

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår ref.: 2020/36

Deres ref.:

Dato: 7.5.2020

## **Oppfølging av Bioteknologirådets uttalelse om eggdonasjon: aldersgrense, kjent donor, dobbel- og embryodonasjon**

Bioteknologirådet leverte en uttalelse om eggdonasjon den 10. mars i år. I denne uttalelsen går vi nærmere inn på enkelte problemstillinger som vil gjelde dersom eggdonasjon blir tillatt i Norge, inkludert aldersgrenser, bruk av kjent donor og om dobbel- og embryodonasjon bør være tillatt. Rådet diskuterte disse problemstillingene på sitt møte den 6. mai.

### **1. Aldersgrense på mottaker av egg**

I forarbeidene til bioteknologiloven heter det at kvinnens alder skal vurderes ved søknad om assistert befruktning, men loven angir ingen absolutt øvre aldersgrense. Behandlende lege skal gjøre en «medisinsk og psykososial» egnethetsvurdering av paret, og avgjør om paret skal få behandling.

I forslaget til endringer i bioteknologiloven (Prop 34 L) har regjeringen foreslått en øvre grense på kvinnen på 46 år. Et flertall av Bioteknologirådet støttet forslaget i høringsrunden sommeren 2019.<sup>1</sup> Flertallets begrunnelse var at en grense på 46 år vil gi likebehandling mellom offentlige og private klinikker og at økende alder gir økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet. Et mindretall på ett medlem mente vurdering av medisinsk forsvarlighet bør være opp til legen i hvert enkelt tilfelle.

Forslaget som ble diskutert i høringen om Stortingsmelding nr. 39 tok utgangspunkt i de behandlinger som er tillatt i dag. Ved bruk av eggdonasjon kan man derimot hevde at alderen til kvinnen som skal få behandling er mindre medisinsk relevant. En grunn er at alderen på egg og mottaker ikke vil være det samme. Eggene vil gjerne komme fra en donor som er yngre enn mottakeren. Med eggdonasjon er det også teknisk mulig for en kvinne å bli gravid etter overgangsalder. Eksempler fra andre land som praktiserer eggdonasjon, har vist at kvinner i 50-årene

---

<sup>1</sup> <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2010/07/2019-06-27-Bioteknologiloven-lesevennlig.pdf>

kan føde friske barn etter å ha fått donert egg. Eggdonasjon utfordrer dermed den naturlige øvre aldersgrensen for når en kvinne kan bli gravid og bære frem et barn.

En sentral vurdering om øvre aldersgrense vil gjelde medisinsk risiko. Forskning viser at det er noe økt risiko for svangerskapskomplikasjoner hos mottakere av donerte egg sammenliknet med andre IVF-svangerskap med kvinnens egne egg.<sup>2</sup> Det er også kjent at risiko for svangerskapskomplikasjoner øker med økende maternell alder. Imidlertid tyder ikke forskningen vi har i dag på at det er ytterligere økt risiko for svangerskapskomplikasjoner hos kvinner som er mottakere av donerte egg i høy maternell alder (over 40 år), sammenliknet med kvinner med andre IVF-svangerskap i samme alder.

Det er også andre enn rent medisinske grunner til at foreldrenes alder kan være relevant for barnet. For eksempel kan man mene at veldig stor aldersforskjell mellom barn og foreldre bør unngås. Menn kan både biologisk og juridisk bli fedre i svært høy alder. En eventuell høyere maksalder på mor kan øke risikoen for at et barn mister en eller begge foreldre før det er voksent.

Regjeringen har ikke foreslått en øvre aldersgrense for menn ved tilbud om assistert befruktning. Ettersom det ved eggdonasjon vil være teknisk mulig for kvinner å bli gravid i høyere alder, kan man stille spørsmålsteget ved om det er grunner for å fortsatt ha en øvre alder kun for kvinner, og ikke for menn.

Dersom man mener at den medisinske risikoen knyttet til økt alder ikke er en god nok grunn for å ha en fast øvre aldersgrense, så kan man mene at det er behov for andre argumenter for å begrunne at 46-årsgrensen også skal gjelde for eggdonasjon og det skal være ulike regler for kvinner og menn.

