



Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget

Vår ref.: 2020/36

Deres ref.:

Dato: 2.4.2020

Bioteknologirådets uttalelse om eggdonasjon

Bioteknologirådet har på sitt møte 10. mars 2020 diskutert om eggdonasjon skal bli tillatt i Norge. Rådet har ikke tatt stilling til tilhørende temaer, som embryo- og dobbeldonasjon, kriterier for eggdonor og aldersgrense for mottaker av egg. Vi kommer tilbake til disse og noen andre problemstillinger i en senere uttalelse.

Det norske forbudet mot eggdonasjon er nedfelt i bioteknologilovens § 2-18 («Donasjon av egg eller deler av dette fra en kvinne til en annen er forbudt.») og § 2-15 («Befruktede egg kan ikke innsettes i livmoren til en annen kvinne enn den kvinnen eggcellen stammer fra»).

Eggdonasjon kan være aktuelt for kvinner som av medisinske grunner ikke kan bruke egne egg til å få barn. Det er ulike årsaker til at kvinner ikke kan bruke egne egg, blant annet sykdom, medisinsk behandling og alder. Kvinner har fra naturens side en kortere fruktbar periode enn menn og kvinner kan ikke regne med å være fertile etter fylte 45 år.

Fagmiljøene anslår at opptil 200 norske kvinner hvert år ønsker behandling med eggdonasjon.

Oppsummering av Bioteknologirådets anbefalinger

Et flertall av Bioteknologirådets medlemmer – Ole Frithjof Norheim, Kristin Solum Steinsbekk, Kristin Børresen, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Raino S. E. Malnes, Anne Ingeborg Myhr og Bente Sandvig – ønsker å tillate eggdonasjon i Norge. Ønsket om å få barn er sentralt for mange mennesker. Eggdonasjon kan være til stor hjelp for kvinner som ikke kan få barn med egne egg og for deres partnere. At eggdonasjon går på tvers av tradisjonelle måter å få barn på, er ikke god nok grunn til å forby eggdonasjon. Disse medlemmene mener videre at det i denne sammenheng ikke er noen prinsipiell forskjell på eggceller og sædceller og at man bør likebehandle infertile kvinner og menn når det gjelder det å få hjelp til å få barn (bli foreldre) via donasjon av kjønnseller. Flere norske kvinner reiser i dag utenlands for å motta eggdonasjon, der anonym donasjon kan være tillatt. En åpning for å gi tilbud om eggdonasjon i Norge vil også likestille barn unnfanget ved donasjon av egg og sæd når det gjelder muligheten til kunnskap om sitt genetiske opphav.

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Marianne Klungland Bahus, Geir Sverre Braut, Bushra Ishaq, Arne Holst-Jensen, Morten Magelssen og Benedicte Paus mener bioteknologilovens forbud mot eggdonasjon bør bestå, men legger forskjellig vekt på de ulike argumentene.

For noen av disse medlemmene er det viktigst at eggdonasjon leder til at barn blir født der intensjonen er at de ikke skal vokse opp med begge genetiske foreldre. For andre er det sentralt at gjennom hele menneskets historie har kvinnen som føder et barn, fra naturens side vært barnets genetiske mor, selv om hennes partner ikke nødvendigvis var barnets genetiske far. I tillegg er donasjon av egg en mer belastende og ressurskrevende prosess enn sæddonasjon, og dermed et argument for at sæd- og eggdonasjon ikke nødvendigvis skal likebehandles i lovverket. En legalisering av eggdonasjon vil videre medføre at en av de viktige skrankene mot surrogati blir fjernet.

Eggdonasjon styrker i realiteten menns muligheter til å bli genetiske fedre, men uten at kvinnen blir genetisk mor. Eggdonasjon kan derfor ikke begrunnes ut fra et feministisk perspektiv.

Disse medlemmene legger videre vekt på at det er svært få norske kvinner som har behov for eggdonasjon på medisinsk indikasjon, og at behovet i all hovedsak skyldes at kvinner i økende grad venter lenge med å forsøke å få barn. Dette er en utvikling som ikke er bærekraftig, og som ikke kan fortsette, noe åpning for eggdonasjon vil tilrettelegge for.

Eggdonasjon bør også sees i et større samfunnsmessig/globalt perspektiv og i lys av FNs bærekraftsmål. Overbefolkning er en global utfordring. Det er i verdenssammenheng svært mange barn som trenger foreldre.

Et samlet Bioteknologiråd mener at det er en rekke forhold som må utredes nærmere dersom eggdonasjon blir tillatt i Norge og peker på flere slike til slutt i uttalelsen. Én slik utfordring er spørsmålet om godtgjøring til den som donerer egg. Et samlet Bioteknologiråd mener at dette bør løses på en måte slik at donorenes motiv for å donere ikke blir økonomisk betinget. Rådet bidrar gjerne i et videre arbeid med å utrede problemstillinger knyttet til eggdonasjon.

Bioteknologirådet mener det generelt er behov for bedre oppfølging og økt rapportering i forbindelse med assistert befruktning. Dette blir enda mer presserende dersom nye behandlingsmetoder blir tillat.

1. Innledning

Prosedyren med eggdonasjon gjennomføres ved at eggceller hentes ut fra en kvinne etter to til fire uker med hormonbehandling. Uthenting skjer under lokalbedøvelse. Den ultralyd-guidede nålen føres inn i skjeden og stikkes gjennom skjedeveggen og inn i modne eggposer (follikler) i eggstokkene. Eggcellene suges gjennom nålen ut i et oppsamlingskammer. De høstede eggcellene kan deretter befruktes eller fryses ned for senere befruktning. Etter befruktning settes én (eller to) av de befruktede eggcellene (embryoene) inn i livmoren til mottakeren, som på forhånd har blitt hormonstimulert slik at embryoet kan feste seg i livmorslimhinnen. De overtallige embryoene fryses ned og oppbevares til eventuelle framtidige forsøk på å få barn.

