



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.: 2020/42

Deres ref.:

Dato: 27.3.2020

Skal enslige kvinner få rett til assistert befruktning?

Bioteknologirådet har på sitt møte 10. mars 2020 diskutert bioteknologilovens krav til samlivsform for assistert befruktning. Bioteknologilovens §§ 2-2 og 2-3 fastslår at assistert befruktning kun skal tilbys til kvinner som er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold. Enslige kvinner kan dermed ikke få tilbud om assistert befruktning i Norge i dag.

Oppsummering av Bioteknologirådets anbefalinger

Et flertall av Bioteknologirådets medlemmer, Ishita Barua, Jacob Elster, Arne Holst-Jensen, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Anne Ingeborg Myhr, Ole Frithjof Norheim og Bente Sandvig mener at bioteknologiloven bør endres slik at enslige kvinner får tilgang til assistert befruktning ved sæddonasjon.

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Marianne Klungland Bahun, Geir Sverre Braut, Kristin Solum Steinsbekk, Morten Magelssen og Benedicte Paus mener tilbudet om assistert befruktning fortsatt bør begrenses til par som er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold.

Flertallets og mindretallets syn begrunnes i siste del av denne uttalelsen.

Bakgrunn

Da dagens bioteknologilov ble vedtatt i 2003, åpnet den ikke for å tilby assistert befruktning til enslige kvinner eller lesbiske par. I Helsedepartementets forarbeider til loven stod følgende om temaet:

Når det gjelder spørsmålet om å åpne for at assistert befruktning skal kunne tilbys enslige kvinner eller lesbiske par, vil departementet vise til at assistert befruktning innen helsetjenesten i dag tilbys for å avhjelpe mannlig og kvinnelig medisinsk infertilitet eller på annen måte uforklarlig infertilitet. Det har ikke vært en målsetting å etablere et tilbud for å avhjelpe andre årsaker til barnløshet. Departementet mener det er riktig å holde fast ved dagens begrunnelse for helsetjenestens tilbud om assistert befruktning, og har i tråd med Stortingets tilråding ikke funnet grunnlag for å foreslå utvidelser når det gjelder hvem som kan få et slikt tilbud. En forutsetning for assistert befruktning er således at kvinnen er gift eller samboer med en mann i

ekteskapsliknende forhold. Dette innebærer at assistert befruktning ikke kan utføres på enslige eller lesbiske kvinner.¹

I forbindelse med innføringen av felles ekteskapslov i 2009 ble også bioteknologilovens §§ 2-2 og 2-3 endret, slik at lesbiske par som er gift eller samboere i ekteskapsliknende forhold, fikk rett til assistert befruktning. Det var første gang en gruppe fikk tilgang til dette tilbudet i Norge uten en medisinsk begrunnelse. I 2013 ble det åpnet for å tilby assistert befruktning også til par hvor en av partene er smitteførende med hiv eller en annen alvorlig og kronisk seksuelt overførbart infeksjon. Et hovedformål med lovendringen i 2013 var å hindre risiko for at hiv-positive personer smitter partneren når de forsøker å unnfange barn.

Selv om intensjonene bak endringene i bioteknologiloven i henholdsvis 2009 og 2013 ikke er direkte sammenlignbare, er verken lesbiske eller hiv-positive per definisjon medisinsk ufruktbare. Siden dette medisinske kriterier ikke lenger er det eneste premisset for å tilby assistert befruktning i Norge, kan det argumenteres for at slik behandling også bør tilbys andre grupper i samfunnet. Alle som søker om assistert befruktning i Norge, må gjennom en medisinsk og psykososial vurdering. Dette skal ekskludere søkere som er personlig uegnet til å ha omsorg for barn.

Det er velkjent at en del nordmenn som på grunn av lovverket ikke får tilgang til den typen assistert befruktning de trenger for å unnfange barn, drar til utlandet for å kjøpe slik behandling der. Dette gjelder blant annet enslige kvinner samt kvinner og par som ønsker eggdonasjon eller anonym sæddonor. Ved behandling i utlandet kan man ofte velge å benytte seg av anonym donor av kjønnseller, selv om noen klinikker også tilbyr åpen donor. Med anonym donor får barnet ikke mulighet til å kjenne donorens identitet. Dersom sæddonasjonen foregår med åpen donor, kan barnet få opplyst donorens identitet når det blir myndig.

