

## **Åpen høring om barnløshet - Har vi alle rett til å få barn?**

Rapport fra Bioteknologinemndas 14. åpne høring den 7. april 1999 arrangert i samarbeid med Verdikommisjonen



## Forord

Det er dypt forankret i vår kultur at barn er en velsignelse, mens ufrivillig barnløshet er en tung skjebne. I skapelsesberetningen i Bibelen står det at Gud skapte mennesket i sitt bilde, til mann og kvinne – og han velsignet dem og sa til dem: Vær fruktbare, bli mange og oppfyll jorden. I Salomos ordspråk sammenlignes det ufruktbare morsliv med jorden som aldri blir mett av vann. Har man møtt ufrivillig barnløse som lege, vet man at det er snakk om sterke drivkrefter, mye lidelse og mye lengsel.

Det er intet nytt at menneskene har prøvd å omgå problemet ufrivillig barnløshet. Sara, som ikke selv kunne få barn, lot Abraham gå inn til trellkvinnen Hagar for å oppreise avkom. Hagar ble mor til Ismael, arabernes stamfar. Etterpå fikk Sara selv, i sin alderdom, Isak, som ble jødernes stamfar.

I Norge har man drevet med kunstig befruktning i flere tiår.

I tilfeller der mannen er ufruktbar har man lenge benyttet kunstig inseminasjon fra anonyme sædgivere. Allerede her møter man etiske problemer:

- *Skal sædgiver være anonym, som i dag? Eller skal barnet ha rett til å kjenne sitt genetiske opphav?*

Sverige fikk i 1985 en lov som gav barn født etter kunstig inseminasjon, mulighet til å få vite giverens identitet. Erfaringene skal være gode, og antall sædgivere har blitt flerdoblet.

- *Skal det bli tillatt for kvinnen eller paret å velge kvaliteten på sædgiveren?*

I USA finnes sædbanker med sæd fra nobelprisvinnere og nylig kunne vi lese i Dagbladet at det er interesse for norsk "heltesæd". Langerennsset Dæhli, idrettsmannen Kagge og finansmannen Røkke har fått anmodning om å gi sæd. Egenskaper som fysisk styrke, intelligens og nordisk rase er attraktive. Dette virker ekstremt, men internasjonaliseringen av medisinen gjør at slike tilbud absolutt er aktuelle.

Kvinner har kunnet få sæd fra sædgivere i mange år. I noen land kan også kvinner donere egg til ufruktbare medsøstre.

- *Ønsker vi å tillate eggdonasjon i Norge?*
- *Er det et rimelig likestillingskrav?*
- *Ønsker vi å tillate surrogatmødre? – dvs kvinner som stiller sin livmor til disposisjon for å bære frem en annen kvinnes barn der egget er befruktet med sæd fra den mannen den andre kvinnen ønsker.*

Vi har fått begrepene *genetisk mor* og *biologisk mor* samt *sosial* eller *juridisk mor*.

De siste årene har man begynt å injisere sæd fra menn med dårlig sædkvalitet, direkte inn i egget. Teknikken som er tillatt å prøve i Norge ut 1999 representerer på en måte omgåelse av naturens egen "kvalitetssikring". En utenlandsk studie har vist at denne teknikken dobler risikoen for misdannelser hos barnet, mens andre studier ikke tyder på dette.

Noen leger ønsker å gå videre med kunstgrep ved å hente ut sæd fra bitestikler eller testikler hos menn som har skader eller misdannelser ved kjønnsorganene. I Norge har Statens helsetilsyn's fagutvalg foreløpig satt ned foten for slik virksomhet, men det gjøres i andre land.

Enda mer dyptgripende spørsmål kan reises:

- *Kan man se på barn som et behandlingstilbud?*
- *Er ufrivillig barnløshet en sykdom på linje med kreft eller psykiatriske lidelser?*
- *Hvordan bør medisinsk behandling av ufrivillig barnløshet prioriteres innenfor et presset helsebudsjett?*

Ufrivillig barnløshet rammer mellom 10 og 15 % av alle nordmenn. Tilstanden er blitt anerkjent som en medisinsk tilstand med egen diagnosekode. Likevel kan man spørre om en tilstand som rammer en så stor del befolkningen kan defineres som sykdom. Vil det være mer korrekt å snakke om nedsatt funksjon? Eller kan ufrivillig barnløshet sees på som et eksistensielt spørsmål?