Den første graviditeten etter eggdonasjon ble rapportert i 1983. Året etter ble verdens første barn etter eggdonasjon født. Prosedyren er tillatt i de fleste europeiske og andre vestlige land. I 2010 ble minst 7300 europeiske barn født etter eggdonasjon, ifølge innrapporteringen til den europeiske fagsammenslutningen European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).¹ Det er anslått at mer enn 85 000 barn i USA ble født etter eggdonasjon i perioden 1995–2007.²

I motsetning til menn, som produserer egne kjønnsceller helt fra puberteten og til livets slutt, er kvinner født med et begrenset antall egg i eggstokken. Kvinner kan ikke danne nye egg utover de hun er født med, og dette er den bakenforliggende årsaken til at kvinners fruktbarhet reduseres fra 32 års alder. Fra tiden rundt fylte 32 år reduseres kvinners fruktbarhet gradvis, og eggkvaliteten blir dårligere. Fra da og fram mot menopausen har de eggene som er igjen i eggstokken større sjanser for å være unormale, i hovedsak på grunn av endret kromosomtall (aneuploidier), og dette reduserer kvinnens fruktbarhet. Hvor mange normale egg den enkelte kvinne har igjen i eggstokken kan påvirkes negativt av røyking, sykdommer som endometriose/endometriom (der slimhinnen på innsiden av livmor vokser), eller behandlinger kvinnen har gjennomført, så som fjerning av hele/deler av eggstokken eller cellegift. Denne prosessen akselererer fra 37-årsalderen.³

Mangel på egg kan i enkelte tilfeller skyldes genetisk sykdom. Noen av de kvinnelige arvebærerne for fragil X syndrom er født med få egg i eggstokken og kommer derfor tidlig i menopausen, noen så tidlig som i 20-årene, og gjerne uten at de har visst om sin lave eggreserve. Jenter med Turners syndrom får ikke menstruasjon (primær amenorrhoe) og er oftest infertile som voksne. Videre er noen kvinner arvebærere for en balansert kromosomtranslokasjon, som kan gi ubalanserte kromosomfeil hos avkommet som fører til gjentatte spontanaborter og infertilitet.

Friske kvinner med normalt antall egg ved fødsel og fravær av forverrende faktorer kan heller ikke regne med å være fruktbare etter fylte 45 år.

Gjennomsnittsalderen på norske førstegangsfødende kvinner har økt jevnt de siste tiårene. Fra 1997 til 2018 økte snittalderen fra 26,8 til 29,5 år, ifølge SSB.⁴ Andelen førstegangsfødende kvinner som er over 35 år er mangedoblet, fra 1,25 prosent på 1970-tallet til 10,3 prosent i 2008.⁵

Eggdonasjon er aktuelt hos kvinner som på grunn av en enkeltstående eller kombinasjoner av disse årsakene har minimal eller ingen mulighet til å få barn med egne egg.

Eggdonasjon ble først utviklet som et tilbud til unge kvinner med redusert eggstokkfunksjon. Etter hvert har metoden blitt stadig mer vanlig å anvende på kvinner i slutten av 30-årene eller eldre, altså når kvaliteten på kvinnenes egne egg er redusert. Erfaringer med eggdonasjon fra

¹ M.S. Kupka et al. (2014), "Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE", *Human Reproduction* 29, side 2110.

² Patricia Mendell og Jean Benward (2009), "American Fertility Association Fact Sheet: Talking with Children about Ovum Donation", side 1.

³ American Society for Reproductive Medicine (2014), «[Committee Opinion no. 589: Female age-related fertility decline](#)», *Fertility and Sterility* 101: 633–34.

⁴ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarheten-fortsetter-a-synke>

⁵ Helsedirektoratet (2011), «Evaluering av bioteknologiloven. Status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven», side 45.

unge kvinner til eldre kvinner viser at eggcellenes alder og kvalitet er viktigere enn mottakerkvinnens alder.⁶

2. Medisinsk risiko og nytte ved eggdonasjon

Et stort flertall av vestlige land tillater eggdonasjon, noe som betyr at de anser den medisinske risikoen som akseptabel. Blant de norske fagpersonene som Bioteknologirådet har vært i kontakt med, har alle gitt uttrykk for at den medisinske risikoen ikke utgjør noen tungtveiende grunn for at prosedyren skal være forbudt.

Risiko og nytte for donør

Uthenting av eggene fra donør er et invasivt medisinsk inngrep, som innebærer noe ubehag og medfører en liten risiko for komplikasjoner. Dersom uthenting av egg skjer i forbindelse med at donoren gjennomfører egen IVF-behandling, vil donasjonen imidlertid ikke innebære noen ekstra medisinsk risiko for donoren.

Den medisinske risikoen for donør er i hovedsak knyttet til blødning/infeksjon i forbindelse med egguttaket, og til såkalt hyperstimulering av eggstokkene (OHSS). Alvorlig OHSS forekommer nærmest utelukkende hos kvinner som selv blir gravide i forbindelse med behandlingen, og sannsynligheten for OHSS i forbindelse med eggdonasjon er derfor svært liten. En artikkel fra 2019 anslo forekomst av OHSS til kun 0,2 % av rapporterte behandlingssykluser med IVF i Europa,⁶ og Rikshospitalet opplyser at de regner sannsynligheten for både OHSS og blødning/infeksjon for å være mindre enn én prosent blant sine IVF-pasienter.

Selv om sannsynligheten for alvorlige konsekvenser av IVF er svært lav, er det registrert dødsfall internasjonalt i forbindelse med uthenting og innsetting av egg. Ved IVF-behandling med kvinnens egne egg regnes imidlertid nytten som større enn risikoen.

Kvinner som kun donorer egg har ingen medisinsk nytte av donasjonen. Verdien for donorer kan for eksempel ligge i et altruistisk ønske om å hjelpe et annet menneske til å få et ønsket barn, eller i en eventuell økonomisk kompensasjon.

Når det gjelder langtidseffekter av hormonstimulering, viser forskning gjort på risiko for kreft for kvinner som selv har gjennomgått IVF ingen forhøyet risiko.⁷

⁶ ESHRE fact sheet 2020: lastet ned fra <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources>

⁷ Se for eksempel: Momenimovahed, Z., Taheri, S., Tiznobaik, A., & Salehiniya, H. (2019). Do the Fertility Drugs Increase the Risk of Cancer? A Review Study. *Frontiers in endocrinology*, 10, 313, <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00313>; Kroener, L., Dumesic, D., & Al-Safi, Z. (2017). Use of fertility medications and cancer risk: a review and update. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 29(4), 195–201. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000370>; Louis LS, Saso S, Ghaem-Maghamsi S, Abdalla H, Smith JR. The relationship between infertility treatment and cancer including gynaecological cancers. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2013;15:177–83; <https://tidsskriftet.no/en/2018/12/oversiktsartikkel/cancer-risk-mother-and-child-after-fertility-treatment>

Det fins imidlertid lite forskning på langtidseffekter av hormonstimulering for de som kun har donert egg, og som ikke har benyttet egne egg til å bli gravid.⁸ Slik forskning er krevende og fordrer gode langtidsdata fra assistert befruktning generelt og eggdonasjon spesielt.

En vitenskapelig artikkel fra 2009, basert på 64 publiserte studier av eggdonorer, gir en god oversikt over den eksisterende kunnskapen om donorenes opplevelser av donasjonsprosessen.⁹ Studien konkluderer med at flertallet av donorene, tross risikoene og ubehaget ved prosedyren, opplevde donasjonen som positiv. Dette gjaldt både for «eggdelingsdonorer» (som donerte egg fra egen IVF-behandling), kjente donorer (donorer som var bekjente eller slektninger av paret som mottok donasjonen), ikke-betalte donorer (som donerte av altruistiske motiver) og betalte donorer (som mottok betaling for donasjonen).

Studiene viste også at donorenes beskrivelse av egne motiver for donasjonen var i samsvar med det man kunne anta: Kjente donorer begrunnet donasjonen med sitt personlige forhold til mottakerparet, ikke-betalte donorer oppga altruistiske motiver, mens betalte donorer oppga både altruistiske og økonomiske motiver. Flertallet av donorene var villige til å donere ikke-anonymt, men et betydelig mindretall satte anonymitet som betingelse for å donere.

En nyere artikkel om svenske donorers opplevelser understøtter funnet om at eggdonorene i hovedsak har hatt positive opplevelser knyttet til donasjonen. I denne studien, hvor 165 eggdonorer deltok, oppga nesten 86 prosent at de var fornøyde med opplevelsen.¹⁰

Risiko og nytte for mottaker og barn

Det er en noe høyere forekomst av svangerskapskomplikasjoner hos mottakere av eggdonasjon enn hos kvinner som blir gravide ved IVF og bruk av egne egg. Dette kan ha sammenheng med at gjennomsnittsalderen blant kvinner som mottar eggdonasjon er høyere enn blant andre IVF-gravide kvinner, og risikoen for svangerskapskomplikasjoner er generelt økende med kvinnens alder.

Risikoen for svangerskapskomplikasjoner innebærer også en lav, men økt risiko for barnet, blant annet økt forekomst av tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Studier viser også at det er en økt risiko for de fleste medfødte misdannelser hos barn født ved bruk av assistert befruktning. Det er imidlertid usikkert om effekten skyldes kvinnens alder eller metoden eller om ulike metoder gir ulik risiko, for eksempel om bruk av mikroinjeksjon eller nedfrysning av embryoer medfører en ytterligere økt risiko.¹¹

⁸ Schneider J, Lahl J, Kramer W. Long-term breast cancer risk following ovarian stimulation in young egg donors: a call for follow-up, research and informed consent. [Reprod Biomed Online](#). 2017 May;34(5):480-485. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.02.003.

⁹ S. Purewal og O. B. A. van den Akker, (2009) "Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences", *Human Reproduction Update* 15: 499-515

¹⁰ A.S. Svanberg et al. (2013), «Gamete donors' satisfaction; gender differences and similarities among oocyte and sperm donors in a national sample», *Acta Obstet Gynecol Scand* 92: 1049-56; V. Jadva et al. (2011), «A longitudinal study of recipients' views and experiences of intra-family egg donation», *Hum Reprod* 26: 2777-2782.

¹¹ Sine Berntsen, Viveca Söderström-Anttila, Ulla-Britt Wennerholm, Hannele Laivuori, Anne Loft, Nan B Oldereid, Liv Bente Romundstad, Christina Bergh, Anja Pinborg, The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?', *Human Reproduction Update*, Volume 25, Issue 2, March-April 2019, 137–158, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz001>; Barbara Luke, Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: with an emphasis on US population-based studies, *AJOG*, March 2017, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.012>; Jeve YB, Potdar N, Opoku

Risikoen er imidlertid lav. En solid studie publisert i 2018 med data fra de nordiske landene, viser at i et normalt svangerskap er den absolutte risikoen for at et barn blir født med alvorlig utviklingshemning 2,9 prosent. Hvis barnet har blitt til ved hjelp av assistert befruktning, stiger risikoen til 3,4 prosent.¹² Hvis det er satt inn flere embryoer, er risikoen noe høyere. Undersøkelsen har gått over flere år og omfatter over en halv million barn født i Norge, Sverige, Finland og Danmark. Det er ingen antydning til ytterligere økt risiko for misdannelser ved bruk av donoregg eller donorsæd utover det man ser ved assistert befruktning med egne kjønnceller.¹³

Hvis mors alder er høy, kan eggdonasjon med egg fra en yngre kvinne redusere risikoen for sykdommer hos fosteret som er assosiert med eggcellenes alder, blant annet gjelder dette tilstander som skyldes endret kromosomtall (aneuploidier) og andre kromosomavvik.¹⁰

Gevinsten for mottakeren ved eggdonasjon er at hun får muligheten til å bære frem og føde et barn. For kvinner som har en minimal, men tilstedeværende sjanse til å bli IVF-gravid med egne egg, kan eggdonasjon redusere antallet mislykkede runder med uthenting og befruktning av egne egg – en prosess som er både fysisk og psykisk belastende.

En vesentlig forskjell for mottaker av egg sammenlignet med en som blir gravid med egne egg er at kvinnen ikke blir genetisk mor til barnet. Fra et samfunnsperspektiv er det etisk relevant å begrense donasjon ut fra argumentet om at genetiske bånd er viktig. Imidlertid vil mottaker ved eggdonasjon fortsatt ha en biologisk tilknytning til barnet gjennom å bære det fram til fødsel.

Det finnes fortsatt kun et begrenset antall studier som har sett på emosjonelle langtidseffekter hos barn som er unnfanget med eggdonasjon. Utvalgene i studiene er for små til å trekke sikre konklusjoner. En studie fra 2018, som sammenfatter publiserte studier på feltet, finner få eller ingen forskjeller mellom barn født ved eggdonasjon og andre barn når det gjelder psykologisk tilpasning og forhold mellom mor og barn.¹⁴ Det kan imidlertid være uenighet om tolkningen av slike undersøkelser og hvilken vekt de bør tillegges i debatten.

3. Sammenheng mellom assistert befruktning og fosterreduksjon

Bioteknologirådet har tidligere påpekt at assistert befruktning kan øke forekomsten av flerlingsvangerskap.¹⁵ I perioden 2016–2018 ble det gjennomført 44 fosterreduksjoner i

[A, Khare M](#), Donor oocyte conception and pregnancy complications: a systematic review and meta-analysis, [BJOG](#). 2016 Aug;123(9):1471-80. doi: 10.1111/1471-0528.13910.

¹² Henningsen A-KA, Bergh C, Skjaerven R, Tiitinen A, Wennerholm U-B, Romundstad LB, et al.: Trends over time in congenital malformations in live-born children conceived after assisted reproductive technology. *Acta Obstet Gynecol, Scand* 2018; 97:816–823.

¹³ Informasjon fra Folkehelseinstituttet på epost som viser til følgende artikler: [Adams DH](#), [Clark RA](#), [Davies MJ](#), [de Lacey S](#). A meta-analysis of sperm donation offspring health outcomes. *J Dev Orig Health Dis*. 2017 Feb;8, (1):44-55. doi: 10.1017/S2040174416000489; [Kamath MS](#), [Sunkara SK](#). Perinatal outcomes after oocyte donation and in-vitro fertilization, *Curr, Opin Obstet Gynecol*. 2017, Jun;29(3):126-130. doi: 10.1097/GCO.0000000000000356.

¹⁴ Imrie and Golombok (2018); Long-term outcomes of children conceived through egg donation and their parents: a review of the literature. *Fertil Steril*. 110(7):1187-1193.

¹⁵ <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2010/07/2019-06-27-Bioteknologiloven-lesevennlig.pdf>

Norge, ifølge fagmiljøet ved St. Olavs hospital i Trondheim som utfører inngrepene. Av disse hadde 23 pasienter vært til fertilitetsbehandling, hvorav 13 hadde fått IVF-behandling og ti hadde gjennomgått stimulering for eggmodning. Fertilitetsbehandling var gitt både i Norge og i utlandet. Ved befruktning utenfor kroppen setter man i Norge i dag inn ett embryo i omkring to av tre behandlinger for å minimere sannsynligheten for flerlingesvangerskap. Ved IVF-behandling i utlandet er det vanligere å sette inn to eller flere embryo. Dersom eggdonasjon blir tillatt, er det viktig å følge med på utviklingen i antall forespørsler om fosterreduksjon for å se om færre utenlandsbehandlinger gir færre forespørsler om fosterreduksjon.

Denne statistikken kan også være et argument for å åpne for eggdonasjon fordi det gir flere av de kvinnene som i dag søker assistert befruktning utenlands, mulighet til å få hjelp her hjemme. Dermed vil man også i noen grad kunne unngå uønskede flerlinge graviditeter.

4. Sentrale etiske og samfunnsmessige aspekter

Den viktigste begrunnelsen for å tillate eggdonasjon er at tilbudet vil kunne hjelpe et antall norske par med å få barn. Å få muligheten til å bli foreldre er for de fleste et sentralt livsmål. En anerkjennelse av dette ligger til grunn for at vi har assistert befruktning som et offentlig helsetilbud i Norge. Ifølge dette perspektivet vil det ligge en bevisbyrde hos de som vil hindre andre å få barn ved eggdonasjon.

Det vil være ulike syn på samfunnsnyttene ved å få barn og om denne bør trekkes inn i diskusjonen om enkeltindividers muligheter. Med demografiske endringer og en aldrende befolkning kan man mene at det er viktig for et samfunn at det fødes barn. Men dette argumentet kan kritiseres både med hensyn til prioriteringer i helsetjenesten og i et mer globalt perspektiv. Befolkningsvekst er en utfordring for global bærekraft. Imidlertid vil noen mene at det er svært urimelig å legge dette ansvaret på de som av ulike grunner er infertile.

Assistert befruktnings-teknologier har åpnet for nye og ulike måter å bli foreldre på og skapt nye familieformer- og roller. Noen er skeptiske til bruk av assistert befruktning i seg selv, blant annet basert på en tanke om at hvordan mennesket blir til er et sentralt aspekt ved menneskesynet. Andre mener teknologi er etisk mer nøytralt. Så er det ulike syn på konsekvensene, og her handler debatten både om medisinske og kulturelle verdier. Det er bred enighet om den medisinske etikken, både om hva normene handler om (gjøre godt, ikke skade, basert på frivillighet osv.) og at disse skal tillegges sterk vekt. Det er trolig større uenighet om de kulturelle verdiene, både innholdet i dem og hvordan de skal vektles mot andre verdier. Det dreier seg om ulike syn på hva slags familierelasjoner som er gode, på betydningen av biologisk tilhørighet og hva mor- og farsskap er.

Et annet sentralt argument for å tillate eggdonasjon er at dagens forbud innebærer en forskjellsbehandling, både av kvinner og menn og av sæd- og eggceller: Heterofile par hvor mannen ikke produserer sædceller får muligheten til å få egne barn ved hjelp av sæddonasjon, mens heterofile par hvor kvinnen ikke har eggceller samt lesbiske par hvor ingen har eggceller, ikke får samme mulighet. Ifølge dette argumentet er det ikke noen viktig prinsipiell forskjell på eggcellen og sædcellen når det gjelder å lage et nytt barn.

Dette argumentet blir gjerne omtalt som «likestillingsargumentet». Det finnes flere typer kritikk av dette som er basert på at man mener det finnes etisk relevante forskjeller mellom egg- og sæddonasjon. Én handler om at egguthenting er en mer krevende og omfattende

prosedyre enn sæddonasjon. I motsetning til en eggdonasjon innebærer ikke sæddonasjon et invasivt inngrep med bruk av teknologi.

Genetisk, biologisk og sosialt foreldreskap

Eggdonasjon, surrogati og andre avanserte former for assistert befruktning utfordrer forståelsen av hvordan man blir foreldre. Det er også viktig å påpeke at mors- og farsbegrepet kan deles opp i en genetisk og en sosial/juridisk del. I tillegg kan morsbegrepet romme en «biologisk» komponent gjennom svangerskapet. Barn som har kommet til verden ved eggdonasjon vil ha en «genetisk mor» som har donert eggcellen og en «biologisk mor» som har båret det gjennom svangerskapet. Den «biologiske moren» er også her den sosiale/juridiske mor til barnet. Barn som er adoptert har forskjellig genetisk/biologisk og sosial/juridisk mor.

Det sentrale argumentet for mange motstandere av eggdonasjon er nettopp at prosedyren åpner for at det ikke er genetisk slektskap mellom barnet og kvinnen som har båret det fram og blir dets mor, og at dette representerer noe fundamentalt nytt. Tradisjonelt har man alltid visst at kvinnen som føder et barn er barnets genetiske mor, også om mors partner ikke nødvendigvis er barnets genetiske far. Slik er argumentet også en kritikk av likestillingsargumentet.

En slik begrunnelse finnes i forarbeidene fra 2002-03 til bioteknologiloven, hvor Helsedepartementet begrunnet forbudet mot eggdonasjon blant annet på følgende måte:

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.¹⁶

Ikke alle vil være enige i at dette synet på forskjellene mellom kvinnens og mannens rolle i reproduksjon er like gyldig og relevant i et mer likestilt samfunn, hvor den tradisjonelle mansrollen er i endring og hvor utradisjonelle familiekonstellasjoner er blitt mer vanlige. I Norge har vi flere lovbestemmelser og tiltak som har som formål å gjøre menn og kvinner til mer likeverdige parter når det gjelder familieliv og omsorg for barn.

