹²⁹ Dette ble poengtert i flertallsinnstillingen som gjengis i Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 60 som departementet slutter seg til

henne selv.¹³⁰ Kvinner er også født med et begrenset antall egganlegg, mens mannen har en tilnærmet ubegrenset produksjon av sædceller. Dette kan tale for at det er en objektiv og rimelig grunn til å behandle egg- og sæddonasjon ulikt i bioteknologiloven.

Likevel må det stilles spørsmål hvorvidt dette berettiger et totalt forbud mot eggdonasjon. For mottakerkvinnen er risikoen ved eggdonasjon den samme som for vanlige IVF-pasienter. Selv om uthenting av egg fra donor innebærer noe ubehag, er den medisinske risikoen knyttet til egguthenting ansett som minimal med dagens metoder.¹³¹ Det er også mulig å minimere helserisikoen for donorer, og stille krav til hvem som kan være eggdonor i lovgivningen. I bioteknologiloven kreves det eksempelvis at sædgiver avgir samtykke og er over 18 år, jf. § 2-9.¹³² Videre kan slike inngrep bare finne sted ved godkjente helseinstitusjoner og tillegges de med spesialistkompetanse som er underlagt helsefaglige krav, jf. bioteknologiloven §§ 2-19 og 7-1. Nyttverdien for donorkvinnen vil bestå i et ønske om å hjelpe et annet menneske til å få et etterlengtet barn. Her kan vi dra paralleller til at vi tillater organdonasjon på altruistisk grunnlag i Norge, selv om dette også utsetter organdonor for en viss medisinsk risiko.¹³³

Når et samlet fagmiljø har gitt uttrykk for at risiko ved prosedyren for eggdonasjon er akseptabel fra et medisinskfaglig ståsted,¹³⁴ kan skilnaden mellom prosedyrene for eggdonasjon og sæddonasjon ikke rasjonelt begrunne at menn kan velge å gi bort sædceller med sikte på befruktning, mens kvinner ikke har samme valgmulighet når det gjelder sine egne kjønnsceller. Slike synspunkter synes å grunne i utdaterte holdninger om at kvinner ikke er i stand til å vurdere risiko og ta medisinske avgjørelser om egen kropp.¹³⁵ På bakgrunn av dette kan det hevdes at et totalt forbud mot eggdonasjon utgjør en begrensning i kvinners selvbestemmelsesrett, som ikke kan forsvares i lys av at menn frivillig kan donere sæd og at risiko tilknyttet eggdonasjon kan minimeres ved rettslig regulering.

¹³⁰ Meld. St. 39 (2016-2017), side 19

¹³¹ Bioteknologirådet (2015), side 3

¹³² Tilsvarende krav stilles for eggdonorer i Sverige, jf. lag 2006:351 7 kap. 2 §

¹³³ Transplantasjonsloven kapittel 2 og § 20

¹³⁴ Bioteknologirådet (2015), side 3

¹³⁵ Cook og Undurraga (2012), side 318

På samme tid har det blitt hevdet at eggdonasjon innebærer en fare for at kvinner i sårbare situasjoner utnyttes som eggdonorer, eksempelvis ved at de opplever et økonomisk press til å donere egg.¹³⁶ Selv om dette er en risiko, kan den bli minimert gjennom reguleringer og krav i lovgivningen. Her kan det vises til strenge restriksjoner på økonomisk kompensasjon til eggdonorer. EUs direktiv om celler og vev forutsetter blant annet at slik kompensasjon ikke skal settes så høyt at det i seg selv skal være en motivasjon for å donere, jf. også biomedisinkonvensjonens forbud mot å bruke menneskekroppen som opphav til økonomisk vinning.¹³⁷ Argumentasjon basert på frykt for kvinneutnyttelse berettiger dermed ikke et fullstendig forbud, hensett til at det er mulig å beskytte sårbare kvinner på andre måter gjennom rettslig regulering.

Flere nordmenn benytter seg av tilbud om assistert befruktning med eggdonasjon utenfor landegrensene.¹³⁸ At forbudet i praksis omgås, anføres av enkelte som et argument for å åpne opp for eggdonasjon som et offentlig medisinsk tilbud i Norge. Trygge behandlingsformer for de involverte kan ikke garanteres i utlandet. De med råd til å reise utenlands vil i realiteten ha mulighet til å få behandling med eggdonasjon, mens de uten ressurser ikke har samme mulighet.¹³⁹ Øyeblikkelig synes dette å harmonere dårlig med tanken om at det ikke skal skje diskriminering av helsetjenester på bakgrunn av sosioøkonomisk status.¹⁴⁰

For min del kan dette likevel ikke være tungtveiende argumenter for å legalisere eggdonasjon i Norge, all den tid det aksepteres at det gjøres nasjonale verdivalg.¹⁴¹ Det er ingen garanti for at en eventuell adgang til eggdonasjon i Norge vil redusere antall nordmenn som søker denne behandlingen andre steder. På grunn av forhold som blant annet lange behandlingstider, søker mange par utenlands uavhengig av om de kan bli vurdert til assistert befruktning i Norge.¹⁴² Dette bringer oss videre til neste punkt - prioriteringsutfordringer.

¹³⁶ Meld. St. 39 (2016-2017), side 19

¹³⁷ Rådsdirektiv 2004/23/EF artikkel 12 nr. 1 og 2 og Biomedisinkonvensjonen artikkel 21 som Norge har sluttet seg til

¹³⁸ Helsedirektoratet (2015), side 42

¹³⁹ Spilker og Lie i Ravn, Kristensen og Sørensen red. (2016), side 186

¹⁴⁰ Wester i Aasen, Bringedal, Bærøe og Magnussen red. (2018), side 31

¹⁴¹ Se punkt 6.3

¹⁴² Dette viser tall fra Helsedirektoratet sin rapport i 2011 på side 54-55

9.4 Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgssektoren

Hensynet til den enkeltes selvbestemmelse og hva som skal tilbys av helsetjenester, som skissert til nå, må avveies mot tilgjengelige ressurser og hensynet til en rettferdig fordeling av samfunnsressurser.¹⁴³ Som presisert i forarbeidene til bioteknologiloven, er en begrensning av autonomiprinsippet aktuell der den enkeltes realisering av autonomi går for samfunnets regning.¹⁴⁴

Generelt står den norske helsetjeneste overfor store prioriteringsutfordringer som setter klare rammer for hva den enkelte kan kreve av det offentlige helsevesenet.¹⁴⁵ I spørsmål om hvem som skal få tilbud om assistert befruktning i regi av det offentlige, må kostnadene ved behandlingsmetodene, som ved andre helsetjenester, vurderes opp mot sannsynligheten for ønsket resultat og alvorlighetsgrad.¹⁴⁶

Formålet med både egg- og sæddonasjon for assistert befruktning er å avhjelpe par som av ulike årsaker ikke kan få egenfødte barn. Donasjon av egg er imidlertid en mer ressurskrevende prosess enn sæddonasjon. Kostnadshensyn kan derfor tilsi at det er saklig at sæd- og eggdonasjon ikke likebehandles i lovverket. Videre har det blitt antatt at det vil være vanskelig å skaffe nok eggdonorer til å dekke etterspørselen.¹⁴⁷ Med tanke på et behandlingstilbud, kan dette medføre ytterligere prioriteringsutfordringer.

Til tross for at behandling med assistert befruktning ligger i gruppen av lavt prioriterte helsetjenester, er det bestemt at hver helseregion skal ha et offentlig tilbud om assistert befruktning.¹⁴⁸ Som uttrykt av Forus er dette et signal om at det er viktig å hjelpe ufrivillig barnløse.¹⁴⁹ Suksessraten for behandling med donorsæd, i betydning fødsler per behandlingssyklus, ligger på 19-40 %. Disse tallene er tilsvarende for eggdonasjon.¹⁵⁰

¹⁴³ Riska mfl. i Aasen, Bringedal, Bærøe og Magnussen red. (2018), side 84

¹⁴⁴ Ot.prp. nr. 64 (2002-2003), side 15. All den tid det er bestemt at sæddonasjon er en offentlig støttet helsetjeneste, vil også eggdonasjon være et spørsmål om et offentlig finansiert tilbud

¹⁴⁵ Gapet mellom ressurser og behov er økende særlig på grunn av teknologisk utvikling, se NOU 2014: 12, side 16

¹⁴⁶ Se blant annet prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a

¹⁴⁷ Meld. St. 39 (2016-2017), side 19

¹⁴⁸ Helsedirektoratet (2015), side 57

¹⁴⁹ Forus (2014), side 16

¹⁵⁰ Tallene baserer seg på statistikk fra Danmark innhentet av Helsedirektoratet i rapporten fra 2015 på side 21 og 30

Til dette kommer også at det for sæddonasjon er en utfordring å skaffe et tilstrekkelig antall donorer, uten at dette har blitt opplevd som grunn til å stenge for et slikt behandlingstilbud.¹⁵¹ Tvert i mot har behandlingsskretsen blitt utvidet til å omfatte par som trenger hjelp til å få barn utelukkende av sosiale årsaker. I lys av dette, kan det stilles spørsmål om det er rimelig at myndighetene ikke skal bruke ressurser på å avhjelpe barnløshet som har medisinske årsaker. Med tilbud om behandling er det viktig at det er tale om en rett til å bli vurdert for assistert befruktning på samme måte som andre par, og ikke en ubetinget rett på behandling.

Når dette er sagt, kan det ikke ses bort fra at det er en rekke praktiske utfordringer som det er behov for å løse før et eventuelt tilbud om assistert befruktning med donoregg kan innføres. Hvordan skal man rekruttere donorer? Er det aktuelt å importere eggdonorer fra utlandet som man har gjort med donorsæd? Vil det være rimelig at kompensasjon til eggdonorer settes høyere ettersom de utsettes for et større ubehag enn sæddonorer? Skal eggdonasjon i det hele tatt finansieres av det offentlige helsevesenet? Hvilke betingelser skal i så fall gjelde?¹⁵²

Slike spørsmål har fått mindre oppmerksomhet i evalueringsarbeidet med bioteknologiloven, all den tid debatten om eggdonasjon har konsentrert seg om hvor de etiske og moralske grensene for teknologien skal gå; heller enn ressursbruk og prioriteringer. Gjennomgangen min viser at det er grunn til å rette søkelys på, og et behov for å gjennomgå hvordan prioriteringsutfordringer på området for assistert befruktning skal møtes. Bioteknologirådet har etterspurt en helhetlig utredning (NOU), slik at organisering av det eksisterende tilbudet kan ses i lys av en eventuell samordning med nye tilbud.¹⁵³ Per slutføring av denne oppgaven har dette ikke skjedd. Frem til kostnadsperspektivet er avklart, kan det være vanskelig å utvide et behandlingstilbud med eggdonasjon.¹⁵⁴

9.5 «Skråplanseffekter»?

¹⁵¹ Bioteknologirådet (2015), side 10

¹⁵² Bioteknologirådet berører enkelte spørsmål i uttalelsen fra 2015 på side 10 flg. uten å fremme konkrete forslag. Det vil neppe være holdbart å henvise par avhengig av donoregg til private klinikker hvis det åpnes opp for eggdonasjon

¹⁵³ <http://www.bioteknologiradet.no/2013/03/hvordan-lager-man-barn/> (lastet ned 09.05.2019)

¹⁵⁴ Jeg har gjort mange søk, uten å finne informasjon om eksakte kostnader ved eggdonasjon. Slik informasjon er klart relevant når det er tale om et behandlingstilbud i regi av det offentlige, noe myndighetene må sørge for å innhente

Tidvis argumenteres det mot eggdonasjon ut fra såkalte skråplanseffekter og moralske utglidninger: *at eggdonasjon vil forskyve grensene for hvor langt teknologien bør gå i en uønsket retning.*¹⁵⁵ I debatten om eggdonasjon, har det eksempelvis blitt hevdet at legalisering av eggdonasjon vil fjerne en skranke mot surrogati, bidra til en «ytterligere teknologisering og tingliggjøring av naturlige og biologiske prosesser», og skape frykt for at reproduktiv teknologi vil brukes for å manipulere ønskede egenskaper hos barn.¹⁵⁶

Utgangspunktet for bruken av all teknologi for å påvirke forplantningsprosessen, er at bruken må skje innenfor bioteknologilovens verdigrunnlag i § 1-2. Grensene for individuelle valg, må trekkes ut fra de overordnede kollektive interessene i å bevare et samfunn basert på respekt for menneskeverdet og aksept for mangfold.¹⁵⁷ Det er derfor klart at slike verdier må stå i forgrunnen i enhver debatt om å ta i bruk nye metoder for assistert befruktning, også eggdonasjon. Alt er ikke ønskelig selv om det teknisk sett er mulig.¹⁵⁸

Denne typen «skråplansargumenter» fremstår som en retorikk som reflekterer en generell skepsis mot bruk av assistert befruktning, og ikke som gode grunner til å operere med et totalforbud mot eggdonasjon, samtidig som det tilbys et offentlig støttet behandlingstilbud med donorsæd.

For det første er det mulig å lovregulere eggdonasjon strengt for sikre at bruken av eggdonasjon skjer innenfor etiske godtagbare rammer. Her kan det vises til at Sverige fortsatt har et forbud mot behandling av par med sikte på surrogatiarrangement i helsevesenet, selv om forbudet mot eggdonasjon ble opphevet i 2003.¹⁵⁹ Danmark har blant annet vedtatt en øvre aldersgrense på 45 år for kvinner som kan motta donorbehandling, og valg av sædgivere i Norge er overlatt til den behandlende lege for å sikre at par ikke kan påvirke valg av donor ut fra ønskede egenskaper hos barn, jf. § 2-10.¹⁶⁰ Det er vanskelig å se at eggdonasjon vil bidra til sortering på annen måte enn sæddonasjon, når risikoen for misbruk kan reduseres på samme måte gjennom lovgivning.

¹⁵⁵ <http://www.bioteknologiradet.no/temaer/etisk-argumentasjon/> (lastet ned 09.05.2019)

¹⁵⁶ Se eksempelvis Meld. St. 39 (2016-2017) side 20, enkelte merknader i Innst. 273 (2017-2018) side 12, og Bioteknologirådets mindretall sin tilråding om eggdonasjon på side 14

¹⁵⁷ Ot. prp. nr. 64 (2002-2003), side 15

¹⁵⁸ Syse (2018), side 255

¹⁵⁹ Se SOU 2016: 11 side 378 flg.

¹⁶⁰ LBK nr. 93 af 19/01/2015 § 6; Ot. prp. nr. 64 (2002-2003), side 47

For det andre er den private sfæren som reproduksjonsprosessen tradisjonelt inngikk i, allerede gjenstand for offentlig regulering, hvor det tilrettelegges for at par som rent biologisk ikke klarer å reprodusere får et offentlig støttet behandlingstilbud for å overkomme biologiske hindre. Argumentasjon knyttet til at eggdonasjon vil undergrave naturlige reproduksjonsprosesser, kan ikke være like gyldige og relevante all den tid myndighetene allerede aksepterer og støtter at det lages barn utenfor den strenge naturgitte rammen for reproduksjon.

Skråplansargumenter kan dermed tas til inntekt for at det må settes klare rettslige rammer for en eventuell bruk av eggdonasjon, men er følgelig ikke saklige argumenter for å rettferdiggjøre at par kan få tilbud om donorbehandling med sæd, men ikke egg.

10 Avsluttende refleksjoner

I likhet med så mange rettsområder i dag, er bruken av assistert befruktning et område hvor teknologien ofte kommer først, og lovgivningen følger etter. Reproduksjonsteknologien utfordrer våre forestillinger om hvem, hvordan og når man kan få barn, hvor det til slutt er bioteknologiloven som setter grensene for bruken ut fra overordnede samfunnshensyn som det ønskes å verne om. I denne oppgaven argumenterer jeg for at likebehandling av menn og kvinner i helsetjenesten er et sentralt hensyn, og at saklig argumentasjon knyttet til foreldreskap, risikofaktorer, kostnader etc. må være avgjørende snarere enn ideologiske forestillinger om morskapet.

Det er ikke å komme utenom at det er biologiske forskjeller mellom egg- og sædceller, og kvinner og menn sin funksjon i forplantningsprosessen. For far er det ikke mulig å skille mellom genetikk og biologi, men teknologien setter oss i stand til å snakke om en «genetisk mor» og en «biologisk mor». Det er både mer komplisert og teknisk krevende å donere egg- enn sædceller. Fremstillingen min viser at det er relevante forskjeller mellom eggdonasjon og sæddonasjon.

På bakgrunn av rettsutvikling, endringer i samfunnet og likestillingshensyn, tar jeg til orde i oppgaven for at forskjellene som er til stede likevel ikke er store nok til å etisk forsvare at ufrivillige barnløse par kan få behandling med assistert befruktning hvis de trenger sæd, men ikke hvis de trenger egg. Uansett om man er positiv eller negativ innstilt til reproduksjonsteknologi, har teknologien allerede medvirket til at vi i dag har en helt annen faktisk og juridisk forståelse av foreldreskap og familie sammenlignet med den vi hadde for over 30 år siden. Det biologiske foreldreskap som normalitetsideal er forlatt, nye begreper for å definere foreldre er introdusert i lovgivningen, og rettsprinsippene «mor som alltid sikkert» og «far som alltid usikkert» har ikke lenger absolutt gyldighet.

Samtidig har farsrollen gjennomgått betydelig endringer, og vi har fått økt forståelse og kunnskap om genetikk, identitet og barns utvikling. Målsetting om likestilling har blitt avgjørende i barne- og familieretten, og jeg argumenterer for at det er uheldig at lovgiver ved å trekke skillet strengt mellom egg- og sæd i bioteknologiloven holder fast ved en tanke om at tilknytningen mellom mor og barn er mer betydningsfull enn mellom far og barn.

Det handler ikke om at det er en menneskerett å få barn, eller å få krav på bestemte behandlinger fra det offentlige helsevesenet, men at ufrivillige barnløse kvinner og menn bør stilles så likt som mulig i loven. Fremstillingen viser at forbudet mot eggdonasjon som ble gitt i bioteknologiloven for å beskytte kvinner, i realiteten begrenser kvinners reproduktive muligheter sammenlignet med den menn har. Dette krever gode grunner.

Det er også verdt å bemerke at reguleringen av egg- og sæddonasjon i dag ikke gjenspeiler den rådende oppfatning blant befolkningen og Bioteknologirådet. En undersøkelse fra 2017 viser at flertallet av norske kvinner og menn ønsker å tillate eggdonasjon.¹⁶¹ I både 2011 og 2015 gikk et flertall av Bioteknologirådets medlemmer inn for å åpne opp for eggdonasjon, noe som også harmonerer med utviklingen generelt i Europa. Lovregulering og erfaringer fra andre land kan gi retningslinjer for hvordan et eventuelt tilbud om eggdonasjon kan reguleres i fremtiden.

Kapasiteten i Helse-Norge er likevel ikke ubegrenset. Kostnader og behov for å prioritere i den norske helsetjenesten mener jeg er saklige argumenter for å begrense et behandlingstilbud med- og stille krav til hvem som får tilbud om assistert befruktning når det offentlige skal finansiere tjenesten. I arbeidet med avhandlingen har jeg ikke funnet informasjon som redegjør for kostnadsaspektet ved å innføre et tilbud om eggdonasjon i Norge. Myndighetene må sørge for å innhente slik informasjon, og min konklusjon baserer seg dermed i hovedsak på de likestillingshensyn oppgaven fremmer.

¹⁶¹ http://kjonnsforskning.no/nb/2019/04/mor-ser-ikkje-på-sæddonor-som-far?utm_source=Kildens+nyhetsbrev&utm_campaign=fc6692bd61-EMAIL_CAMPAIGN_2019_04_24_12_56&utm_medium=email&utm_term=0_05a03d4d14-fc6692bd61-406111253 (lastet ned 08.05.2019)

Kilde- og litteraturliste

Love:

Lov av 17. mai 1814 Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven)

Lov av 8. april 1981 nr 7 om barn og foreldre (barnelova)

Lov av 12. juni 1987 nr. 68 om kunstig befruktning (*opphevet*)

Lov av 5. august 1994 nr. 56 om medisinsk bruk av bioteknologi (*opphevet*)

Lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov av 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)

Lov av 27. juni 2008 nr. 53 om endringer i ekteskapsloven, barnelova, adopsjonsloven, bioteknologiloven mv. (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par)

Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov av 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev (transplantasjonslova)

Lov av 16. juni 2017 nr. 48 om adopsjon (adopsjonsloven)

Lov av 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)

Forskrifter:

Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Norske forarbeider og andre publikasjoner fra det offentlige:

Bioteknologinemden (2011), *Uttalelse og tilråding om eggdonasjon*, 2011. Tilgjengelig på <http://www.bion.no/filarkiv/2011/11/Bioteknologinemndas-uttalelse-om-eggdonasjon.pdf> [sist sett 09.05.2019]

Bioteknologirådet (2015), *Uttalelse og tilråding om eggdonasjon*, 2015. Tilgjengelig på <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2015/03/Uttalelse-Eggdonasjon.pdf> [sist sett 09.05.2019]

Helsedirektoratet (2011), *Evaluering av bioteknologiloven. Status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven*, 2011. IS-1897 Rapport

Helsedirektoratet (2015), *Evaluering av bioteknologiloven. Oppdatering om status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven*, 2015. IS-2360 Rapport, Tilgjengelig for nedlastning på helsedirektoratets hjemmeside [https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=Evaluering av bioteknologiloven 2015](https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=Evaluering+av+bioteknologiloven+2015) [sist sett 09.05.2019]

Innst. 273 S (2017-2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Evaluering av bioteknologiloven*. Tilgjengelig på <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-273s/?all=true> [sist sett 09.05.2019]

Innst. O. nr. 16 (2003-2004) *Innstilling til fra sosialkomiteen om lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.*, Tilgjengelig på <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2003-2004/inno-200304-016/?lvl=0> [sist sett 09.05.2019]

Meld. St. 39 (2016-2017) *Melding til Stortinget: evaluering av bioteknologiloven*. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/> [sist sett 09.05.2019]

NOU 2009: 5 *Farskap og annen morskap – fastsettelse og endringer av foreldreskap*. Tilgjengelig på https://beta.lovdato.no/pro/ - document/NOU/forarbeid/nou-2009-5/*?searchResultContext=1278&rowNumber=1&totalHits=4592 [sist sett 05.05.2019]

NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Tilgjengelig på <https://lovdato.no/pro/ - document/NOU/forarbeid/nou-2014-12> [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr. 25 (1986-1987) *Om lov om kunstig befruktning*. Tilgjengelig på https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-25-198687/KAPITTEL_1 [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr. 26 (2006-2007) *Om lov om endringer i bioteknologiloven (preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på overtallige befruktede egg*. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-26-200607> [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr. 33 (2007-2008) *Om lov om endringer i ekteskapsloven, barnelova, adopsjonsloven, bioteknologiloven mv. (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par*. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-33-200708> [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr. 37 (1993-1994) *Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi*. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-37-199394> [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr. 56 (1996-1997) *Om lov om endringer i lov 8. april 1981 nr 7 om barn og foreldre (barnelova)*. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-56-199697> [sist sett 05.05.2019]

Ot.prp. nr 64 (2002-2003) *Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. Tilgjengelig på https://beta.lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-64-200203/* [sist sett 05.05.2019]

Prop.105 L (2012–2013) *Endringer i barnelova (farskap og morskap)*. Tilgjengelig på https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/prop-105-l-201213/KAPITTEL_7-4 [sist sett 05.05.2019]

St. meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1999-2000-/id192850/> [sist sett 09.05.2019]

Konvensjoner og andre folkerettslige kilder :

CESCR General comment no 14: *The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, 2000. Tilgjengelig på <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

De forente nasjoners internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om sivile og politiske rettigheter (SP)

De forente nasjoners internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

De forente nasjoners internasjonale konvensjon 20. november 1989 om barnets rettigheter (barnekonvensjonen)

De forente nasjoners internasjonale konvensjon 18. desember 1979 om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (kvinnekonvensjonen)

Europaparlaments- og rådsdirektiv 2004/23/EF av 31. mars 2004 om fastsettelse av standarder for kvalitet og sikkerhet ved donasjon, innhenting, kontroll, behandling, konservering, oppbevaring og distribusjon av vev og celler fra mennesker (EUs direktiv om celler og vev)

Europarådets konvensjon 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (menneskerettskonvensjonen, EMK)

Konvensjon av 4. april 1997 om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin (biomedisinkonvensjonen)

EMD-praksis

Case of Abulaziz, Cabales and Balkandali v. The United Kingdom (J), saksnummer 9214/80, 28. mai 1985

Case of Fredin v. Sweden No. 1 (J), saknummer 12033/86, 18. februar 1991

Case of Fretté v. France (J), saksnummer 36515/97, 26. februar 2002

Case of Petrovic v. Austria (J), saksnummer 156/1996/775/976, 27. mars 1998

Case of S.H and others v. Austria (J), saksnummer 57813/00, 1. april 2010

Grandchamber case of S.H and others v. Austria (GC), saksnummer 57813/00, 3. november 2011

Svenske og danske rettskilder:

Lag (SFS 1949:381) om föräldrabalk

Lag (SFS 2006: 351) om genetisk integritet m.m.

LBK nr. 93 af 19/01/2015 om assisteret reproduktion i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. (den danske befruktningsloven)

Prop. 2001/02:89 *Behandling av ofrivillig barnlöshet*, 2001. Tilgjengelig fra <https://data.riksdagen.se/fil/2BF20E1E-A5C1-4F1C-BA7C-F2F0EA46F259> [sist sett 09.05.2019]

SOU 2016:11 *Olika vägar til föräldraskap - slutbetänkande av utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet*. Tilgjengelig på <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/02/sou-201611/> [09.05.2019]

Bøker:

Aasen, Henriette Sinding. *Pasientenes rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000

Aasen, Henriette Sinding., Bringedal, Berit., Bærøe, Kristine., Magnussen, Anne-Mette (red.) *Prioritering, styring og likebehandling - Utdringer i norsk helsetjeneste*, Bergen: Cappelen Damm akademisk, 2018

Backer, Inge Lorange. *Barneloven – kommentarutgave*, 2. Utgave, Oslo: Universitetsforlaget, 2008

Bendiksen, Lena R.L og Haugli, Trude. *Sentrale emner i barneretten*, 2. Utgave, Oslo: Universitetsforlaget, 2015

Forus, Anne. *Assistert befruktning*, Oslo: Humanistisk forlag, 2014

Hellum, Anne., Syse, Aslak og Aasen, Henriette Sinding (red.) *Menneske, natur og fødselsteknologi. Verdivalg og rettslig regulering*, Oslo: Notam Forlag, 1990

Høstmælingen, Njål., Kjørholt, Elin Saga og Sandberg, Kirsten (red.). *Barnekonvensjonen: Barns rettigheter i Norge*, 2.utgave, Oslo: Universitetsforlaget, 2012

Melhuus, Marit. *Problems of conception: Issues of law, biotechnology, individuals and kinship*, New York og Oxford: Berghahn Books, 2012

Ravn, Malin Noem., Kristensen, Guro Korsnes og Sørensen, Siri Øyslebø (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge*, Bergen: Fagbokforlaget, 2016

Smith, Lucy og Lødrup, Peder. *Barn og foreldre*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (optrykk 2007), 2006

Spilker, Kristin Hestflått. *Assistert slektskap – Biopolitikk i reproduksjonsteknologienes tidsalder*, Trondheim: NTNU, 2008

Toebes, Brigit., Hartlev, Mette., Hendriks Aart og Herrmann, Janne Rothmar (red.) *Health and Human Rights in Europe*, Antwerp, Oxford & Portland: Intersentia, 2012

Artikler o.l.:

Aasen, Henriette Sinding. «Da mor var mor og far var far: Noen betraktninger om moderne forplantningsteknologi, verdivalg og juss» i *stat politikk og folkestyre – festskrift til Per Stavang på 70-årsdagen* (FEST-1998-ps-2019) s. 220-2246, 1998

Cook, Rebecca J, Undurraga, Verónica. «Article 12» i *Freeman, Chinkin og Rudolf (red.) The UN convention of the elimination of all forms of discrimination against women – a commentary*. Oxford: University press, 2012

Greer, Steven. «The margin of appreciation : interpretation and discretion under the European Convention on Human Rights». *Human rights files No. 17*, 2000

Hanssen, Jorid Krane. «Nye reproduksjonsteknologier og «det biologiske prinsipp» » i *Norges barnevern NR 2 – 2016 VOL. 93 s. 110-120*, 2016

Haugli, Trude. «Det mangfoldige barnets beste» i *Bonus Pater Familias: festskrift til Peter Lødrup, 70 år*, s. 313-326, 2002

Haugli, Trude. «Til barnets beste». *Kirke & kultur* nr. 3 s. 345-360, 2004

Stabel, Ingse. «Rett og teknologi – eksempelet fødselsteknologi». *Ræfærd – Nordisk tidsskrift* nr. 43, 11. årgang s. 29-36, 1988

Syse, Aslak. «Surrogati og foreldreskap», i *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 132:983-4, 2012

Syse, Aslak. «Assistert befruktning. Særlig om eggdonasjon og surrogati» i *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, nr. 2-3, 16 årgang s. 235-255, 2018

Søvig, Karl Harald. «Barnekonvensjonen art. 7. Barns rett til å kjenne sitt opphav og knytte rettslige bånd til primære omsorgspersoner», *vedlegg 1 til NOU 2009: 5*, s. 150-161, 2009

Nettsider:

Bioteknologirådet, Etisk argumentasjon, u.å. <http://www.bioteknologiradet.no/temaer/etisk-argumentasjon/> [sist sett 09.05.2019]

Bioteknologirådet, Bioteknologirådets mandat, u.å. <http://www.bioteknologiradet.no/om-oss/mandat/> [sist sett 09.05.2019]

Helsedirektoratet, Godkjente metoder for assistert befruktning, u.å. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning/godkjente-metoder-for-assistert-befruktning> [sist sett 09.05.2019]

Lars Ødegård, «Hvordan lager man barn?», 22.03.2013
<http://www.bioteknologiradet.no/2013/03/hvordan-lager-man-barn/> [sist sett 09.05.2019]

Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Uttalelse om eggdonasjon*, 22.02.2013
<https://www.ldo.no/nyheter-og-fag/Arkiv/Featured-news/Forbud-mot-eggdonasjon-er-lovstridig/> [sist sett 09.05.2019]

Løvereide, Elise «Mor ser ikkje på sæddonor som far til barnet», 05.04.2019
http://kjonnsforskning.no/nb/2019/04/mor-ser-ikkje-pa-saeddonor-som-far?utm_source=Kildens+nyhetsbrev&utm_campaign=fc6692bd61-EMAIL_CAMPAIGN_2019_04_24_12_56&utm_medium=email&utm_term=0_05a03d4d14-fc6692bd61-406111253 [sist sett 09.05.2019]

Statistisk sentralbyrå, u.å <https://www.ssb.no/fodte> [sist sett 09.05.2019]