Barnets rett til å kunne få vite donorens identitet ble knesatt som et viktig prinsipp i Norge da systemet med anonyme sæddonorer ble avskaffet i 2005. Barn som blir født etter assistert befruktning med donorsæd i Norge, har rett til å få vite donors identitet når de blir myndige. I forarbeidene til felles ekteskapslov skrev Barne- og likestillingsdepartementet at «det er positivt for barna at lesbiske par kan få assistert befruktning i Norge, fordi assistert befruktning i Norge innebærer at barna får rett til å få informasjon om sin biologiske far (donor) når barnet blir 18 år».² I forslag til endringer i bioteknologiloven (Prop. 34L) som skal behandles i Stortinget i april, går regjeringen inn for å senke alderen for når barnet kan få vite donors identitet fra 18 til 15 år.

¹ [Ot.prp. nr. 64 \(2002–2003\), kap. 2.4.5.](#)

² [Ot.prp. nr. 33 \(2007–2008\), kap. 8.6.](#)

Assistert befruktning for enslige kvinner er tillatt i Sverige, Danmark, Finland og på Island. En oversikt over lovverk i 43 europeiske land viser at 30 av disse tillater assistert befruktning for single.³

Eksisterende kunnskap om oppvekst med selvalgt enslige mødre

Assistert befruktning som et organisert tilbud i det offentlige helsevesenet har kun eksistert i noen tiår – verdens første barn unnfanget ved IVF-behandling (befruktning utenfor kroppen) ble født i 1978. Forskningen på hvordan ulike former for assistert befruktning påvirker familieforhold og barnas sosio-emosjonelle utvikling, er derfor begrenset. Noe forskning er etter hvert likevel gjort på oppvekst med enslige kvinner som unnfanger barn med donorsæd.

Forskningen på temaet preges gjennomgående av tre mangler:

- Utvalgene er små og derfor vanskelige å generalisere ut fra
- Et ganske lite antall forskningsmiljøer står for mye av forskningen
- Få studier følger familiene over lang tid og/eller fram til barna blir voksne

Den eksisterende forskningen gir imidlertid ingen grunn til å fastslå med sikkerhet at det er uheldig for barn å vokse opp med selvalgt enslige mødre. Et flertall av de publiserte studiene finner at barn som vokser opp hos disse kvinnene, i hovedsak er like sosialt veltilpasset og knyttet til sin forelder som andre barn.⁴ Enkelte avvikende funn (både positive og negative) finnes, men disse er få og peker i sum ikke i noen bestemt retning.

³ E [C Calhaz-Jorge](#), [C h De Geyter](#), [M S Kupka](#), [C Wyns](#), [E Mocanu](#), [T Motrenko](#), [G Scaravelli](#), [J Smeenk](#), [S Vidakovic](#), [V Goossens](#): Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) *Human Reproduction Open*, Volume 2020, Issue 1, 2020, hoz044, <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz044>.

⁴ Se bl.a. Weissenberg R, Landau R. (2012), Are two a family? Older single mothers assisted by sperm donation and their children revisited, *Am J Orthopsychiatry* 82 (4): 523-8; Golombok S, Badger S. (2010), [Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexualmothers, at early adulthood](#), *Hum Reprod.* 25 (1): 150-7; Landau R, Weissenberg R, Madgar I. (2008), [A child of 'hers': older single mothers and their children conceived through IVF with both egg and sperm donation](#), *Fertil Steril* 90 (3): 576-83; Weissenberg R, Landau R, Madgar I. (2007), [Older single mothers assisted by sperm donation and their children](#), *Hum Reprod.* 22 (10): 2784-91; Murray C, Golombok S. (2005), [Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years](#), *Hum Reprod.* 20 (6): 1655-60; Murray C, Golombok S. (2005), [Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination](#), *Am J Orthopsychiatry* 75 (2): 242-53; Chan RW, Raboy B, Patterson CJ (1998), [Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers](#), *Child Dev.* 69 (2): 443-57

Lignende konklusjoner er trukket i studier som har sammenlignet ulike familietyper som har fått barn ved hjelp av donerte kjønnsceller.⁵

Etiske og samfunnsmessige aspekter

Assistert befruktning for enslige er et tilbud som det er etterspørsel etter blant norske kvinner. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende øker, og flere kvinner opplever at de nærmer seg slutten av sin fruktbare alder uten at de har funnet en mann de ønsker å stifte familie med. De kan likevel ha et sterkt ønske om å få egne barn. For mange av disse kvinnene vil et tilbud om assistert befruktning være et viktig og etterlengtet gode.

Bioteknologirådets medlemmer understreker som et grunnprinsipp at barnets rett til en trygg og god oppvekst må veie tyngre enn kvinnens ønske om å få barn. Det finnes imidlertid mange ulike syn på hva som utgjør en trygg og god oppvekst. I spørsmålet om assistert befruktning for enslige skal tillates, finnes det gode argumenter på begge sider. Bioteknologirådet har diskutert de ulike argumentene.

Mange barn i Norge har en god oppvekst med bare én forelder. Adopsjonsloven tillater også at enslige kan adoptere og på den måten bli omsorgspersoner for barn, med myndighetenes godkjenning. Det norske lovverket for assistert befruktning er imidlertid bygget opp rundt prinsippet om at når vi som samfunn medvirker til at barn blir til gjennom assistert befruktning, har vi et særlig ansvar for at dette skjer på en måte som sikrer disse barnas beste i størst mulig grad.

Det fremste argumentet for ikke å tillate assistert befruktning for enslige kvinner, er at et barn født av en enslig forelder i de fleste tilfeller vil være mer utsatt hvis mor blir ute av stand til å ivareta omsorgen. Dersom enslige kvinner får rett til assistert befruktning i Norge, vil det i den psykososiale vurderingen av kvinnen sannsynligvis legges betydelig vekt på om hun har et tilstrekkelig stort og støttende nettverk rundt seg. Det er ulike syn på om dette nettverket kan erstatte en far eller medmor.

⁵ Se bl.a. Kovacs GT, Wise S, Finch S. (2013), [Functioning of families with primary school-age children conceived using anonymous donor sperm](#), *Hum Reprod.* 28 (2): 375-84; Greenfield DA (2012), [The evolving world of ART: who are the intended parents and how are their children doing?](#), *Minerva Ginecol.* 64 (6): 455-60; Susan Golombok, Jennifer Readings, Lucy Blake, Polly Casey, Laura Mellish, Alex Marks, and Vasanti Jadvā (2011), [Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3](#), *J Fam Psychol.* 25 (2): 230-239; Bos H, van Balen F. (2010), [Children of the new reproductive technologies: social and genetic parenthood](#), *Patient Educ Couns.* 81 (3): 429-35; Wagenaar K, Huisman J, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA. (2008), [An overview of studies on early development, cognition, and psychosocial well-being in children born after in vitro fertilization](#), *J Dev Behav Pediatr.* 29 (3): 219-30; Golombok S, Murray C, Jadvā V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. (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](#), *Hum Reprod.* 21 (7): 1918-24; Golombok S, Jadvā V, Lycett E, Murray C, Maccallum F (2005), [Families created by gamete donation: follow-up at age 2](#), *Hum Reprod* 20 (1): 286-93.

En del nordmenn drar til utlandet for å gjennomføre behandling med assistert befruktning som de ikke har lov til å få i Norge. Tall som Helsedirektoratet har hentet inn, tilsier at det kun ved Stork-klinikken i Danmark ble unnfanget anslagsvis et sted mellom 75 og 130 barn til enslige norske kvinner i 2009. I tillegg kommer kvinnene som har oppsøkt behandling ved andre klinikker i Danmark samt i andre land. Totalt ble i overkant av 2000 barn født etter assistert befruktning i Norge samme år. Andelen barn født av enslige kvinner etter bruk av sæddonor i utlandet er altså ikke ubetydelig målt opp mot det totale antallet norske barn født etter assistert befruktning.

Ett argument for å tillate assistert befruktning for enslige i Norge er derfor at et slikt tilbud vil få flere av kvinnene som i dag søker behandling i utlandet, inn i et behandlingssystem som er godkjent av norske myndigheter. Dersom enslige kvinner får assistert befruktning i Norge, vil i tillegg barna deres få rett til å kjenne sæddonorens identitet når de blir myndige. Nå er det en trend at flere klinikker i utlandet går over til åpen donor eller en utvidet donorprofil (flere opplysninger, men ikke identitet). Likevel kan vi anta at noen kvinner og par vil fortsatt vil kunne reise til utlandet for å benytte seg av anonym donor.

Noen mener at hvor mye ressurser man bruker på tilbud om assistert befruktning bør ses i sammenheng med den globale befolkningssituasjonen og utfordringer innen helsevesenet, mens andre mener dette ikke er relevant i denne sammenhengen hvor det er snakk om å utvide et eksisterende tilbud til en ny gruppe.

Noen argumenter imot assistert befruktning til single vil også gjelde for andre behandlingstilbud som allerede er tillatt i Norge i dag. Det kan dreie seg om en generell skepsis til sæddonasjon. Et slikt argument kan være basert på det som kalles det biologiske prinsipp, der tanken er at det å vokse opp med biologiske foreldre har en betydning for selvforståelse og identitet. Ved all kjønnscedonasjon vil denne være begrenset, selv om barn har rett til å kjenne donors identitet ved fylte 18, som er dagens regel, eller 15 år som regjeringen har foreslått i Prop. 34 L Endringer i bioteknologiloven m.m. I denne sammenhengen er det betydningen av å vokse opp med en far som er det sentrale. Et prinsipielt problem med et slikt argument er at det vil innebære forskjellsbehandling siden lesbiske par i dag har rett til assistert befruktning. Assistert befruktning til single kvinner vil uansett innebære en forskjellsbehandling i forhold til single menns muligheter.

Finansiering

Dersom det blir åpnet for assistert befruktning for enslige i Norge, kan det fortsatt diskuteres hvordan tilbudet skal finansieres. Slik situasjonen er i dag, finansierer staten deler av behandlingen i det offentlige helsevesenet for alle par som innfrir kriteriene for assistert befruktning.

Det offentlige tilbyr og finansierer imidlertid ikke alle helsetilbud som er tillatt i Norge. Hvis tilbudet om assistert befruktning utvides til flere grupper som ikke er medisinsk ufruktbare, kan det være aktuelt at enkelte av disse gruppene må finansiere behandlingen selv, hos private tilbydere med offentlig godkjenning. Hvorvidt man skal åpne for en slik løsning, og hvilke grupper som eventuelt kun skal få tilgang til dette som et egenfinansiert tilbud, må i så fall bli gjenstand for en politisk debatt.

Bioteknologirådets tilråding

Et flertall i Bioteknologirådet, medlemmene Ishita Barua, Jakob Elster, Arne Holst-Jensen, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Anne Ingeborg Myhr, Ole Frithjof Norheim og Bente Sandvig mener at bioteknologiloven bør endres slik at enslige kvinner får tilgang til assistert befruktning ved sæddonasjon. Medlemmene legger vekt på at dette vil ivareta enslige kvinners ønsker.

Medlemmene vektlegger dette sterkere enn de mulige ulempene ved å være en versus to foreldre. Medlemmene understreker at alle som søker om assistert befruktning, må gjennom en medisinsk og psykososial vurdering.

Arne Holst-Jensen vektlegger at sæddonasjon kan skje på mange måter, også uten bruk av teknologi, og at det er tryggere både for kvinnen og barnet at donasjon skjer innenfor enn utenfor helsevesenet, og bedre at det skjer innenfor enn utenfor rammene av norsk lovverk. Det vil også sikre barnets rett til å vite hvem som er donor.

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Marianne Klungland Bahus, Geir Sverre Braut, Kristin Solum Steinsbekk, Morten Magelssen og Benedicte Paus mener tilbudet om assistert befruktning fortsatt bør begrenses til par som er gift eller samboere i ekteskapslignende forhold, slik at barna får to foreldre. Barn som fødes av enslige mødre etter assistert befruktning vil mangle en far eller medmor, og kan dermed mangle en del av det sosiale nettverket som to foreldre vanligvis gir. De vil også være i en mer utsatt posisjon dersom mor blir ute av stand til å ivareta omsorgen.

Andre forhold

Bioteknologirådet vil bemerke at det kan oppfattes som uklart hvorvidt adgangen til assistert befruktning uten medisinsk begrunnelse også innbefatter IVF/ICSI, eller er begrenset til kun inseminasjon. Denne pasientgruppen er omtalt i § 2-3 som omhandler inseminasjon, men er ikke eksplisitt omtalt i § 2-4, som omhandler IVF/ICSI. Rådet har kjennskap til at det i klinikkene er ulike tolkninger av om lesbiske har adgang til IVF/ICSI uten medisinsk begrunnelse. Spørsmålet er relevant både dersom enslige skulle få adgang til assistert befruktning, og dersom det i loven blir åpnet for eggdonasjon. Hvis lesbiske som ikke er medisinsk ufruktbare ikke har adgang til IVF/ICSI vil det ikke være mulig med eggdonasjon fra den ene kvinnen i paret til den andre, siden eggdonasjon krever IVF/ICSI. Rådet anbefaler derfor at myndighetene enten avklarer hvordan loven skal tolkes eller om nødvendig endrer loven i tråd med intensjonen.

Med hilsen

Ole Frithjof Norheim (sign.)
leder

Elisabeth Gråbøl-Undersrud
fungerende direktør

Saksbehandler: Truls Petersen, seniorrådgiver

Kopi: Stortinget v/Helse- og omsorgskomiteen