Det kan også argumenteres for at eggdonasjon har et etisk positivt aspekt som sæddonasjon mangler: Ved sæddonasjon har den sosiale/juridiske faren ingen genetisk eller biologisk tilknytning til barnet, kun en sosial tilknytning. Ved eggdonasjon, derimot, får faren både en genetisk og en sosial tilknytning til barnet. Den sosiale/juridiske moren blir ikke genetisk mor til barnet ved eggdonasjon, men får en biologisk tilknytning til barnet gjennom svangerskapet – med de fysiologiske og psykologiske prosessene det medfører. I tillegg viser den voksende kunnskapen om epigenetikk at kvinnen som bærer fram barnet trolig bidrar til å prege fosterutviklingen mer enn tidligere antatt. Derfor kan det hevdes at far og mor til barn som er unnfanget ved eggdonasjon vil være mer likestilte i den biologiske relasjonen til barna enn hva tilfellet er i familier som benytter donert sæd til å unnfange barna.

¹⁶ Ot.prp. nr. 64 (2002-03), side 61.

En skepsis til donasjon basert på verdien av genetisk tilhørighet kan også være mer generell og gjelde både egg- og sæddonasjon: Et utgangspunkt er da at vår personlighet er delvis bestemt av genene våre. Barn kan derfor gjenkjenne noen egne personlighetstrekk hos foreldre og familie for øvrig. Det å lære familiemedlemmer å kjenne kan gi større forståelse for hvem du selv er og for dine styrker og svakheter.

For noen donorbarn «kan livet bli et puslespill du sliter med å finne brikker til».¹⁷ Det å stå i en genetisk sammenheng som strekker seg bakover i generasjonene kan være viktig for opplevelsen av mening og identitet. Men barn som blir til etter kjønnsclledonasjon – enten sæddonasjon, eggdonasjon eller dobbeltdonasjon – er fra starten av uten halve eller hele sitt genetiske familietre. Ifølge dette argumentet kan barna mangle viktige kilder til identitet, selvinnsikt og mening. Det at de får vite donors identitet når de blir 15 eller 18 år, hjelper bare noe på dette.

Selv om utenlandsadopsjon har blitt betydelig vanskeligere de siste årene (se nedenfor), så argumenterer noen for at adopsjon eller det å bli fosterforeldre er et alternativ til kjønnsclledonasjon. Når par foretrekker donasjon fremfor disse alternativene, kan det være fordi de verdsetter den genetiske relasjonen. Men ønsket om å få et barn som paret er biologisk knyttet til, kan bare oppfylles gjennom at barnet samtidig fratras minst halvparten av den genetiske tilknytningen. Dette er et argument for at egg- og sæddonasjon, i de tilfellene det motiveres av utsikten til å få barn man er genetisk knyttet til, i én forstand er selvmotsigende. Ut fra et slikt argument kan man påstå at de voksnes behov gis forrang.

En innvending mot dette er at betydningen av genetiske og biologiske bånd for identitet og selvforståelse i seg selv ikke kan sies å være biologisk gitt og likt for alle, men noe som varierer fra kultur til kultur. Vi vet lite om betydningen av dette ut fra norske forhold, i og med at det først er i 2023 de første barna som er blitt til ved kjent donor får anledning til å få kjennskap til sitt genetiske opphav. Det er i tillegg store metodiske utfordringer med å måle betydningen av det å ikke kjenne deler av sitt genetiske opphav under oppveksten.

I tillegg kan man ha ulike oppfatninger om hvor viktig spørsmålet om likestilling er, hvordan denne verdien skal vektes opp mot andre hensyn. Man kan være enig i at det er noen forskjeller mellom donasjon av egg og sæd, men likevel være for eggdonasjon. Og motsatt kan man være imot eggdonasjon selv om man godtar at det kan innebære en forskjellsbehandling mellom egg og sæd. I det siste tilfellet vil man i den etiske vurderingen legge større vekt på at vi ikke bør åpne opp for flere muligheter for å lage barn uten biologisk-genetiske bånd til begge foreldrene.

Teknologisering av reproduksjon

En beslektet bekymring som ofte fremheves av motstandere av eggdonasjon, er at et slikt tilbud kan sies å bidra til en ytterligere teknologisering av reproduksjonen. Bekymringen for slikt teknologisering grunnis gjerne med at man ikke ønsker at reproduksjon skal løsrives mer enn nødvendig fra de tradisjonelle, naturlige prosessene for å unnfange barn. Dette er en innvending som kan rettes mot alle assistert befruktnings-teknologier. Eggdonasjon krever et medisinsk inngrep, men det vil være ulike syn på om eggdonasjon dermed i større grad enn sæddonasjon innebærer en teknologisering av reproduksjonen. Man kan mene det dersom

¹⁷ <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/3jg7xP/jeg-er-et-donorbarn-en-knoettliten-minoritet-som-det-ikke-snakkes-saa-hoeyt-om-anonym>; <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2430085>

man legger til grunn at det eksisterer et spesielt biologisk bånd inkludert genetikk, mellom mor og barn, som vil brytes dersom man tillater eggdonasjon. En annen bekymring handler om at teknologisering av reproduksjonen vil kunne føre til økt bruk av teknologi for å unngå bestemte avvik og sykdommer hos barn, og at dette kan føre til et mindre mangfoldig samfunn og redusert aksept for avvik fra «normalen».

Andre betrakter heller teknologiutviklingen som et gode, ved at flere enn tidligere får muligheten til å få egne barn. Fra dette perspektivet kan teknologien anses som en utjevneende kraft, ved at reproduksjon ikke lenger er forbeholdt unge heterofile par uten fertilitetsproblemer.

Et annet argument mot eggdonasjon er at legalisering av denne metoden kan medføre at en av de viktige skrankene mot surrogati blir fjernet. Bekymringen er basert på at surrogati er etisk uakseptabelt og at det fins en skråplanslogikk som gjør at vi risikerer å gå fra A (eggdonasjon) til B (surrogati). Det å vise solidaritet med kvinner i andre deler av verden (globalfeminisme), kan være et viktig hensyn her. I Norge er det bred enighet om at surrogati er etisk problematisk, men om hvor reell faren for et skråplan er, er imidlertid mye debattert. På den annen side kan et tilbud om eggdonasjon minske etterspørselen etter surrogati, fordi flere får hjelp til å bære fram egne barn.