*Lov om medisinsk bruk av Bioteknologi* skal evalueres. Som kjent er det ene av lovens tyngdepunkter nettopp regulering av kunstig eller assistert befruktning. Det er særlig de samfunnsmessige sidene ved kunstig/assistert befruktning som er Bioteknologinemndas domene. Derfor var det naturlig å utfordre Verdikommisjonen til et samarbeid om en åpen høring. Denne rapporten er et sammendrag av innleddernes bidrag til den åpne høringen.

Bioteknologinemnda og Verdikommisjonen har invitert innledere som dekker temaet fra forskjellige synsvinkler. Det er en stor spennvidde og store sprang. Høringen starter med avdelingsoverlege Thomas Åbyholm ved Kvinneklinikken, Rikshospitalet. Han har stått sentralt i arbeidet med kunstig/assistert befruktning i mer enn 25 år. Åbyholm og hans kollegaer bidrar til at det årlig fødes 1000 barn ved assistert befruktning i Norge,

og ved hjelp av nye teknikker vil han gjerne hjelpe fram flere.

Etter Åbyholm følger dr. polit. Sidsel Roalkvam som har disputert på en avhandling om *Landskap, slektskap og reproduksjon*, og som vurderer kunstig befruktning i forhold til forståelse av slekt og familie. Hun hevder at det sosiale forholdet mellom barn og voksen er viktigere enn det genetiske.

To tredjeparter av dem som prøver prøverørsbefruktning, mislykkes. Mange vil mene at alle ufrivillige barnløse like gjerne kunne adoptere barn? Johanne Sundby er gynekolog og samfunnsmedisiner med doktorgrad om infertilitet i Norge og i utviklingsland. Hun er selv ufrivillig barnløs, og har adoptert en gutt. Kunstig befruktning er *så* god at noen blir hjulpet og *så* dårlig at flere blir skuffet. Men hvorfor skal det være så vanskelige å få adoptere, spør Sundby.

Hva skjer når barn blir behandling? Filosof og forfatter Nina Karin Monsen fokuserer på barns rettigheter i forbindelse med kunstig befruktning: Staten, gjennom medisinen, tilbakeholder en viktig rettighet for barn: at det nektes kunnskap om farens identitet.

Hvor mye styres via biologien? Er menneskelige følelser bare en tilpasning som gjøre vår art i stand til å overleve? Spesialist i human adferdsøkologi Terje Bongard, går svært langt i retning av å hevde akkurat det!

Mange hevder at det å få barn er den største bekreftelse for en kvinne, men øker de nye reproduksjonsteknologiene kvinnes frihet? Historiker

Lene Koch er forsker ved Institutt for Folkesundhetsgranskning i København. Hun har doktoravhandling om prøverørsbefruktning og er medlem av Etisk råd i Danmark. Hun tar for seg rettighetskonfliktene som oppstår i spillet rundt kunstig/assistert befruktning og ser de nye reproduksjonsteknologiene i lys av kvinnes frihet. Kvinnes monopol på styring av befruktningen er truet, hevder Koch. Den er flyttet fra soverommet til laboratoriet.

Uansett hva man måtte mene om kunstig eller assistert befruktning, må dette medisinske tilbudet vurderes i forhold til de totale helseressursene. I en verden hvor overbefolkning kanskje er et større problem enn barnløshet, og i et land der helsekøene synes å vokse, er dette en vanskelig prioriteringsoppgave. Fylkeslege Geir Sverre Braut, som for tiden skriver helseministerens verdimelding, slår fast at selv om kunstig befruktning er en helse-tjeneste, er det ikke dermed sagt at ufrivillig barnløshet er en sykdom. Dessuten dreier prioritering seg om mer enn medisin.

Den åpne høringen fant sted i Bergen 7. april 1999.

Den samlet et stort antall deltakere og fikk bred dekning i media. Flere deltaker har gitt uttrykk for at de har endret oppfatninger på noen av spørsmålene vedrørende kunstig/assistert befruktning. Bioteknologinemnda og Verdikommisjonen håper at denne boken vil bidra til økt refleksjon på dette bokstavelig talt livsviktige område.

*Torleiv Ole Rognum*

Leder i Bioteknologinemnda

## **Innhold**

<b>PROGRAM.....</b>	<b>4</b>
<b>OVERSIKT OVER KUNSTIG BEFRUKTNING.....</b>	<b>5</b>
THOMAS ÅBYHOLM	
<b>ENDRER KUNSTIG BEFRUKTNING VