



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.: 2011/68

Deres ref.:

Dato: 22.11.2011

Bioteknologinemndas uttalelse om eggdonasjon

Sammendrag

Bioteknologinemnda har vurdert om bioteknologilovens forbud mot eggdonasjon bør oppheves. Bioteknologinemnda mener at eggdonasjon er problematisk både etisk og juridisk, men er delt i synet på hvilke etiske og juridiske grenser som skal trekkes i den praktiske og juridiske håndteringen av eggdonasjon.

Likebehandling av ufruktbare menn og kvinner har vært et viktig premiss for nemndas diskusjon av eggdonasjon. Det er imidlertid viktige biologiske forskjeller mellom sæd- og eggceller, og mellom menn og kvinners roller i reproduksjonen, som ikke kan ses bort ifra. Eggdonasjon er en mer teknologisk krevende og inngripende prosess enn sæddonasjon. Et annet sentralt diskusjonstema har derfor vært hvor langt vi skal gå i å teknologisere reproduksjonen, og hvilke konsekvenser en slik tiltagende teknologisering av reproduksjonen kan få.

Et flertall bestående av nemndsmedlemmene Thor Amlie, Kristin Louise Eiklid, Torunn Fiskerstrand, Nina Tangnæs Grønvold, Njål Høstmælingen, Sara Kahsay, Anne Synnøve Røsvik, Berge Solberg, Arne Sunde, Even Søfteland, Odd Vangen og Toril Wikesland mener at eggdonasjon er en forlengelse av andre typer assistert befruktning som er lovlig, akseptert og støttet av myndighetene i dag. Flertallet ønsker at menn og kvinner, og sæd- og eggceller, skal behandles så likt som mulig i loven. Videre mener flertallet at den medisinske og psykososiale risikoen for eggcelledonor, mottaker og barn er liten. De mener verken at vesentlige samfunnsverdier er truet, eller at eggdonasjon kan skade tredjepart. Flertallet kan ikke se at det er mer problematisk at bruken av eggdonasjon innfører et skille mellom genetisk og biologisk/sosial mor enn at bruken av sæddonasjon allerede har etablert et skille mellom biologisk og sosial far. Flertallet mener derfor at det ikke er gode nok grunner til at forbudet mot eggdonasjon skal opprettholdes.

Et mindretall bestående av nemndsmedlemmene Liv Helene Arum, Knut Hjelt, Bjørn Myskja, Torleiv Ole Rognum, Bell Batta Torheim, Terje Traavik, Marte Rostvåg Ulltveit-Moe og Lars Ødegård mener at det er mer problematisk å innføre et skille mellom genetisk og

biologisk/sosial mor enn det allerede etablerte skillet mellom biologisk og sosial far. De mener det ikke er riktig å sidestille sæd- og eggdonasjon fordi eggdonasjon er vesentlig mer teknologisk krevende og inngripende enn sæddonasjon. Eggdonasjon tingliggjør derfor reproduksjonen og barna mer enn det sæddonasjon gjør. Hvis eggdonasjon blir tillatt, og det blir vanlig at eggceller kan flyttes fra én kvinne til en annen, vil det senke skranken mot surrogati. Mindretallet mener at den teknologiske utviklingen alene ikke skal få bestemme hvilke reproduksjonsteknologier som tillates brukt i Norge. De mener det er så mange etisk problematiske sider ved eggdonasjon, som skiller det fra sæddonasjon, at det ikke bør tillates som medisinsk behandling mot barnløshet i Norge.

Eggdonasjon

Eggdonasjon er en metode for assistert befruktning som ble mulig i kjølvannet av utviklingen av metoder for befruktning utenfor kroppen (in vitro fertilisering, IVF), og den første graviditeten etter eggdonasjon ble rapportert i 1983 [1]. Året etter ble det første barnet født etter eggdonasjon [2]. Eggdonasjon er derfor en moden metode, og det er gjennomført studier som har fulgt donorene, mottakerne og barna som blir født.

Eggdonasjon innebærer at eggceller høstes fra en kvinne etter en periode med hormonstimulering. Høstingen skjer under lokalbedøvelse ved at en ultralyd-guidet nål føres inn i skjeden og stikkes gjennom skjedeveggen fram til eggstokkene. Den ultralyd-guidede nålen føres inn i modne eggposer (follikler) i eggstokkene, og eggcellene suges gjennom nålen ut i et oppsamlingskammer. De høstede eggcellene befruktes med sæd fra partneren til kvinnen som skal bli mor til barnet, det vil si kvinnen som er mottakeren av egget. En av de befruktede eggcellene (embryoene) settes deretter inn i livmoren til mottakeren, som på forhånd har blitt hormonstimulert slik at embryoet kan feste seg i livmorveggen. De overtallige embryoene fryses ned og oppbevares til eventuelle framtidige forsøk på å få barn.

Eggdonasjon ble først utviklet som et tilbud til unge kvinner med redusert eggstokkfunksjon, men ble straks etterpå anvendt på kvinner i slutten av 30-årene og begynnelsen av 40-årene. Gode resultater med eggdonasjon fra unge kvinner til eldre kvinner viste at eggcellenes alder og kvalitet var viktigere enn mottakerkvinnens kronologiske alder. Mottakernes alder ble derfor stadig høyere.

Eggdonasjon er tillatt i minst 22 europeiske land, inkludert Sverige, Danmark, Finland og Island. I land som tillater eggdonasjon, er tilbudet vel akseptert for kvinner med medisinske eller genetiske tilstander som gjør dem befruktningsudyktige, men eggdonasjon til kvinner i eller etter overgangsalderen er kontroversielt [3].

Bioteknologinemnda har vurdert fem sentrale problemstillinger knyttet til eggdonasjon:

1. Medisinsk og psykososial risiko ved eggdonasjon
 - a. Risiko for mottaker
 - b. Risiko for donor
 - c. Risiko for barnet
2. Frivillighet og insentiver for eggdonasjon
3. Likebehandling

- a. av ufruktbare menn og kvinner
- b. av sæd- og eggceller
4. Teknologisering av reproduksjon
5. Utforming av et tilbud om eggdonasjon i Norge
 - a. Tilgang på donorer
 - b. Aldersgrense for eggdonasjon
 - c. Konsekvenser for surrogati

Medisinsk og psykososial risiko

Etisk sett er man mest bekymret for den medisinske risikoen som eggdonor og det kommende barnet utsettes for. Mottakeren er den som har mest å vinne på den risikoen som eggdonasjon innebærer, og den som frivillig har satt prosessen i gang. Allikevel må risikoen for eggmottakerens helse også vurderes i det etiske regnestykket.

Risiko for mottaker

Medisinsk risiko

Den risikoen mottakeren løper, er den samme som for kvinner som gjennomgår normal IVF-behandling. Fordi alderen til mottakere av donerte eggceller er gjennomsnittlig høyere, er det i tillegg en økt risiko for komplikasjoner og sykdom (hypertensjon, svangerskapsdiabetes, blødninger, svangerskapsforgiftning, for tidlig fødsel og fødsel ved keisersnitt) i løpet av et svangerskap [4-6]. Disse komplikasjonene og sykdommene har derimot ofte sammenheng med flerlingssvangerskap og muligens immunologiske reaksjoner på donerte eggceller [4,7]. Normalt vil et foster ha halvparten av genene til moren, men i svangerskap med donerte eggceller har fosteret 100 % fremmed DNA (med mindre eggdonoren er i nær slekt med moren). Som årsak til komplikasjonene har det blitt foreslått at kvinnen som bærer fram barnet, kan få en immunologisk respons på foster som ikke deler morens DNA [7].