Argumenter for eller imot eggdonasjon handler ikke bare om medisinsk risiko og nytte, men også om kulturelle verdier det kan være ulike syn på – om hva som er til gode for et samfunn, hva en kan spørre noen om å gjøre for andre (eggdonor) og betydningen av genetisk tilhørighet mellom den fødende og hennes barn. I tillegg vil noen argumentere for at det er best/enklest med et forbud fordi tillater man eggdonasjon så må man forholde seg til flere vanskelige spørsmål som hvem som skal kunne bes/få lov til å være eggdonor, donering av overskuddsegg og/eller embryoer fra tradisjonell IVF og alder på mottaker av egg. I tillegg kan man som vist hevde at det er bedre med et forbud mot eggdonasjon for å unngå skråplansproblematikk ved at åpner man først for eggdonasjon blir det vanskeligere å opprettholde forbudet mot surrogati i neste omgang.

5. Lovregulering og praksis i andre europeiske land

En oversikt fra den europeiske fagsammenslutningen ESHRE fra februar 2020 redegjorde for lovene for assistert befruktning i 43 av de 44 landene i Europa som praktiserer assistert befruktning.¹⁸ 39 av landene har egne lover som regulerer assistert befruktning. Alle 27 land i EU har slik lovgivning, med unntak for Irland.¹⁹

Eggdonasjon

Eggdonasjon er tillatt i 38 av 43 europeiske land. I EU er eggdonasjon tillatt i alle land, utenom Tyskland (ikke-medlemmene Sveits og Norge har også forbud). En artikkel fra februar 2020 viser at anonymitetsspørsmålet er løst på flere ulike måter. Noen land praktiserer anonym donor, noen åpen og noen gir valgmulighet. Noen land har anonymitet for mottakere, åpen for

¹⁸ 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>. For tall fra EU, se ESHRE 2017: Fact sheet 2, januar 2017. Regulation and legislation in assisted reproduction.

¹⁹ ESHRE (2008), "[Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies](#)" (SANCO/2008/C6/051).

barnet ved en gitt alder. Av 18 land som praktiserer full anonymitet, er det også noe variasjon. Fem land åpner for at donors identitet kan gjøres kjent dersom barnet er alvorlig sykt, tre land gir ut noe generell informasjon om donor, men ikke identitet. Det er også variasjon i om donor er kjent eller ikke. Av landene som har kjent donor, tillater noen at donor er i familie. En annen løsning er at par selv finner en donor som kun donerer til dem. Dette er mulig i Tyskland og Sveits, vel og merke ved sæddonasjon (eggdonasjon er forbudt).

Som tilfellet er med sæddonasjon, tillater mange land anonym eggdonasjon selv om de har undertegnet FNs barnekonvensjon, hvor det står at barn så langt som mulig har rett til å kjenne sine foreldre.

6. Adopsjon og andre alternativer til eggdonasjon

Økende alder er som nevnt en viktig bakenforliggende årsak til at behovet for assistert befruktning har økt, inkludert eggdonasjon. I tillegg til å diskutere teknologiske løsninger, kunne vi hatt en bredere diskusjon om politiske virkemidler for å snu denne trenden. Eksempler kunne være bedre økonomiske ordninger til studenter og andre unge som ønsker barn.

Her skal vi imidlertid fokusere på adopsjon som alternativ. Det kan argumenteres for at samfunnet heller bør legge til rette for at par kan benytte adopsjon fremfor assistert befruktning med egg- eller sæddonasjon.

Mange ser adopsjon som en god og ønskelig løsning, men opplever at det er vanskelig å få adoptere. Det er få barn tilgjengelige for norske par og det å få barn ved adopsjon er en mye lengre prosess en ved assistert befruktning. I tillegg stilles det langt strengere krav til godkjenning av foreldrene før adopsjon.

Antallet adopsjoner i Norge har falt kraftig de siste ti årene.²⁰ Det totale antallet innenlands- og utenlandsadopsjoner i Norge i 2018 var 365, og synkende. Nedgangen i antallet utenlands- og innenlandsadopsjoner i Norge var på 56,5 prosent i perioden 2003–2013. Årsaken var et fall på hele 76,5 prosent i antallet utenlandsadopsjoner. Reduksjonen skyldes i all hovedsak nedgang i antallet barn tilgjengelig for adopsjon fra andre land, ikke redusert etterspørsel fra norsk side. Det er også verdt å merke seg at ifølge FNs barnekonvensjon så skal barn først og fremst hjelpes til omsorg i sitt eget land og utenlandsadopsjon skal kun gjennomføres dersom, som det står i artikkel 21 «det ikke på noen egnet måte er mulig å dra omsorg for barnet i hjemlandet».²¹

Interesseorganisasjonen Adopsjonsforum opplyser at de siste årene har gjennomsnittlig total saksbehandlingstid (i Norge + utlandet) for fullførte saker vært nær fem år.²² Saksbehandlingen i utlandet tar mest tid, blant annet grunnet lange internasjonale adopsjonskøer.

Av de 365 adopsjonene i 2018 var 271 stebarns- eller fosterbarnadopsjoner, som ikke kan regnes som reelle alternativ til assistert befruktning. Da gjenstår 87 utenlandsadopsjoner og 7 andre adopsjoner. Antallet barn født etter sæddonasjon i Norge var 154 i 2011, og antas å ha

²⁰ Alle statistikken om adopsjon i Norge er hentet fra SSB: <http://www.ssb.no/adopsjon>

²¹ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf, s. 17.

²² <https://www.adopsjonsforum.no/adopsjon/prosessen/4559/adopsjonsprosessen-trinn-for-trinn>

økt de neste årene. Man kan som nevnt over anslå at rundt 200 norske par vil ønske å benytte seg av eggdonasjon hvert år. Antallet norske par som ønsker eggdonasjon er dermed muligens høyere enn det totale antallet barn som er tilgjengelig for adopsjon. Det samme gjelder for parene som ønsker sæddonasjon.

For de parene som har et sterkt ønske om å ha en genetisk tilknytning til sine egne barn, eller de som legger vekt på den tilknytningen den biologiske moren får til barnet gjennom svangerskapet, vil heller ikke adopsjon være et egnet alternativ.

I tillegg er det noen utfordringer med å likestille adopsjon og det å bli foreldre ved assistert befruktning. Et barn som adopteres er allerede født, og adopsjon er som regel siste utvei når det biologiske familiemiljøet av ulike årsaker ikke kan ta vare på barnet.

Sett under ett kan man derfor mene at adopsjon ikke er et reelt alternativ for alle parene som ønsker assistert befruktning med egg- eller sæddonasjon i Norge.

7. Juridiske spørsmål

Likestillingsombudet uttalte i desember 2005 at forbudet mot eggdonasjon i bioteknologilovens § 2-18 er i strid med likestillingslovens § 3. Justisdepartementets lovavdeling konkluderte deretter, på forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet, med at ombudet i denne saken hadde gått utenfor sitt virkeområde. Ombudet la deretter fram saken for Likestillings- og diskrimineringsnemnda.