Ett argument er at én aldersgrense gir et enklere, mer forutsigbart og oversiktlig regelverk.

Et annet er hensynet til ressursbruk, noe som er relevant dersom eggdonasjon skal være et offentlig tilbud. Enhver utvidelse av hvem som har adgang til assistert befruktning, kan bidra til økt ressursbruk. Økt adgang aktualiserer spørsmål om prioritering av de begrensede midlene som kan brukes til assistert befruktning. For noen kan økt bruk av assistert befruktning også være problematisk ut fra miljø- og bærekraftshensyn. Ettersom tilgangen på donorer er en begrenset ressurs, er det et spørsmål her om hvem som skal prioriteres for å motta egg. Når behandlingstilbud utvides, kan det også skape et press om økte midler og slik påvirke andre deler av helsetjenesten. Ved vurderinger om ressursbruk, vil forventet nytte for mottakere være et relevant kriterium. Ettersom høyere alder er forbundet med økt risiko for svangerskapsutfordringer, så kan det innebære ekstra ressursbruk i forsøkene. Også hvilke behov tilbudet kan tilfredsstillere er relevant å vurdere. Det er lite sannsynlig at en aldersgrense på 46 år hindrer grupper i å kunne forsøke å få barn ettersom det for de fleste vil være mulig å starte prosessen med donasjon innen denne aldersgrensen.

Enda et hensyn er at en normalisering av det å få barn i høyere alder kan bidra til å forsterke trenden med at gjennomsnittlig alder på førstegangs fødende i Norge øker, noe som er en viktig driver for at etterspørselen etter assistert befruktning øker. Å unngå slike mekanismer kan være et argument for å ha én felles aldersgrense.

Grad av teknologisering eller naturlighet kan også være relevant. Bruk av teknologi kan være en verdi i seg selv, den kan være verdimeisig nøytral eller den kan ha negativ verdi. Det siste preger

---

<sup>2</sup> Hum Reprod Update. 2019 Mar 1;25(2):137-158. doi: 10.1093/humupd/dmz001.

reguleringen av assistert befruktning, som er basert på at en naturlig prosess er å foretrekke fremfor bruk av teknologi, så lenge utfallet er likt. Ved eggdonasjon vil selve prosedyren være den samme uavhengig av alderen på mottaker. Likevel vil behandling av kvinner i høyere alder ses på som mindre naturlig.

I sitt hørings svar til Stortingsmelding nr. 39 mente Oslo Universitetssykehus at det verken fantes medisinske eller andre grunner for å ha en absolutt aldersgrense og dermed en egen grense som bare gjelder for kvinner. OUS påpekte at det også fins medisinsk risiko knyttet til menns alder: «[m]enns aldring påvirker også fruktbarheten og eldre fedre har økt risiko for å gi opphav til barn med arvelige sykdommer». OUS avviste også kulturelle argumenter: «Medisinen, samt samfunnets normer- og oppfatninger er i bevegelse og i utvikling. Graviditet hos eldre kan derfor i fremtiden bli mer ansett som normal og trygg.»<sup>3</sup>

Man kan innvende at det er en forskjell mellom kvinner og menn ved at kvinnen bare kan overskride den naturlige alderen for å bli gravid ved hjelp av teknologi. Man kan derfor si at eldre mødre i en objektiv forstand innebærer en sterkere grad av teknologisering. På den annen side er synet på teknologi og naturlighet kulturelt betinget, slik sitatet fra OUS illustrerer. Selv om noe objektivt sett er mindre naturlig, så kan vi venne oss til teknologi og forskjellene kan oppleves som mindre viktige. Når ny teknologi vurderes er det ut fra synsvinkelen til et samfunn som ikke er vant til teknologien. Dette vil som oftest – bortsett fra der teknologi i seg selv er et gode – føre til status quo-skjevhet (bias). Her er det spesielt relevant å trekke inn hvordan dette vil være fra synspunktet til neste generasjon og barna. Man kan for eksempel se for seg at de som er yngre i mindre grad vil oppfatte bruken av teknologi som unaturlig eller fremmed.

På den annen side kan noen mene at denne evnen til å venne seg til det som i objektiv forstand er unaturlig, kan være problematisk. Tilvenningen til eller naturaliseringen av teknologien kan innebære at vi ikke ser forskjeller som noen vil mene er etisk relevante, slik som skillet mellom naturlig/teknologisk. Eller at vi ikke oppdager utviklingstrekk som burde vært diskutert. Det kan dreie seg om økte forventninger til hvilke utfordringer helsevesenet skal hjelpe til med, som igjen påvirker ressursbruk og prioriteringer. Tilvenningen kan også føre til at våre moralske standarder endres, slik at vi får skråplanseffekter der vi over tid godtar ting vi i dag ikke mener er etisk akseptable.

### **Bioteknologirådets anbefaling**

Et enstemmig Bioteknologiråd mener det bør settes en absolutt øvre aldersgrense på 46 år ved barnets termin for kvinner som mottar eggdonasjon, dersom eggdonasjon blir tillatt. Dette vil gi én felles aldersgrense ved bruk av assistert befruktning. Innenfor denne aldersgrensen bør legen kunne utvise individuelt skjønn.

Det er noe variasjon mellom medlemmene når det gjelder hvilke begrunnelser de har for å samles bak anbefalingen. Tilgangen til offentlige helsetilbud er en begrenset ressurs. Rådet mener det taler for å prioritere å gi behandling til kvinner som er under 46 år. En aldersgrense kan også begrense muligheten for at vi med hjelp av teknologi åpner for å bryte enda en naturlig barriere når det gjelder hvem som kan bli foreldre. En øvre grense vil også motvirke at samfunnet legger til rette for at det blir stor aldersforskjell mellom barn og foreldre i løpet av barnets oppvekst. Rådet viser til at det tidligere har gått inn for én felles aldersgrense ved tilbud om assistert befruktning i Norge.

---

<sup>3</sup> Sitert fra Prop 34 L, s. 20.

## 2. Bruk av kjent donor

Enkelte land tillater bruk av kjent eggdonor, det vil si donor som mottakerne selv har rekruttert. Disse donorene er som oftest slektninger eller venner av mottakerne. Sverige tillater bruk av kjente donorer, men det skal vurderes i hvert enkelt tilfelle.<sup>4</sup>

Å tillate kjent eggdonor vil bryte med noen av prinsippene som praktiseres for sæddonasjon i Norge, ved at

- paret selv får velge donor,
- donorens identitet er kjent for paret gjennom barnets oppvekst, og
- donoren får vite om donasjonen har resultert i et barn og hvem foreldrene er.

Det vil være ulike meninger om disse endringene vil være av det gode eller ikke. For noen par vil muligheten til å selv velge donor og at denne er nær venn eller familie være et gode. Kjent donor vil gi nye og uvante familierelasjoner, som kan ha sine egne styrker. Kjent donor kan gi økt åpenhet i familien om hvordan barnet har blitt til, og barnet vil ha mulighet til å kjenne sitt genetiske opphav tidligere enn det som er praksis i dag. Videre er det sannsynlig at noen kvinner kan vurdere å donere egg til en nær venn eller slektning, selv om de ikke kunne tenke seg å bli eggdonor for et ukjent par. Det kan derfor bli en viss økt tilgang til eggdonorer ved å åpne for kjente donorer. Hensynet til donor kan også tale for å åpne for denne praksisen siden det å donere kan oppleves som en meningsfull handling.

Samtidig kan de samme endringene også ha negative sider. En bekymring er at enkelte kvinner kan oppleve sterkt press fra sine nærmeste om å donere egg til en venn eller slektning, og dermed settes i en vanskelig situasjon. Man kan også se for seg at det kan være belastende for donor å følge donorbarnet gjennom oppveksten uten å kunne være sosial mor for barnet. At donor er en del av oppveksten på en annen måte, kan også bli en belastning for både barnet og foreldrene. Å tillate bruk av kjente eggdonorer kan også øke risikoen for at donor mottar betaling eller andre former for ikke-tillatt kompensasjon. I sin uttalelse om eggdonasjon fra 2.4.2020 mente et samlet Bioteknologiråd at «spørsmålet om godtgjøring løses på en slik måte at donorenes motiv for å donere ikke blir økonomiske hensyn».<sup>5</sup>

Dersom det åpnes for kjente eggdonorer i Norge må man derfor enten fastslå at det kan gjelde ulike regler for egg- og sæddonasjon, eller man kan vurdere å tillate kjente sæddonorer. Et mulig unntak fra hovedregelen kan gjelde for lesbiske par. Et relevant eksempel er lesbiske par der kvinne A har normale eggceller, men skadet livmor, og kvinne B har normal livmor, men ikke flere normale eggceller. Typisk vil disse ved behandling ønske kjent eggdonor ved at kvinne A donerer egg som befruktes av donorsæd, og deretter bæres barnet fram i livmoren til kvinne B. På den måten får begge mødrene bidratt til graviditeten. Et annet eksempel som gjelder lesbiske par vil være at donasjon mellom partnerne kan være aktuelt selv om begge er fertile, fordi det gir begge kvinnene en biologisk tilknytning til barnet. I slike tilfeller er det imidlertid ikke en medisinsk indikasjon til grunn.

---

<sup>4</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/organ-och-vavnadsdonation/assisterad-befruktning-med-embryodonation-och-dubbeldonation/>

<sup>5</sup> Bioteknologirådet 2.4.2020: Bioteknologirådets uttalelse om eggdonasjon, s. 14.

**Bioteknologirådets anbefalinger:**

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorange Backer, Geir Sverre Braut, Trine Hvoslef-Eide, Arne Holst-Jensen, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Morten Magelssen, Anne Ingeborg Myhr, Ole Frithjof Norheim, Bente Sandvig, Kristin Solum Steinsbekk, og Benedicte Paus mener premissene for eggdonasjon, dersom slik donasjon blir tillatt, skal være de samme som for sæddonasjon.

Det innebærer at donasjonen skal foregå via en eggbank, og at donorens identitet ikke skal være kjent for paret som mottar donasjonen. Ved å ha krav om ukjent donor vil vi unngå at familiemedlemmer eller bekjente utsettes for et følelsesmessig press om å donere eller unødig kompliserende relasjoner i oppveksten. Disse medlemmene legger til grunn at barnet skal ha rett til å vite donorens identitet når det blir gammelt nok etter loven. Disse medlemmene vektlegger at det er utarbeidet et regelverk for sæddonasjon som er basert på mange års erfaring og etiske avveininger. Praktiske bekymringer knyttet til rekrutteringen av eggdonorer bør ikke endre på disse vurderingene.

Med unntak av ett medlem, Inge Lorange Backer, mener de resterende medlemmene imidlertid det bør være et unntak for lesbiske par på medisinsk indikasjon. Ved at den ene kvinnen i forholdet er donor, vil barnet få en biologisk tilknytning til begge foreldrene.

Bioteknologirådets medlemmer Kristin Børresen og Bushra Ishaq mener at dersom eggdonasjon blir tillatt, så bør det bli tillatt med bruk av kjent donor og forutsatt at donoren har en nær tilknytning til paret som skal motta donasjonen.

Bushra Ishaq legger vekt på at kjent donor vil gi barnet mulighet til å vite hvem som er donor tidligere enn dagens grense på 18 år. Dette vil styrke barnets rett til å kjenne sitt genetiske opphav. Det er også trolig at kjent donor vil gi økt åpenhet i familien om hvordan barnet har blitt til, og åpenhet kan styrke relasjonene mellom barn og foreldre.

Kristin Børresen legger vekt på at tillatelse til å bruke kjent donor kan øke sannsynligheten for at ufrivillig barnløse kan få assistert befruktning. En del potensielle eggdonorer som ikke ønsker å donere til eggbank (anonymt) kan være villige til å donere til familie eller nære venner.

### **3. Embryodonasjon og dobbeldonasjon**

I Norden er eggdonasjon tillatt i alle land, bortsett fra Norge. Sverige åpnet for dobbeldonasjon og embryodonasjon fra januar 2019. Island og Danmark har forbud mot embryodonasjon.

Dersom dobbel- eller embryodonasjon ikke er tillatt vil følgende grupper ikke kunne få assistert befruktning:

- Heterofile par der begge er infertile
- Enslige kvinner som ikke har befruktningsdyktige egg
- Lesbiske par der begge er infertile

Å gi flere grupper mulighet til å bli foreldre er det viktigste argumentet for å tillate embryo- og dobbeldonasjon. Verdien av å kunne bli foreldre er godt anerkjent i diskusjoner om assistert befruktning. Det som sjeldnere løftes fram, er belastningen ved å være ufrivillig barnløs. Assistert

befruktning kan altså gi tilgang til det vi anser som et gode og være en løsning på det mange opplever som et grunnleggende livsproblem.

Et sentralt argument for å åpne for embryo- og dobbeldonasjon vil være å tilbakevise det som er det viktigste motargumentet. Her vil det dreie seg om at mangelen på genetisk tilknytning mellom foreldre og barn ikke er en sterk nok grunn til å hindre voksne å bli foreldre. Dersom både sæd- og eggdonasjon regnes som medisinsk og etisk akseptabelt, er det rimelig at man også aksepterer en kombinasjon av disse behandlingene.

Dobbeldonasjon (donasjon av både sæd og egg) og embryodonasjon utgjør for noen en etisk særlig problematisk form for assistert befruktning, siden barn født etter slike behandlingsformer ikke har en genetisk tilknytning til noen av sine sosiale foreldre.

Dette er relevant hensyn både for foreldrene og for barna, og spørsmålet kan vurderes både juridisk og etisk. FNs barnekonvensjon gir barn rett til å kjenne sitt biologiske opphav, men ikke til å vokse opp med sine biologiske foreldre. Retten til kunnskap er ivaretatt i bioteknologilovens bestemmelser om åpen donor, men man kan mene den er svekket ettersom barnet ikke kan vite donors identitet før det er 18 år, eller 15, dersom regjeringens forslag blir vedtatt.

Rådet har tidligere påpekt at betydningen av biologiske og genetiske bånd vil variere – mellom personer og mellom samfunn. Et sentralt etisk spørsmål er hvilke kriterier til livskvalitet for barnet vi skal stille i forbindelse med assistert befruktning. Danske Etisk råd har diskutert dette i uttalelser om dobbeldonasjon og embryodonasjon i 2014 og i 2017.<sup>6</sup> Rådet sammenligner med adopsjonslover som regulerer hvem som skal få være foreldre og barnelover som setter kriterier for tap av omsorgsrett. Tap av omsorgsrett kan skje dersom omsorgsevnen ikke er ivaretatt, for eksempel på grunn av rusproblemer eller mental tilstand. Kravene til livskvalitet for barnet er minimale i disse lovene. På den annen side har også voksne etter menneskerettene reproduktive rettigheter. De kan være relevante for de som ønsker behandling og de som ønsker å donere. Etisk råd konkluderte i 2017 med at fravær av genetiske bånd ikke i seg selv kan begrunne et forbud mot dobbeldonasjon. I motsetning til i Norge er det lov med anonym særdonasjon i Danmark, noe som kan bety at den etiske diskusjonen rundt genetiske bånd og embryo kan være annerledes i Danmark og Norge. Imot denne argumentasjonen kan man også innvende at det er gode grunner for å ha egne regler for bruk av assistert befruktning. Det kan på den ene siden bety at man kan sette strengere vilkår for å ivareta barnets livskvalitet. På den annen kan det innebære at reproduktive rettigheter ikke står like sterkt når staten skal bistå med ressurser.

Bioteknologiloven har egne krav om egnethetsvurdering av blivende foreldre. Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig eller om loven bør ha et krav om genetisk bånd til én forelder.

Det er flere etisk relevante forskjeller mellom dobbeldonasjon og embryodonasjon. Ved embryodonasjon foreligger allerede et befruktet egg. Ved dobbeldonasjon må man gjøre en aktiv handling for å befrukte et donert egg. Noen vil mene at det er en betydelig etisk forskjell mellom å destruere et embryo og å kaste et ubefruktet egg eller ubrukt donorsæd.

---

<sup>6</sup> Det Etske Råd 9. juli 2014: Det Etske Råds uttalelse om embryo- og dobbeltdonasjon, <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/assisteret-reproduktion/publikationer/embryo-og-dobeltdonasjon-2014>; Det Etske Råd 2017: Det Etske Råds anbefalinger om lovliggjørelse av dobbeltdonasjon. Svar på henvendelse fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Embryodonasjon kan sies å ha en etisk fordel ved at embryoene er overtallige befruktede egg som ellers ville blitt destruert eller brukt til forskning. Det kan argumenteres for at embryodonasjon ligner på adopsjon, som mange framhever som et positivt alternativ til ulike former for assistert befruktning. Par som har gjennomgått assistert befruktning kan tenkes å være mer komfortable med å donere bort sine overflødige embryoer til andre par enn med at embryoene destrueres eller brukes til forskning. Svenske Socialstyrelsen påpeker imidlertid at overskuddsembryo ikke uten videre kan benyttes. Grunnen er at det både egg og sperm skal testes, og for å unngå smitte mellom donor og mottaker bør det være en karenstid på 180 dager mellom testene. En slik karenstid er ikke nødvendig dersom paret skulle bruke embryoet selv. Svenske Socialstyrelsen anbefaler derfor at par eller enslige kvinner som skal ha behandling med IVF bør snakke med sin lege før behandlingen dersom de kan tenke seg å donere embryo. Det gir mulighet for å gjennomføre testene slik at embryo kan doneres.<sup>7</sup>

Det er også andre grunner til at problemstillingene ved embryo- og dobbeldonasjon ikke er fullstendig sammenlignbare. Ved embryodonasjon vil barnet i mange tilfeller ha helsøsken i en annen familie. Hvis man forutsetter at barn født etter embryodonasjon skal ha samme rettighet til å finne sitt genetiske opphav ved 15 års alder, vil barnet da potensielt finne ikke bare en genetisk mor eller far, men en genetisk familie med eldre og kanskje yngre genetiske helsøsken. Det kan tenkes at dette vil fortone seg annerledes både for barnet og for hele de genetiske og sosiale familiene enn hva som er tilfellet ved donasjon av kjønnseller.

Det er også noen etiske forskjeller avhengig av hvem som mottar behandlingen. Dobbeldonasjon er aktuelt for lesbiske par der begge mangler egg som kan befruktes. Dersom en av kvinnene har friske egg, kan paret ønske at denne donerer egg til partneren. I et slikt tilfelle vil det være en genetisk tilknytning mellom barnet og den ene forelderen (donor) samtidig som den andre forelderen får en tilknytning ved å bære frem barnet. Som nevnt i punkt 1, kan dette være aktuelt der den ene har frisk normale eggceller, men skadet livmor, den andre normal livmor, men ikke flere normale eggceller. Men donasjon fra en partner til en annen kan også være ønsket selv om det ikke er medisinske grunner.

Et siste mer generelt poeng er at enhver åpning for bruk av nye metoder innen reproduksjon kan ses som enda et steg i retning av en liberalisering som kan få følger vi ikke ser ved å vurdere enkelt-eksemplene. Lovgivningen kan være normdannende. Forventninger til hva staten skal hjelpe til med, kan øke. Ved å åpne for stadig nye valg kan vi miste av syne det vi i dag mener er gode. Embryodonasjon er blitt kritisert fordi det kan gjøre oss mentalt og logistisk forberedt på surrogati.

På den annen side kan man mene at dersom staten skal legge begrensninger på de voksnes frihet, så er slike uspesifikke bekymringer ikke sterke nok grunner. Dessuten kan den samme utviklingen sies å innebære en utvikling mot økende grad av selvbestemmelse eller valgfrihet, som er et gode. Mot dette igjen, kan man hevde at det kreves god dokumentasjon for at nye metoder for assistert befruktning ikke vil være forbundet med negative konsekvenser for personen som blir født, før den tillates.

---

<sup>7</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/organ-och-vavnadsdonation/assisterad-befruktning-med-embryodonation-och-dubbeldonation/>

### **Bioteknologirådets anbefalinger**

Bioteknologirådets medlemmer Inge Lorang Backer, Benedicte Paus, Arne Holst-Jensen, Anne Ingeborg Myhr og Bushra Ishaq mener at verken embryo- eller dobbeldonasjon bør tillates i Norge, selv om eggdonasjon blir lovlig. Disse medlemmene mener det er etisk problematisk å legge til rette for at det skapes barn som ikke har noen genetisk tilknytning til noen av sine foreldre. Embryo- og dobbeldonasjon er ikke sammenlignbart med adopsjon, siden det ved adopsjon allerede eksisterer et barn med behov for omsorg.

Bioteknologirådets medlemmer Morten Magelssen, Trine Hvoslef-Eide, Geir Sverre Braut og Kristin Børresen ønsker ikke å tillate dobbeldonasjon, men mener embryodonasjon bør tillates i Norge, dersom eggdonasjon blir tillatt. Disse medlemmene legger vekt på embryoets moralske status, og at det ligger et positivt aspekt ved embryodonasjon siden det er et alternativ til å destruere et embryo.

Bioteknologirådets medlemmer Ole Frithjof Norheim, Hans Ivar Hanevik, Synne Lerhol, Kristin Solum Steinsbekk og Raino Malnes mener at både embryo- og dobbeldonasjon bør tillates i Norge dersom eggdonasjon blir lovlig. Disse medlemmene anser ikke mangelen på genetisk tilknytning mellom foreldre og barn som en vesentlig innvending mot embryo- og dobbeldonasjon. Ved adopsjon er det heller ingen slik genetisk tilknytning. Dersom både sæd- og eggdonasjon regnes som medisinsk og etisk akseptabelt, er det rimelig at man også aksepterer en kombinasjon av disse behandlingene.

Bioteknologirådets medlem Bente Sandvig mener embryo- og dobbeldonasjon i utgangspunktet ikke bør være tillatt, for å sikre at barnet vokser opp med en genetisk forelder. Dette er en rimelig avveining av hensynet til barnet og voksnes ønske om å få barn. Vi har foreløpig lite kunnskap om hva det innebærer å vokse opp uten å kjenne til hvem som er donor av en kjønnselle til å åpne opp for at verken egg og sæd kommer fra de sosiale foreldrene. Ett unntak kan gjøres for lesbiske par der den ene kvinnen, på medisinsk grunnlag kan donere egg til sin partner. Dermed vil begge kvinnene ha en biologisk tilknytning til barnet.

## **4. Andre momenter**

I uttalelsen om eggdonasjon fra 2.4.2020 pekte rådet på en rekke andre praktiske og etiske forhold som må utredes dersom Norge endrer loven og åpner for eggdonasjon. Rådet diskuterte noen av disse, slik som behovet for mer kunnskap om utfall ved bruk av assistert befruktning, mens andre forhold bare ble nevnt.

Rådet vil her minne om noen momenter som vil kreve ytterligere utredninger og diskusjon. Rådet vil bemerke at det dreier seg om til dels viktige og kompliserte problemstillinger som ikke ble diskutert i forbindelse med den offentlige høringen sommeren 2019. Dersom eggdonasjon blir tillatt er det etter rådets mening viktig å involvere både fagmiljøer og den bredere offentligheten i en debatt om vilkårene for eggdonasjon i Norge. Her vil Bioteknologirådet også bidra, og vi ønsker at myndighetene setter av tid og legger til rette for at rådet kan komme tilbake til disse problemstillingene ved en senere anledning.

- Kriterier for å være donor (hvem, nedre/øvre aldersgrense, skal donor ha fått sine egne barn først).



- Kriterier for valg av donor og muligheter for å velge egenskaper hos donor etter mottakers ønsker.
- Dersom unge donorer skal godtas – skal disse kunne «holde av» noen egg i tilfelle egen infertilitet?
- Rekruttering – informasjon for å sikre informert samtykke
- Skal en donor få lov til å donere flere ganger?
- Fremtidig ønske/krav til genetisk testing av egg- (og eventuelt sæd) donorer?
- Organisering av eggbank
- Prioritering av de som skal få tilgang til egg (egg vil være en begrenset ressurs)

For flere av disse vil dagens regler for sæddonasjon være et utgangspunkt. Og det er behov for å diskutere om det for noen bestemmelser er grunner for å ha ulike regler for donasjon av egg og sæd.

Med vennlig hilsen

*Elisabeth Gråbøl-Undersrud*

Ole Frithjof Norheim (sign.)

Elisabeth Gråbøl-Undersrud

leder

fungerende direktør

Saksbehandler: Truls Petersen, seniorrådgiver

Kopi: Helsedirektoratet