Psykososial risiko

Det har vært liten interesse for mottakerne av donerte eggceller, og det er få vitenskapelige rapporter om hvordan de opplever eggdonasjon på kort og lang sikt [8]. Det er derimot klart at for mange av kvinnene er beslutningen om å akseptere donerte eggceller personlig vanskelig. Noen beskriver en lang prosess hvor de først må akseptere at de ikke kan få egne genetiske barn, og deretter overveie om de kan akseptere donerte eggceller:

Upon hearing, her physician recommend donor oocyte treatment, another woman poignantly recalled, "The first time I had actually heard those words [donor eggs] I was very, very upset; very, I mean crying. It is probably almost worse than a death in the family'."(s. 164)[8].

Det kan altså følge vesentlig psykososialt stress med eggdonasjonsprosessen. Når kvinnene og deres partnere allikevel valgte å gå videre med eggdonasjon, oppga mottakerne følgende grunner [8]:

- Mulighet til å oppleve graviditeten
- Etablere et bånd til barnet gjennom svangerskapet
- Gi partneren en mulighet til å få et eget genetisk avkom
- Føle seg normal

- Redusere sjansene for kromosomfeil hos fosteret (når kvinnen var over 39)

Når mottakerne gjør rede for sine bekymringer for framtiden med barnet, er det potensiell innblanding av donoren i barnets liv og oppdragelse som blir framhevet. Mottakerne er også opptatt av å få god tilgang til informasjon om donorens genetiske egenskaper over tid. Donoren er ofte en ung kvinne som ennå ikke viser symptomer på genetiske lidelser og tilstander, og mottakerne vil derfor gjerne ha oppdatert informasjon om hvordan det går med donoren. Det mangler foreløpig rapporter som undersøker hvordan mottakerne av donoregg har det psykososialt 10–20 år etter at barnet er født.

Risiko for donor

Medisinsk risiko

Høsting av eggceller fra donor er et minimalt invasivt medisinsk inngrep (beskrevet over). Selv om alle medisinske inngrep er forbundet med en risiko, er den medisinske risikoen for eggdonor i hovedsak knyttet til hormonstimuleringen. Opplevelse av å bli oppblåst eller smerte er vanlig. Men det er de praktiske sidene ved reising til og fra klinikken som er hovedgrunnen til at eggdonorer avslutter donasjonsprosessen (40 %), med bekymringer knyttet til hormonstimuleringen på andre plass (32 %) [9].

En medisinsk risiko som må nevnes spesielt, er hyperstimulering av eggstokkene (OHSS). OHSS kan inntreffe når eggstokkene er forberedt av follikkelstimulerende hormon/luteiniserende hormon (LH) og deretter eksponeres for menneskelig korion gonadotropin-hormon (hCG) for å utløse de siste fasene i modningen av eggceller. OHSS påvirker sirkulasjonssystemet slik at blodåreveggene lettere slipper blodets serum gjennom, noe som leder til væskeansamlinger i kroppens hulrom [10]. Pasienten kan oppleve en følelse av tyngde i mageregionen og pusteproblemer på grunn av at bevegelsen i mellomgulvet blir hindret. I alvorlige tilfeller kan det oppstå blodfortykning og nedsatt nyre- og leverfunksjon. Hvis blodfortykningen ikke blir behandlet, kan det lede til blodpropp og til redusert blodgjennomstrømming i organer som hjerte og hjerne [10].

Det er nesten utelukkende i de tilfeller der kvinnen har blitt gravid før hormonstimuleringen begynner, at man ser de alvorlige tilfellene av OHSS. Eggdonorer skal ikke være gravide, så det er relativt enkelt å hormonstimulere donorene slik at risikoen for OHSS er minimal. I Nord-Europa er fagmiljøene forsiktige med hormonstimuleringen. Ved St. Olavs hospital er standard dose 100–125 internasjonale enheter (IE) per dag, mens man i USA gjerne starter med 225–250 IE per dag. Ved sykehuset ble det i 2010 registrert fem sykehusinnleggelses på grunn av OHSS, etter at det ble gjennomført 601 tilbakeføringer av embryo i IVF/ICSI-behandlinger (0,8 %). I et globalt perspektiv, derimot, er OHSS et undervurdert problem, med opptil tre dødsfall per 100 000 IVF-syklus [11]. I 2006 ble det gjennomført ca. 450 000 IVF/ICSI-sykluser i Europa (32 land), og i 2008 var det nesten 150 000 sykluser i USA alene. Allikevel foregår det en kontinuerlig forbedring av metoder innen assistert befruktning, og det er publisert nye metoder for stimulering av eggstokkene som reduserer det fysiske ubehaget ved hormonstimulering og risikoen for OHSS [11-14].

Psykososial risiko

I Danmark er eggcelledonoren som regel i slekt med kvinnen som skal motta eggcellen og bære fram barnet [15]. I slike tilfeller gjennomgår donoren en psykologisk vurdering slik at

behandlerne er sikre på at donasjonen av eggceller er frivillig. Eggcelledonorer som er i familie med, eller venner av, mottakeren, løper en psykososial risiko for at det kan oppstå uenighet rundt barnets oppdragelse. Hvis barnet på et tidspunkt blir klar over at den genetiske moren er en søster eller venninne av mottakeren, kan det skapes psykologiske tilknytninger som blir problematisk for barnet, mottakeren og donoren. Denne problemstillingen gjelder ikke for donorer uten tilknytning til mottakeren. Identiteten til disse donorene kan være kjent eller skjult. Men også her kan det skapes relasjoner mellom barnet og donoren som er vanskelig å håndtere for familien og donoren.

I Belgia kan par som søker eggdonasjon, velge mellom tre donorløsninger: kjent donor (paret bringer egenrekruttert donor), "kjent anonym" donor (paret bringer egenrekruttert donor, men eggene plasseres i en pott sammen med egg fra flere andre donorer) og anonym donor (altruistisk donerte egg). Begrunnelsen for par som valgte kjent donor ved Erasme Hospital i Belgia, var i hovedsak en følelse av trygghet gjennom genetiske og emosjonelle bånd (henholdsvis 62 % og 59 %; hvert par kunne gi flere svar; $n = 135$). Motsatt var begrunnelsen for par som valgte kjent anonym donor, at de ønsket klare grenser og roller i forhold til donor (56 %), og at de ønsket å støtte og beskytte mor-barnforholdet (42 %) [16]. Når det gjaldt å informere barnet om dets genetiske opphav, var 38 % av alle par i eggdonasjonsprogrammet ved sykehuset innstilt på å holde det hemmelig for barnet. Bekymring for å bli avvist av barnet, familien eller sosial omgangskrets var den mest vanlige begrunnelsen for hemmelighold (44 %), men frykt for stigmatisering var også viktig (35 %) [16].

Når en kvinne mottar medisinsk befruktningssassistanse, blir det regelmessig høstet ut flere eggceller (10–12) enn det paret selv benytter. Et alternativ som benyttes i enkelte land, er å donere bort overtallige eggceller fra assistert befruktning. Denne praksisen kalles "egg sharing", og har blitt kritisert fordi den ofte inkluderer en rabatt på behandlingen til de som donerer bort overtallige eggceller. Dette skaper et økonomisk insentiv som sår tvil om frivilligheten til donor. Videre, selv om det høstes flere eggceller enn det paret som gjennomgår IVF strengt tatt trenger, kan som regel ikke alle eggcellene brukes. Det er vanlig at kvaliteten på de høstede eggcellene varierer, og at ikke alle egner seg til befruktning. I utgangspunktet bør derfor ikke par som går gjennom IVF, utsettes for noen form for press om å dele eggcellene sine med andre.

Det er vanskelig å vurdere hvilke ubefruktede eggceller som har størst mulighet til å bli befruktet. Det er derfor mulig at de eggcellene donoren beholder og senere befrukter med partnerens sæd, av forskjellige grunner ikke gir opphav til et levedyktig foster. Derimot kan mottakeren av en donert eggcelle lykkes i å bli gravid og føde et barn. Et slikt resultat kan være problematisk for donoren, som kan føle at hun ga bort de "gode" eggcellene eller et barn som skulle vært hennes. En befruktningssyklus uten graviditet og fødsel vil som regel gjøre kvinnen opprørt, men det er ingen holdepunkter for at det er mer opprørende for en kvinne som har donert bort eggceller [17]. I enkelte land, for eksempel Israel, er det bare kvinner som selv gjennomgår IVF-behandling, som kan donere bort eggceller.

I dag er det vanlig å fryse ned eggceller for gjentatte behandlingssykluser med assistert befruktning. Det er mest vanlig å befrukte eggcellene med partnerens sæd før nedfrysing, fordi befruktede egg tåler nedfrysing bedre enn ubefruktede eggceller. De siste årene har

derimot vitrifisering av ubefruktede eggceller blitt utviklet som en nedfrysingsmetode med høy suksessrate [18,19]. Vitrifisering åpner for at ubefruktede eggceller som ikke blir brukt av paret selv, etter en tid kan bli donert til kvinner som har behov for donoregg. I bioteknologiloven settes det ingen tidsbegrensning på hvor lenge ubefruktede egg kan lagres, så eggene kan doneres bort etter at kvinnen har fått de barna hun ønsker eller har avsluttet egne forsøk på å få barn.

Holdninger, motivasjon og opplevelser

I en stor systematisk gjennomgang av eggdonasjon [20] fant man at motivasjonen for å donere varierte mellom donorer som kjente mottakerparet, anonyme donorer og kommersielle donorer. Ikke uventet rapporterte donorer som kjente mottakerparet, at de var motivert av å kunne hjelpe mottakerparet, enten donoreggene gikk til dem direkte eller inngikk i en eggbank.

I for eksempel den belgiske studien som er referert over, ga 67 % av donorene ($n = 90$) uttrykk for motiver som nær emosjonell relasjon til mottakerparet og søken etter egen heder. Donorene ga også uttrykk for generøsitet, ansvar, gjensidighet og medfølelse som grunnleggende motivasjon for å donere egg. For donorer som var i familie med mottakerparet ($n = 46$), var ansvar, skyld, en følelse av å stå i gjeld eller ønske om å gjøre opp en urett sentrale tema. Dette gjaldt spesielt når donor og mottaker var søstre [16]. I «kjent anonym donor»-programmet ($n = 48$; se beskrivelse på side 5) ga 79 % av donorene uttrykk for et ønske om å unngå en sterk emosjonell involvering med barnet som ville bli født [16]. Donorene trodde at de ville få sterk emosjonell involvering med barnet hvis de kjente mottakerparet.

De fleste altruistiske donorer, det vil si donorer som ikke får betaling, gir uttrykk for en generell altruistisk motivasjon for å donere eggceller, men oppgir ofte at erfaring med infertilitet i familien eller hos venner er en faktor som også motiverer. Enkelte altruistiske donorer føler også at kompensasjon for eggcellene de donerer, vil redusere verdien av den «gaven» de gir [20]. Blant kvinner som altruistisk donerer eggceller, er eksisterende familiære eller reproduktive traumer vanlige [21,22]. I henhold til Englert er altruistiske donorer psykisk sårbare kvinner som søker bekræftelse eller massiv reparasjon av "selvet" [23]. Laruelle et al. (2011) rapporterte også at altruistiske donorer uttrykte motivasjon som å gjøre opp med en spesifikk personlig opplevelse eller familiehistorie. Hvorvidt dette er en grunn til å avvise slike donorer er et åpent spørsmål, for muligheten til å hjelpe andre gjennom eggdonasjon kan være helbredende [22]. Uansett er det viktig at behandlende lege er klar over at eggdonorene kan ha psykiske traumer som krever ekstra støtte og oppfølging [21].

Kommersielle donorer har også altruistiske motiver, men rapporterer også en økonomisk interesse av å donere eggceller. I litteraturen har det blitt uttrykt bekymring for den psykiske helsen til enkelte kommersielle donorer [20]. Enkelte studier har rapportert at noen kommersielle donorer ønsker å gjøre opp for et tidligere opplevd tap, slik som en abort. Noen studier har rapportert mild depresjon eller engstelse hos kommersielle donorer, men andre studier har ikke funnet dette. Screeningprosessen i etablerte amerikanske og europeiske

eggdonasjonsprogrammer oppdager de fleste potensielle donorer som har psykiske problemer [20].

Gjennomgående rapporterer eggdonorer at de tålte donasjonsprosessen godt, og gir uttrykk for tilfredshet med den medisinske behandlingen og oppfølgingen de fikk [20]. I en studie rapporterte 43 % av donorene at de opplevde donasjonsprosessen som smertefull og/eller stressende, men 95 % angret ikke på donasjonen og 72% ville donere igjen [24]. Kenny og McGowan [25] rapporterte at 63 % av donorene opplevde donasjonsprosessen akkurat slik de hadde forventet at den skulle bli.

Studier har også funnet at mange eggdonorer er villige til å donere eggceller flere ganger, at det er få eggdonorer som angret, og at mange gir uttrykk for at det å donere eggceller hadde en positiv innvirkning på deres liv. Dette indikerer at de psykologiske fordelene mer enn veier opp for de fysiske ulempene ved donasjonsprosessen [20].

Risiko for barnet

Studier av hvordan det går med barn som har blitt til gjennom eggdonasjon, er relativt få. Dette skyldes blant annet etiske begrensninger på forskning på barn, bekymring for hvordan foreldrene vil reagere og om det i det hele tatt er etisk riktig å vurdere familiene som en risikogruppe [5]. Hemmelighold om eggdonasjonen har også gjort det vanskelig å rekruttere familier [26]. Allikevel er foreldre til barn født etter eggdonasjon mer villige til å delta i studier enn foreldre til barn født etter sæddonasjon [5]. Generelt er foreldre til barn født etter IVF langt mer åpne om hvordan barnet er blitt til, enn foreldre som har benyttet kjønnselledonasjon [26].

Medisinsk risiko

De studiene som er gjort, viser at barnas vekst, språk, psykomotoriske utvikling og helse er normal, men at det er en forventet reduksjon i fødselsvekt for barn født etter tvilling- eller flerlingsvangerskap [5,27,28]. Tvilling- og flerlingsvangerskap er mer vanlig ved alle former for assistert befruktning utenfor kroppen fordi praksisen tidligere var å sette inn flere befruktete eggceller. I Norge og andre skandinaviske land er det i dag praksis å bare sette inn én befruktet eggcelle om gangen. Det har ført til en kraftig reduksjon i antall tvilling- og flerlingsvangerskap. Sammenlignet med andre former for assistert befruktning er det ikke høyere forekomst av misdannelser eller sykdom hos barn født etter eggdonasjon [5].

Psykososial risiko

En generell bekymring rundt familier med barn som har blitt til gjennom IVF, sæd- og eggdonasjon, er at foreldrene er mer overbeskyttende, overinvolvert og har urealistiske forventninger til sine barn [26]. Det er også blitt uttrykt bekymring for at hemmelighold om eggdonasjonen og en potensielt manglende involvering fra mor skal kunne lede til negative virkninger på barnets psykososiale utvikling og velvære [26]. En studie har derimot vist at mødrene gjennom graviditeten fikk en følelse av at barnet virkelig var deres eget [29]. For familier med barn født etter eggdonasjon, har studier av familiefungering og barnas psykiske velvære vist normal psykososial utvikling for barna og positive relasjoner mellom foreldre og barn [5,30].

Generelt er det funnet at foreldrene til barn født etter kjønnscedonasjon og IVF er mer følelsesmessig involvert i sine barn enn foreldre til barn født etter naturlig befruktning [31,32]. I en sammenligning mellom familier som hadde benyttet sæddonasjon og familier som hadde benyttet eggdonasjon, kom det fram at det var større psykologisk velvære i de familiene der moren ikke hadde en genetisk tilknytning til barnet [33]. Men oppfølging av disse familiene over lang tid har ikke vist forskjeller mellom de forskjellige familietyperne i kvaliteten på foreldrenes ivaretagelse eller barnas psykososiale utvikling [26,30]. Det har også kommet fram at få av barna har fått vite at de var unnfanget via sæd- eller eggdonasjon [26,30,33-35].

Hemmelighold av måten barn har blitt unnfanget på, kan i seg selv utgjøre en psykososial risiko for barna. Fra forskning på adopsjon og donasjon av kjønnsceiler vet man at hvis barnet oppdager at adopsjonen eller donasjonen har vært hemmeligholdt, kan det ha negative konsekvenser for barnet og familien [36-38]. Studier viser derimot at familier som benytter eggdonasjon planlegger å være mer åpne om måten barnet er unnfanget på, enn familier som har benyttet sæddonasjon [36,37,39,40].

Frivillighet og insentiver

Er samtykkene gyldige?

Etter at muligheten til å donere sæd anonymt ble opphevet etter revisjonen av bioteknologiloven i 2003, har ett sentralt miljø innen assistert befruktning i Norge lagt ned tilbudet om sæddonasjon. Bakgrunnen for at tilbudet ikke tilbys lengre, er beskyttelse av sæddonor. Fagmiljøet er bekymret for at sæddonorenes samtykke ikke er reelt. Når donor samtykker til å gi sæd med åpen identitet, vil ikke konsekvensene av det valget melde seg før eventuelle avkom er atten år og kan be om å få identiteten til donoren utlevert. Fagmiljøet spør seg hvordan en mann eller kvinne kan gjøre tilstrekkelig informerte valg når konsekvensene er så langt fram i tid. På det tidspunkt de donerer, har de kanskje ikke fast partner og egne barn, og de vet heller ikke hvordan egne barn eller partner vil reagere på at opptil åtte donorbarn vil ha kontakt med donoren og hans familie. De samme betraktningene vil også gjelde ved eggdonasjon.

Andre norske fagmiljøer deler ikke denne tolkningen og tilbyr sæddonasjon. De legger vekt på at myndige personers selvbestemmelsesrett også gjelder avgjørelser som kan få konsekvenser langt fram i tid, og at reell selvbestemmelse også inkluderer retten til å gjøre feil. En grundig informasjons- og screeningprosess for både mannlige og kvinnelige donorer vil kunne sørge for at donorenes samtykker er informerte og reelle.

Psykososialt press om å donere

Hvis det åpnes opp for eggdonasjon i Norge, må man også ta stilling til hvilke former for eggdonasjon som skal tillates. Noen former for eggdonasjon kan lede enkelte potensielle donorer inn i en form for tvangssituasjon, der det av familiære eller sosiale grunner blir svært vanskelig eller "umulig" å si nei til å donere egg. Dersom for eksempel en søster eller venninne ikke vil donere eggceiler, kan det ha store emosjonelle og sosiale omkostninger. Det kan derfor oppstå tvil om hvor reell frivilligheten til å donere eggceiler egentlig er.

Voksne mennesker står i mange slags press- og forventningsforhold til andre mennesker – også sine nærmeste. Man må kunne forvente at voksne mennesker takler sin selvbestemmelsesrett og er i stand til å samtykke eller avslå forespørsler om donasjon.

Kompensasjon

I land der eggdonasjon er tillatt, er det et stort gap mellom tilbud og etterspørsel etter donoregg. Tiltak for å øke tilgangen på donoregg som ville vært nærmest utenkelig for sæddonasjon, for eksempel donor fra familien (søster, kusine, etc.), blir sett på som nærmest normalt for eggdonasjon¹ [41]. Likevel er det et underskudd på donoregg.

Betaling for donoregg, slik som i USA, motiverer eggdonorer og bidrar til å bringe flere donoregg på markedet. I Europa og i Norge er det derimot en sterk motstand mot betaling for organer, vev eller celler. På EU-nivå er denne motstanden nedfelt i forskrift om håndtering av humane celler og vev² (direktiv 2004/23/EF)³, og i Norge i helseforskningsloven og transplantasjonsloven. Betaling til giver av kjønnsceller er derfor ikke aktuelt i Norge.

Prinsipielt stammer motstanden mot betaling for kjønnsceller fra en bekymring for tingliggjøring av reproduksjonen og barn, og for at fattige kvinner skal føle seg tvunget til å donere eggceller på tross av etiske, religiøse eller medisinske motforestillinger mot eggdonasjon. Betaling for eggceller gjør derfor at man ikke kan være trygg på at samtykke til eggdonasjon er gitt frivillig.

Et annet problem med betaling for eggceller er at det driver opp kostnaden for behandlingen. Dette leder igjen til at det bare er de som har råd til å betale for eggcellene, som får behandling. Det vil altså bli ulik tilgang til behandling.

Andre mener derimot at eggdonoren har krav på mer enn en symbolsk sum som kompensasjon for den fysiske og psykiske belastningen som hun utsettes for gjennom eggdonasjonsprosessen. De peker på at klinikkene som tilbyr eggdonasjon, tar seg godt betalt for den tjenesten de tilbyr infertile kvinner. Det kan derfor oppfattes som urimelig at klinikkene som formidler eggcellene, skal få en solid fortjeneste uten at donorene får annet enn ”busspenger” i kompensasjon.

Likebehandling

Det mest sentrale argumentet for et forbud mot eggdonasjon har ved tidligere politiske behandlinger vært at forholdet mellom mor og barn er fundamentalt annerledes enn forholdet mellom far og barn. Man har i tillegg henvist til at svangerskapet tradisjonelt sett har vært udeleglig. Ved revisjonen av bioteknologiloven i 2003⁴ begrunnet Helsedepartementet forbudet mot eggdonasjon på følgende måte:

¹ Fertilitetsklinikkene har erfart at menn har større følelsesmessig motstand mot kjent sæddonor enn kvinner har mot kjent eggdonor, kanskje fordi mennene ikke får en direkte rolle i svangerskapet.

² § 14. *Frivillig og vederlagsfri donasjon*: Enhver donasjon av celler og vev skal være frivillig og vederlagsfri. Donor kan motta en kompensasjon begrenset til godtgjøring for utgifter og ulemper i forbindelse med donasjonen. Det skal ikke ligge kommersielle formål bak uttak av celler og vev.

³ <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20080307-0222.html>

⁴ Ot.prp. nr. 64 (2002 – 2003), s. 61.

”Etter departementets oppfatning er det stor forskjell på mannens og kvinnens rolle og funksjon i forbindelse med et svangerskap. Eggdonasjon vil innebære et brudd på langvarige sosiale og kulturelle tradisjoner i samfunnet som er knyttet til mor og svangerskapets helhet. Departementet er av den oppfatning at *det reiser langt vanskeligere etiske problemer dersom det skal skilles mellom genetisk og biologisk/sosial mor enn mellom genetisk og sosial far*. Den kvinnen som skal bære fram og føde et barn har en så nær biologisk tilknytning til barnet at hun etter departementets syn også må være barnets genetiske mor. Det har ikke fremkommet argumenter i høringsrunden som har gitt grunnlag for å endre denne vurderingen [vår utheving].”

Barnelovens § 2 sier at ”*som mor til barnet skal reknast den kvinna som har fødd barnet*”. Det er basert på det tidligere helt grunnleggende prinsipp at barnets mor alltid var den kvinnen som hadde født det. Hvem som var far i genetisk forstand, derimot, kunne være uklart. Men med dagens tilgjengelige metoder for assistert befruktning og farskapsundersøkelser har ikke disse tidligere kjensgjerningene lenger samme absolutte gyldighet.

Eggdonasjon, surrogati og andre mer avanserte metoder innen reproduksjonsbiologien utfordrer den langvarige biologiske og kulturelle forståelsen av hvem som er mor og far. Mors- og farsbegrepet kan deles opp i en genetisk og en sosial komponent, i tillegg kan morsbegrepet romme en ”biologisk” komponent gjennom svangerskapet. Barnet kan altså ha en ”genetisk mor” som har donert eggcellen, en ”biologisk mor” som bærer det gjennom svangerskapet og en ”sosial mor” som bor sammen med barnet og har den daglige omsorgen. For noen oppleves denne tredelingen av morsbegrepet som problematisk, mer problematisk enn todelingen av farsbegrepet. Bioteknologinemnda uttalte i 1999⁵:

”... ved å åpne for eggdonasjon [vil man] overskride en grense både når det gjelder å gripe inn i naturen og i forholdet mellom mor og barn. Eggdonasjon fører til at begrepet ”biologisk mor” deles, man får en ”genetisk mor” og en ”livmor-mor”. Tidligere har dette alltid vært samme person. Eggdonasjon medfører derfor et helt nytt, teknologisk konstruert morsbegrep. Mor har hittil alltid vært mor. For en del barn i vanlige parforhold er far ikke biologisk far. Som etisk prinsipp er det viktig å fastholde at en kvinne bærer frem et barn hun er genetisk opphav til. Det er mange som på et intuitivt grunnlag ikke vil tillate teknikker som rokker ved denne vissheten og derfor ikke kan akseptere eggdonasjon.”

Andre mener derimot at eggdonasjon har et etisk positivt aspekt som sæddonasjon mangler. Ved sæddonasjon har den sosiale faren ingen genetisk eller biologisk tilknytning til barnet. Ved eggdonasjon, derimot, får den sosiale moren også en biologisk tilknytning til barnet gjennom å bære det inne i sin egen kropp gjennom svangerskapet – med de fysiologiske og psykologiske prosessene det medfører. I tillegg viser den voksende kunnskapen om epigenetikk at kvinnen som bærer fram

⁵ Bioteknologinemndas uttalelse om *Evaluering av Lov om medisinsk bruk av bioteknologi* til Sosial- og helsedepartementet, 31. mai 1999

barnet trolig bidrar til å prege fosterutviklingen mer enn tidligere antatt [42-44]. Sæd fra mottakerens partner blir brukt til å befrukte det donerte egget. På den måten blir far og mor til barn som er unnfanget med donert eggcelle, mer likestilte i sin relasjon til barna enn i familier der det er benyttet donert sæd til å unnfange barna.

Sæddonasjon og enkelte andre metoder innen assistert befruktning ble innført uten noe særlig offentlig diskusjon. De siste ti årene har det vært en mer grunnleggende debatt om de etiske, psykososiale og medisinske sidene ved nye metoder innen assistert befruktning. Sæddonasjon har vært praktisert i Norge siden 1930-tallet, og har dermed gradvis blitt akseptert. Eggdonasjon, derimot, har bare vært mulig siden 1983 [1,2], og forbudet har hindret en slik gradvis akseptering i Norge. Noen mener derimot at det er bedre etiske argumenter for å tillate eggdonasjon enn sæddonasjon. I motsetning til sæddonasjon gir eggdonasjon en integrering av mannen, kvinnen og barnet gjennom svangerskapet. Mottakerkvinnens deltagelse i svangerskapet forsterkes gjennom psykologiske, fysiologiske og epigenetiske prosesser. Ved sæddonasjon, derimot, ekskluderes den mannlige partneren helt fra de biologiske prosessene, og det kan derfor være mer etisk problematisk enn eggdonasjon.

Et annet likebehandlingsargument som har blitt framsatt, er at oppheving av forbudet mot eggdonasjon vil fjerne en urimelig forskjellsbehandling mellom kjønnene når det gjelder assistert befruktning. Sæddonasjon setter kvinnen i et befruktningsudyktig parforhold i stand til å reproducere seg, mens forbudet mot eggdonasjon hindrer mannen i et parforhold å reproducere seg. I rettsaken mellom S.H. og Østerrike for den Europeiske menneskerettighetsdomstolen, har et par fra Østerrike stevnet staten fordi lovgivningen diskriminerer mellom donasjon av sæd og donasjon av eggceller. I den østerrikske loven er inseminering med sæddonasjon tillatt, mens eggdonasjon er forbudt⁶. *In vitro* fertilisering er forbudt med både donerte sædceller og eggceller. Både lovtekst og lovgivers begrunnelser er ganske like i Østerrike og Norge, men i motsetning til Østerrike tillater Norge *in vitro* fertilisering med donerte sædceller. Domstolen fant at lovgivningen i Østerrike var diskriminerende etter artikkel 14 i den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Dommen ble anket av Østerrike og henvist til Storkammeret i den Europeiske menneskerettighetsdomstolen. Storkammeret holdt en høring i saken, og 3.11.2011 reverserte Storkammeret avgjørelsen fra den underliggende domstolen. Storkammeret mente at medlemsstatene har en betydelig grad av fleksibilitet i utformingen av lover som regulerer assistert befruktning, og at Østerrikes ulike behandling av sæd- og eggdonasjon hadde tilstrekkelig medisinsk og etisk begrunnelse⁷.

I forhold til menn har kvinner en kortere reproduktiv periode, og etter 35-årsalderen synker kvinners fruktbarhet betraktelig over en 5–10 års periode. Kvinner kan ikke regne med å være fertile etter fylte 45 år. I et likestillingsperspektiv er derfor eggdonasjon en mulighet til å utligne denne biologiske ulikheten mellom menn og kvinner. At det er grunnleggende

⁶“As an exception, sperm from a third person may be used for artificial insemination when introducing sperm into the reproductive organs of a woman (section 3 § 2). In all other circumstances, and in particular for the purpose of *in vitro* fertilisation, the use of sperm by donors is prohibited.”

⁷ ECHR - Grand Chamber, case of S.H. and others v. Austria (Application no. 57813/00): cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=894729&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649

biologiske forskjeller mellom menn og kvinner er det vanskelig å komme rundt, og Bioteknologinemnda ser det ikke som en viktig rolle for moderne bioteknologi å utjevne alle ulikheter som er basert på slike grunnleggende biologiske forskjeller.

Ved revisjonen av bioteknologiloven i 2003 ga flertallet av høringsinstansene uttrykk for at mannlige og kvinnelige kjønnsceller har lik etisk verdi. I departementets oppsummering kommer det fram at disse høringsinstansene mente at ”kjønnscellene må få lik etisk verdi og at [forbudet mot eggdonasjon] er en usaklig forskjellsbehandling mellom befruktningsudyktige menn og befruktningsudyktige kvinner” eller at ”det er vanskelig å se den moralsk relevante forskjellen mellom sæd- og eggdonasjon i forbindelse med assistert befruktning”⁸.

Det er vesentlige biologiske forskjeller på egg- og sædceller, men noen mener at disse forskjellene ikke forsvarer et forbud mot eggdonasjon. I samfunnet har holdninger til kjønnsroller, omsorgsfunksjoner for barn og assistert befruktning vært under stor utvikling de siste 30 årene. Sammen med en større forståelse av genetikk, reproduksjonsbiologi og utviklingsbiologi er det derfor vanskelig å holde på morskapets tradisjonelle særstilling som fundament for et forbud mot eggdonasjon. De biologiske forskjellene gjør en streng likestilling mellom menn og kvinner umulig på dette området, men ambisjonen bør være at ufruktbare kvinner og menn får tilsvarende tilbud så langt det er mulig.

Alternativer til forbud

Noen av de politiske verktøyene myndighetene har til rådighet for å regulere assistert befruktning generelt og eggdonasjon spesielt, er forbud, offentlig finansiering og regulering av kompensasjon til donorer. En sammenligning av regulering av eggdonasjon i Storbritannia, Canada og USA har vist effekten av de ulike tiltakene [45].

De forskjellige regulerings- og finansieringsordningene i USA, Canada og Storbritannia har ført til forskjellig utvikling av assistert befruktning. Storbritannia, som har offentlig finansiering av assistert befruktning, har langt flere behandlingssykluser per million innbyggere enn USA og Canada, hvor all assistert befruktning er privat finansiert [45]. Samtidig ser man at behandling med eggdonasjon er hyppigere i USA, der handel med kjønnsceller er tillatt. Det skyldes at selv om donerte eggceller er en knapp ressurs, gjør markedsmekanismene at det er større tilgang på eggdonorer i USA. I Storbritannia og Canada, derimot, er kompensasjon til eggdonor enten forbudt eller svært begrenset [45]. Mangelen på tilstrekkelig kompensasjon for donoregg i Storbritannia og Canada hindrer at markedsmekanismer gjør eggceller tilgjengelig for pasienter. Det er derfor en forutsigbar mangel på donoregg, ventelister, reproduktiv ”turisme” og et svart marked for eggceller [45].

Det norske samfunnet er tuftet på solidaritet og en oppslutning om fellesløsninger innen helse. Privat finansiering av eggdonasjon vil være et brudd med denne solidariteten og vil kunne skape klasseforskjeller i tilgangen til eggdonasjon.

⁸ Ot.prp. nr. 64 (2002 – 2003), ss. 60 - 61.

Bioteknologinemnda mener likevel at det er et viktig prinsipp at lovgiver skiller klart mellom det som er forbudt og det som ikke blir offentlig finansiert. At en medisinsk behandling er tillatt, betyr ikke at den automatisk skal finansieres av det offentlige helsevesenet.

Eggdonasjon i Norge

Hvis Stortinget velger å fjerne forbudet mot eggdonasjon, reiser det en rekke praktiske spørsmål, blant annet om det finnes kvinner i Norge som er villige til å donere eggceller, om det skal settes begrensninger for hvem som kan benytte eggdonasjon og om eggdonasjon skal finansieres av det offentlige helsevesenet.

Motsatt bør en eventuell videreføring av forbudet stå støtt på samfunnets grunnleggende etiske prinsipper og ha som hensikt å beskytte tredjeperson eller viktige samfunnsverdier. I en liberal rettsstat kan det være en vanskelig balansegang å tillate mest mulig individuell frihet samtidig som man hindrer at summen av de individuelle valgene skader kollektive interesser og verdier, spesielt i flerkulturelle samfunn, der det ikke alltid er opplagt hva de kollektive interessene og verdiene er.

Tilgang til donorer

Det finnes ingen offentlig oversikt over hvor mange norske kvinner som har behov for eggdonasjon for å få barn, eller hvor mange av disse som ville ønsket å benytte seg av et eventuelt tilbud om eggdonasjon. Vi har heller ingen oversikt over hvor mange som drar til utlandet for å benytte donerte eggceller til befruktning. I Sverige er det ca. 35 behandlinger per million innbyggere i året, i Danmark 45 behandlinger per million og i Finland ca. 140 behandlinger per million (noen av pasientene i Finland er trolig norske). I fagmiljøene tror man at det dreier seg om ca. 200 norske par i året som kunne tenke seg behandling mot ufrivillig barnløshet med donerte eggceller. Tall fra FN⁹ og European Society for Human Reproduction of Embryology (ESHRE) indikerer at ca. 0,01 % av kvinner mellom 20 og 54 år benytter seg av eggdonasjon. Dette estimatet er basert på antall kvinner mellom 20 og 54 år (2010) i de land som har rapportert overføringer av donerte eggceller i 2006. For Norges del betyr det ca. 125 forventede overføringer av donerte eggceller i året. Dette estimatet tar ikke hensyn til at mangel på donerte eggceller kan holde de europeiske tallene kunstig lave, eller at hver kvinne kan ha mottatt to eller flere overføringer av eggceller i løpet av året.

Tall fra Storbritannia (folketall 62 millioner) indikerer at det er enklere å rekruttere eggdonorer enn sæddonorer. I 2008 ble det rekruttert 396 nye sæddonorer og 1150 nye eggdonorer (tall fra Human Fertilisation and Embryology Authority, Storbritannia). Dette kan blant annet skyldes at "egg sharing", donasjon av overtallige egg fra IVF-behandling, er tillatt i Storbritannia. Anvendt på norske forhold (folketall 4,8 millioner) kan vi forvente ca. 30 nye sædgivere og 90 nye eggdonorer i året, hvis "egg sharing" blir tillatt. Det faktiske tallet på nye sæddonorer i Norge i 2009 var derimot bare 12, så det estimerte antallet eggdonorer kan være tilsvarende overdrevet. Det faktiske antallet norske eggdonorer vil trolig være avhengig av om "egg sharing", "kjent anonym donor" (se beskrivesle på side 5), egenrekruttert donor, gjensidig donasjon (der den fruktbare parten i et par under behandling stiller opp som donor for et annet par) eller kompensasjon tillates.

⁹ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*.

Aldersgrense for eggdonasjon

I utlandet har praksis med eggdonasjon vist at selv livmoren til kvinner i høy alder kan bære fram barn [4,6,46]. Selv om det er biologisk og teknisk mulig for kvinner over 40 år å bli gravide med donerte eggceller og fullføre et vellykket svangerskap, må den medisinske og psykososiale risikoen for både mor og barn vurderes nøye.

Hvis eggdonasjon blir tillatt, reiser det spørsmålet om assistert befruktning med donoregg skal begrenses til et aldersspenn. Av hensyn til barna som blir født, kan det være hensiktsmessig å begrense slik behandling oppad til 45–50 år. En kvinne som får behandling med donoregg ved fylte 50 år, vil være 68–69 år når barnet blir myndig. Forventet levealder for kvinner som er ca. 40 år i dag (født ca. 1970), er 77,5 år, men sjansen for at mor faller fra, øker jo nærmere forventet levealder hun kommer. Hva som er en tilstrekkelig høy sannsynlighet for å overleve til barnet blir myndig, er et skjønnsspørsmål. Vurderingen av aldersgrense for eggdonasjon kan også være avhengig av fars alder ved behandlingen. Hvis far er ti år yngre enn moren, er det kanskje uproblematisk å tillate eggdonasjon til kvinner på ca. 50 år?

Eldre kvinner har oftere komplikasjoner og sykdom (hypertensjon, svangerskapsdiabetes og svangerskapsforgiftning, lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og fødsel ved keisersnitt) i løpet av et svangerskap [4,6]. Disse komplikasjonene og sykdommene har derimot ofte sammenheng med flerlingssvangerskap og muligens immunologiske reaksjoner på donerte eggceller [4,7]. Det er også viktig å legge merke til at eldre kvinner som får tilbud om eggdonasjon og assistert befruktning, går gjennom en utstrakt medisinsk screening, og bare de som blir vurdert som friske og spreke nok, får tilbudet [4,6]. De eldre kvinnene som har benyttet seg av eggdonasjon, har i tillegg normalt høy sosioøkonomisk status og mottar medisinsk tilsyn av høy kvalitet [3].

Uavhengig av den medisinske risikoen for kvinnen og muligheten for at foreldrene går bort før barnet blir myndig, kan den store forskjellen i alder mellom foreldre og barn tale for at det settes en øvre aldersgrense. Noen mener at det ikke er bra for barnet om aldersforskjellen til foreldrene blir for stor.

I Nederland har man satt en øvre aldersgrense på 45 år for IVF med donerte eggceller [47], men grensen er nylig foreslått økt til 50 år [3]. Det er press fra kvinner over 45 år som ligger bak forslaget om å øke aldersgrensen. Bioteknologinemnda mener at en tilsvarende veiledende aldersgrense på assistert befruktning med donoregg bør innføres i Norge hvis forbudet mot eggdonasjon oppheves. Nemnda har tidligere ment at 50 år er en rimelig aldersgrense for å motta behandling med egne nedfrosne eggceller, fordi foreldrene skal være i stand til å ha omsorg for barnet til det er myndig¹⁰. For nemnda er det allikevel viktig å understreke at eggdonasjon, hvis det blir tillatt, ikke må få bidra til at kvinner utsetter reproduksjon lenger enn i dag.

¹⁰ Brev til Helsedirektoratet, *Assistert befruktning etter autotransplantasjon av nedfrosset eggstokkvev*, 22.6.2011.

Konsekvenser for surrogati

Flertallet i Bioteknologinemnda gikk tidligere i år inn for å opprettholde forbudet mot surrogati. To sentrale begrunnelser var bekymring for at surrogati kan lede til tingliggjøring av reproduksjonen og barn, og til utnyttelse av fattige eller sårbare kvinner. Nemnda har derfor vurdert om en opphevelse av forbudet mot eggdonasjon kan bane vei for surrogati.

På overflaten kan surrogati og eggdonasjon synes å ha sentrale likheter. Noen former for surrogati er lik eggdonasjon på den måten at en eggcelle må hentes ut av en kvinne, befruktes *in vitro* og deretter settes inn i en annen kvinne. Begge prosedyrer blir derfor rammet av bioteknologilovens § 2-15 om anvendelse og tilbakeføring av befruktete egg¹¹. Men intensjonalt og konseptuelt er eggdonasjon og surrogati grunnleggende forskjellig. Det sentrale i surrogati er utlån eller utleie av en livmor – eggcellen kan være surrogatmorens egen, komme fra en donor eller komme fra bestiller. De som benytter seg av surrogati kan derfor ha egne eggceller, men mangle en fungerende livmor. For de som benytter eggdonasjon er situasjonen motsatt. De har en fungerende livmor, men mangler eggceller. Kvinner som benytter eggdonasjon vil bære barnet i magen gjennom hele svangerskapet og være sosial mor. En alternativ formulering av bioteknologilovens § 2-15 kan være at *et befruktet egg kan bare settes inn i den kvinne som skal bli barnets mor*. Denne formuleringen vil danne en juridisk skranke mot surrogati.

Eggdonasjonsprosessen er mye mer teknologisk krevende og inngripende prosedyre, og bryter mye mer med den naturlige reproduksjonen enn det sæddonasjon gjør. Teknologiseringen av eggdonasjonsprosessen bidrar i seg selv, i sterkere grad enn sæddonasjon, til å tingliggjøre reproduksjonen og de barna som blir til etter denne metoden. Hvis eggdonasjon blir tillatt, og det blir vanlig å tenke at eggceller kan flyttes fra en kvinne til en annen, vil det etterhvert kunne bryte skranken mot surrogati. En slik tingliggjøring kan derfor bane vei for surrogati og enda mer teknologisk inngripen i reproduksjonen.

Konsekvenser for embryodonasjon

Hvis eggdonasjon blir tillatt i Norge, kan det fremmes ønsker fra noen par om enten å bruke sæd- og eggdonasjon i kombinasjon eller å benytte donerte befruktete egg. I slike tilfeller, som samlet kalles embryodonasjon, vil verken far eller mor ha en genetisk tilknytning til barnet, men mor vil få en biologisk tilknytning gjennom svangerskapet.

Bioteknologinemnda har valgt å ikke behandle embryodonasjon i denne uttalelsen, men vil diskutere problemstillingen i sitt innspill til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med evalueringen av bioteknologiloven.

Konklusjoner

Likebehandling av ufruktbare menn og kvinner, samt likebehandling av sæd- og eggceller, har vært et viktig premiss for Bioteknologinemndas diskusjon av eggdonasjon. Det er allikevel viktige biologiske forskjeller mellom sæd- og eggceller, og mellom menns og kvinners roller i reproduksjonen, som ikke kan ses bort i fra. Eggdonasjon er en mer teknologisk krevende og inngripende prosess enn sæddonasjon. Et annet sentralt

¹¹ Første ledd: Befruktete egg kan ikke innsettes i livmoren til en annen kvinne enn den kvinnen eggcellen stammer fra.

diskusjonstema har derfor vært hvor langt vi skal gå i å teknologisere reproduksjonen, og hvilke konsekvenser en slik tiltagende teknologisering av reproduksjonen kan få.

Et flertall bestående av nemndsmedlemmene Thor Amlie, Kristin Louise Eiklid, Torunn Fiskerstrand, Nina Tangnæs Grønvold, Njål Høstmælingen, Sara Kahsay, Anne Synnøve Røsvik, Berge Solberg, Arne Sunde, Even Søfteland, Odd Vangen og Toril Wikesland mener at eggdonasjon er en forlengelse av andre typer assistert befruktning som er lovlig, akseptert og støttet av myndighetene i dag. Flertallet ønsker at menn og kvinner, og sæd- og eggceller, skal behandles så likt som mulig i loven. Videre mener flertallet at den medisinske og psykososiale risikoen for eggcelledonor, mottaker og barn er liten. De mener verken at vesentlige samfunnsverdier er truet, eller at eggdonasjon kan skade tredjepart. Flertallet kan ikke se at det er mer problematisk at bruken av eggdonasjon innfører et skille mellom genetisk og biologisk/sosial mor enn at bruken av sæddonasjon allerede har etablert et skille mellom biologisk og sosial far. Flertallet mener derfor at det ikke er gode nok grunner til at forbudet mot eggdonasjon skal opprettholdes.

Et mindretall bestående av nemndsmedlemmene Liv Helene Arum, Knut Hjelt, Bjørn Myskja, Torleiv Ole Rognum, Bell Batta Torheim, Terje Traavik, Marte Rostvåg Ulltveit-Moe og Lars Ødegård mener at det er mer problematisk å innføre et skille mellom genetisk og biologisk/sosial mor enn det allerede etablerte skillet mellom biologisk og sosial far. De mener det ikke er riktig å sidestille sæd- og eggdonasjon fordi eggdonasjon er vesentlig mer teknologisk krevende og inngripende enn sæddonasjon. Eggdonasjon tingliggjør derfor reproduksjonen og barna mer enn det sæddonasjon gjør. Hvis eggdonasjon blir tillatt, og det blir vanlig at eggceller kan flyttes fra én kvinne til en annen, vil det senke skranken mot surrogati. Mindretallet mener at den teknologiske utviklingen alene ikke skal få bestemme hvilke reproduksjonsteknologier som tillates brukt i Norge. De mener det er så mange etisk problematiske sider ved eggdonasjon, som skiller det fra sæddonasjon, at det ikke bør tillates som medisinsk behandling mot barnløshet i Norge.

Vennlig hilsen,

Lars Ødegård
leder

professor Sissel Rogne
direktør

Saksbehandler: Olve Moldestad, seniorrådgiver

Utvalgte kilder:

1. Trounson A, Leeton J, Besanko M, Wood C, Conti A (1983) Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro. *British medical journal (Clinical research ed)* 286: 835–838.
2. Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, et al. (1984) The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature* 307: 174–175.
3. Kortman M, Macklon N (2008) Oocyte donation in postmenopausal women: medical and ethical considerations. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 18: 168–169.
4. Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, et al. (2002) Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 288: 2320–2323.
5. Söderström-Anttila V (2001) Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human reproduction update* 7: 28–32.
6. Simchen MJ, Yinon Y, Moran O, Schiff E, Sivan E (2006) Pregnancy outcome after age 50. *Obstetrics and gynecology* 108: 1084–1088.
7. van der Hoorn MLP, Lashley EELO, Bianchi DW, Claas FHJ, Schonkeren CMC, et al. (2010) Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review. *Human reproduction update* 16: 704–712.
8. Hershberger P, Klock SC, Barnes RB (2007) Disclosure decisions among pregnant women who received donor oocytes: a phenomenological study. *Fertility and sterility* 87: 288–296.
9. Kan AK, Abdalla HI, Ogunyemi BO, Korea L, Latache E (1998) A survey of anonymous oocyte donors: demographics. *Human reproduction (Oxford, England)* 13: 2762–2766.
10. Gómez R, Soares SR, Busso C, Garcia-Velasco J a, Simón C, et al. (2010) Physiology and pathology of ovarian hyperstimulation syndrome. *Seminars in reproductive medicine* 28: 448–457.
11. Devroey P, Polyzos N, Blockeel C (2011) An OHSS-Free Clinic by segmentation of IVF treatment. *Human reproduction (Oxford, England)* 26: 2593–2597.
12. Kosmas IP, Zikopoulos K, Georgiou I, Paraskevoidis E, Blockeel C, et al. (2009) Low-dose HCG may improve pregnancy rates and lower OHSS in antagonist cycles: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online* 19: 619–630.
13. Fatemi HM, Blockeel C, Devroey P (2011) Ovarian Stimulation: Today and Tomorrow. *Current pharmaceutical biotechnology*.
14. Devroey P, Aboulghar M, Garcia-Velasco J, Griesinger G, Humaidan P, et al. (2009) Improving the patient's experience of IVF/ICSI: a proposal for an ovarian stimulation

- protocol with GnRH antagonist co-treatment. *Human reproduction* (Oxford, England) 24: 764–774.
15. Helsedirektoratet (2011) *Evaluering av bioteknologiloven: Status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven*. Oslo.
 16. Laruelle C, Place I, Demeestere I, Englert Y, Delbaere a (2011) Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human reproduction* (Oxford, England) 26: 382–390.
 17. Ahuja KK, Simons EG, Fiamanya W, Dalton M, Armar NA, et al. (1996) Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations. *Human reproduction* (Oxford, England) 11: 1126–1131.
 18. Ubaldi F, Anniballo R, Romano S, Baroni E, Albricci L, et al. (2010) Cumulative ongoing pregnancy rate achieved with oocyte vitrification and cleavage stage transfer without embryo selection in a standard infertility program. *Human reproduction* (Oxford, England) 25: 1199–1205.
 19. Rienzi L, Romano S, Albricci L, Maggiulli R, Capalbo A, et al. (2010) Embryo development of fresh “versus” vitrified metaphase II oocytes after ICSI: a prospective randomized sibling-oocyte study. *Human reproduction* (Oxford, England) 25: 66–73.
 20. Purewal S, van den Akker OB a (2009) Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human reproduction update* 15: 499–515.
 21. Baetens P (2002) Oocyte donation. *ESHRE Monographs: Guidelines for Counselling in Infertility* 16: 33–34. doi:10.1053/beog.2002.0288.
 22. Schover LR, Collins RL, Quigley MM, Blankstein J, Kanoti G (1991) Psychological follow-up of women evaluated as oocyte donors. *Human reproduction* (Oxford, England) 6: 1487–1491.
 23. Englert Y (1996) Ethics of oocyte donation are challenged by the health care system. *Human reproduction* (Oxford, England) 11: 2353–2355.
 24. Byrd LM, Sidebotham M, Lieberman B (2002) Egg donation--the donor's view: an aid to future recruitment. *Human fertility* (Cambridge, England) 5: 175–182.
 25. Kenney NJ, McGowan ML (2010) Looking back: egg donors' retrospective evaluations of their motivations, expectations, and experiences during their first donation cycle. *Fertility and sterility* 93: 455–466.
 26. Murray C, MacCallum F, Golombok S (2006) Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. *Fertility and sterility* 85: 610–618.
 27. Söderström-Anttila V, Sajaniemi N, Tiitinen a, Hovatta O (1998) Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Human reproduction* (Oxford, England) 13: 2009–2015.
 28. Applegarth L, Goldberg NC, Cholst I, McGoff N, Fantini D, et al. (1995) Families created through ovum donation: a preliminary investigation of obstetrical outcome

- and psychosocial adjustment. *Journal of assisted reproduction and genetics* 12: 574–580.
29. Raoul-Duval a, Letur-Konirsch H, Frydman R (1992) Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Human reproduction (Oxford, England)* 7: 51–54.
 30. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Mellish L, et al. (2011) Children conceived by gamete donation: psychological adjustment and mother-child relationships at age 7. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 25: 230–239.
 31. Golombok S, Cook R, Bish A, Murray C (1995) Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child development* 66: 285–298.
 32. Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Guerra D, et al. (1996) The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human reproduction (Oxford, England)* 11: 2324–2331.
 33. Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H (1999) Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 40: 519–527.
 34. Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadvá V, Murray C, et al. (2004) Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 18: 443–452.
 35. Golombok S, Murray C, Jadvá V, Lycett E, MacCallum F, et al. (2006) Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human reproduction (Oxford, England)* 21: 1918–1924.
 36. Readings J, Blake L, Casey P, Jadvá V, Golombok S (2011) Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive biomedicine online*.
 37. Murray C, Golombok S (2003) To tell or not to tell: the decision-making process of egg-donation parents. *Human fertility (Cambridge, England)* 6: 89–95.
 38. Jadvá V, Freeman T, Kramer W, Golombok S (2009) The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Human reproduction (Oxford, England)* 24: 1909–1919.
 39. Klock SC, Greenfeld DA (2004) Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Human reproduction (Oxford, England)* 19: 1575–1579.
 40. Baetens P, Devroey P, Camus M, Van Steirteghem AC, Ponjaert-Kristoffersen I (2000) Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Human reproduction (Oxford, England)* 15: 476–484.

41. Pennings G (2011) The rights and wrongs of egg donation. *Focus on reproduction*: 32–35.
42. Bale TL (2011) Sex differences in prenatal epigenetic programming of stress pathways. *Stress (Amsterdam, Netherlands)* 14: 348–356.
43. Gluckman PD, Hanson M a, Beedle AS (2007) Non-genomic transgenerational inheritance of disease risk. *BioEssays : news and reviews in molecular, cellular and developmental biology* 29: 145–154.
44. Skinner MK, Manikkam M, Guerrero-Bosagna C (2010) Epigenetic transgenerational actions of environmental factors in disease etiology. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM* 21: 214–222.
45. Levine AD (2011) The oversight and practice of oocyte donation in the United States, United Kingdom and Canada. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 23: 15–30.
46. Antinori S, Gholami G, Versaci C, Cerusico F, Dani L, et al. (2003) Obstetric and prenatal outcome in menopausal women: a 12-year clinical study. *Reproductive BioMedicine Online* 6: 257–261.
47. Dondorp WJ, De Wert GMWR (2009) Fertility preservation for healthy women: ethical aspects. *Human reproduction (Oxford, England)* 24: 1779–1785.