Nemndas flertall konkluderte i 2006 med at bioteknologilovens forbud mot eggdonasjon ikke er i strid med likestillingsloven. Dette ble begrunnet med de to alminnelige lovtolkningsprinsippene som sier at spesiell lov (bioteknologiloven) går foran generell lov (likestillingsloven) og senere lov går foran tidligere lov. Flertallet vektla i tillegg at Stortinget eksplisitt hadde tatt stilling til likestillingsaspektet ved eggdonasjonsforbudet da bioteknologiloven ble vedtatt.

I 2013 gikk imidlertid likestillings- og diskrimineringsombudet på nytt ut og hevdet at forbudet mot eggdonasjon var i strid med likestillingsloven. Ombudet mente at forbudet mot eggdonasjon også kunne være i konflikt med FNs kvinnekongresskonvensjon. Artikkel 12 i kvinnekongresskonvensjonen fastslår blant annet at kvinner skal ha lik tilgang til helsetjenester knyttet til familieplanlegging.

Også internasjonalt har lovligheten av forbud mot eggdonasjon blitt utfordret. I 2011 reverserte Storkammeret i Den europeiske menneskerettighetsdomstolen en tidligere avgjørelse fra domstolen, og fastslo at Østerrikes forbud mot eggdonasjon ikke var i strid med den europeiske menneskerettskonvensjonen. Saken, kjent som S.H. and others v. Austria, gjaldt et østerriksk par som hadde stevnet staten fordi de mente det nasjonale lovverket, som tillot inseminering med donorsæd, men forbød eggdonasjon, var diskriminerende.²³

Menneskerettighetsdomstolen hadde i første instans funnet at lovgivningen i Østerrike var diskriminerende etter artikkel 14 i den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Dommen ble imidlertid anket av Østerrike, og henvist til Storkammeret. Storkammeret konkluderte med

²³ I samme sak stevnet også et annet østerriksk par staten på grunn av forbudet mot bruk av donorsæd til befruktning utenfor kroppen (IVF-behandling). Heller ikke denne saken førte fram i Storkammeret.

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 begrunnelse.

8. Bioteknologirådets tilråding om eggdonasjon

Et flertall i Bioteknologirådet, medlemmene Ole Frithjof Norheim, Kristin Solum Steinsbekk, Kristin Børresen, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Raino S. E. Malnes, Anne Ingeborg Myhr og Bente Sandvig ønsker å tillate eggdonasjon i Norge. Ønsket om å få barn er sentralt for mange mennesker. Eggdonasjon kan være til stor hjelp for kvinner som ikke kan få barn med egne egg og for deres partnere. At eggdonasjon går på tvers av tradisjonelle måter å få barn på, er ikke god nok grunn til å forby eggdonasjon. Disse medlemmene mener videre at det i denne sammenheng ikke er noen prinsipiell forskjell på eggceller og sædceller og at man bør likebehandle infertile kvinner og menn når det gjelder det å få hjelp til å få barn (bli foreldre) via donasjon av kjønnseller. Flere norske kvinner reiser i dag utenlands for å motta eggdonasjon, der anonym donasjon kan være tillatt. En åpning for å gi tilbud om eggdonasjon i Norge vil også likestille barn unnfanget ved donasjon av egg og sæd når det gjelder muligheten til kunnskap om sitt genetiske opphav.

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Marianne Klungland Bahus, Geir Sverre Braut, Bushra Ishaq, Arne Holst-Jensen, Morten Magelssen og Benedicte Paus mener bioteknologilovens forbud mot eggdonasjon bør bestå, men legger forskjellig vekt på de ulike argumentene.

For noen av disse medlemmene er det viktigst at eggdonasjon leder til at barn blir født der intensjonen er at de ikke skal vokse opp med begge genetiske foreldre. For andre er det sentralt at gjennom hele menneskets historie har kvinnen som føder et barn, fra naturens side vært barnets genetiske mor, selv om hennes partner ikke nødvendigvis var barnets genetiske far. I tillegg er donasjon av egg en mer belastende og ressurskrevende prosess enn sæddonasjon, og dermed et argument for at sæd- og eggdonasjon ikke nødvendigvis skal likebehandles i lovverket. En legalisering av eggdonasjon vil videre medføre at en av de viktige skrankene mot surrogati blir fjernet.

Eggdonasjon styrker i realiteten menns muligheter for å bli genetiske fedre, men uten at kvinnen blir genetisk mor. Eggdonasjon kan derfor ikke begrunnes ut fra et feministisk perspektiv.

Disse medlemmene legger videre vekt på at det er svært få norske kvinner som har behov for eggdonasjon på medisinsk indikasjon, og at behovet i all hovedsak skyldes at kvinner i økende grad venter lenge med å forsøke å få barn. Dette er en utvikling som ikke er bærekraftig, og som ikke kan fortsette, noe åpning for eggdonasjon vil tilrettelegge for.

Eggdonasjon bør også sees i et større samfunnsmessig/globalt perspektiv og i lys av FNs bærekraftsmål. Overbefolkning er en global utfordring. Det er i verdenssammenheng svært mange barn som trenger foreldre.

Bioteknologirådet har ikke tatt stilling til embryo- og dobbeldonasjon, alder på mottaker eller om det bør være tillatt med kjent donor. Rådet kommer tilbake til disse spørsmålene i en egen uttalelse senere.

9. Dersom eggdonasjon tillates i Norge, har Bioteknologirådets medlemmer følgende syn på hvilke regler som bør gjelde for tilbudet:

Premissene for eggdonasjonen

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Marianne Klungland Bahus, Geir Sverre Braut, Morten Magelssen og Anne Ingeborg Myhr mener det kun er akseptabelt å gi et slikt tilbud når eggene som benyttes er egg fra par som har vært gjennom IVF-behandling. Disse medlemmene forutsetter at de donerte eggene befruktes med partnerens sæd, slik at det er en genetisk forbindelse mellom barnet og én av foreldrene.

Bioteknologirådets medlemmer Kristin Børresen, Jakob Elster, Hans Ivar Hanevik, Arne Holst-Jensen, Synne Lerhol, Raino Malnes, Ole Frithjof Norheim, Bente Sandvig og Kristin Solum Steinsbekk mener donasjonen skal foregå via en eggbank, på lignende måte som ved sæddonasjon. Medlemmene mener at betingelsene for donasjonen må utredes grundig.

Økonomisk godtgjøring av donor

Betaling for donoregg, som tillates blant annet i USA, bidrar til å skaffe flere donorer, og dermed flere egg. Samtidig finnes det flere argumenter for ikke å åpne for kjøp og salg av menneskelige organer, vev eller celler. Mange mener det er moralsk galt å gjøre salg av organer, vev eller celler til en inntektsbringende virksomhet. I tillegg eksisterer det en bekymring for at betaling for kjønnceller kan bidra til kommersialisering av reproduksjon, hvor det å få barn i noen tilfeller ligner stadig mer på en hvilken som helst forretningstransaksjon. I USA har fertilitetsklinikker tilbudt opptil 50 000 dollar for egg fra unge kvinner med utdanning fra de mest prestisjefylte universitetene.

Noen vil likevel mene at donoren og mottakeren av eggene bør få lov til å inngå en avtale om en betaling som begge parter er fornøyd med. Det er også ønskelig for alle parter at det ikke oppstår et grått marked utenfor de offentlig godkjente ordningene om donasjon av kjønnceller, for eksempel for å kunne avtale en høyere godtgjørelse for donasjonen.

På EU-nivå er godtgjøring for donasjon av kjønnceller strengt regulert i forskrift om håndtering av humane celler og vev (direktiv 2004/23/EF), og i Norge gjennom helseforskningsloven og transplantasjonsloven. Det finnes imidlertid mange muligheter for å gi sæd- eller eggdonor høy kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste og andre økonomiske ulemper i forbindelse med behandlingen. EU-loverket hindrer ikke at det noen steder er betydelige forskjeller i godtgjørelsen som tilbys henholdsvis egg- og sæddonorer. Britiske sæddonorer tilbys 35 pund per donasjon, mens eggdonorer i samme land kan kreve opptil 750 pund per behandlingssyklus for å dekke økonomiske tap i forbindelse med behandlingen. I andre land varierer godtgjørelsen til eggdonor fra ingenting i Frankrike til 2000 euro i Belgia.

Noen mener av prinsipielle årsaker at eggdonoren bør ha krav på mer enn en symbolsk sum som kompensasjon for tidsbruken og den fysiske og psykiske belastningen som hun utsettes for gjennom prosessen. 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 mens donorene får liten kompensasjon.

Et samlet Bioteknologiråd mener spørsmålet om godtgjøring løses på en slik måte at donorenes motiv for å donere ikke blir økonomiske hensyn.

Registrering av behandling med eggdonasjon og annen assistert befruktning

En av grunnene til at det er usikkerhet omkring hvor mange par som trenger eggdonasjon i Norge, er at dagens ordning for registrering av assistert befruktning er mangelfull.

Bioteknologirådet har tidligere pekt på denne mangelfulle rapporteringen, blant annet i sin høringsuttalelse til forskrift om medisinske kvalitetsregistre fra 30. januar 2019, der det står at:

Rådet tar ikke stilling til om den beste løsningen er å opprette et nytt, selvstendig kvalitetsregister for assistert befruktning eller om dagens meldingsskjema til Fødselsregisteret for rapportering av graviditeter etter assistert befruktning, bør utvides. Rådet peker imidlertid på behovet, og anbefaler at spørsmålet vurderes i forbindelse med det videre arbeidet.²⁴

Bioteknologirådet mener at det er særlig aktuelt å forbedre registreringen i forbindelse med assistert befruktning dersom man innfører nye behandlingsmetoder. Forbedret registrering vil da bidra til at man har god oversikt over både hvor mange pasienter som tar nye behandlinger i bruk, og hvordan det går med eggdonorer, foreldre og barn i familier som blir til etter slik behandling.

10. Spørsmål som må utredes

I tillegg vil det være en rekke andre praktiske forhold som må utredes dersom Norge endrer loven og åpner for eggdonasjon. Det vil blant annet gjelde spørsmål om:

- Kriterier for å være donor (hvem, nedre/øvre aldersgrense, skal donor ha fått sine egne barn først osv.)
- Rekruttering – informasjon for å sikre informert samtykke
- Skal en donor få lov til å donere flere ganger?
- Dersom unge donorer skal godtas – skal disse kunne «holde av» noen egg i tilfelle egen infertilitet?
- Fremtidig ønske/krav til genetisk testing?
- Egenbetaling – prioritering
- Organisering av egg-bank
- Prioritering av de som skal få tilgang til egg (egg vil være en begrenset ressurs)
- Øvre aldersgrense på mottaker av egg
- Omfanget av behovet for egg og muligheten for import av egg (se nedenfor)

Rådet bidrar gjerne med innspill på andre praktiske sider ved hvordan et eventuelt tilbud om eggdonasjon i Norge skal organiseres.

Kommentar om omfang av behovet for eggdonasjon og muligheten for import av egg fra utlandet

Det finnes ingen offentlig oversikt over hvor mange norske kvinner som ønsker å benytte seg av et eventuelt tilbud om eggdonasjon. Det foreligger heller ingen oversikt over hvor mange

²⁴ Bioteknologirådet 30.1.2019: Høringsuttalelse: Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, s. 7. <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2010/07/2019-01-30-forskrift-medisinske-kvalitetsregistre.pdf>

som drar til utlandet for å motta eggdonasjon (se punkt 9 om registrering av assistert befruktning under). Det dermed usikre estimatet fra det norske fagmiljøet er at anslagsvis 200 norske par i året ønsker behandling med eggdonasjon. En utfordring dersom eggdonasjon tillates i Norge, er dermed hvordan man skal rekruttere nok donorer til å dekke behovet. De norske sædbankene har utfordringer med å rekruttere nok sæddonorer.

I en situasjon med større behov for donoregg enn det som er tilgjengelig i Norge, vil det være aktuelt for pasienter å importere eggceller fra andre land slik man i dag importerer sædceller fra utlandet. Ved slik import av eggceller må man sikre seg at de utenlandske donorene har donert sine egg under samme forutsetninger som norske donorer med tanke på informasjon, rettigheter, kompensasjon og liknende.

Situasjonen med større behov for eggceller enn det som er tilgjengelig fra norske donorer kan også få som konsekvens at norske pasienter tar med seg rettigheten til slik behandling til utlandet under EØS-reglene. Dette kan skje dersom eggdonasjon blir en behandling som skal dekkes av den offentlige helsetjenesten. Ved behandling utenlands oppstår lignende problemstillinger knyttet til donors rettigheter som ved import av egg. Det vil også være utfordrende å bygge opp kompetanse i Norge omkring eggdonasjonsbehandling dersom denne behandlingen i hovedsak foregår i utlandet.

Vennlig hilsen

Ole Frithjof Norheim (sign.)
leder

Elisabeth Gråbøl-Undersrud
fungerende direktør

Saksbehandlere: Truls Petersen og Elisabeth Gråbøl-Undersrud

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet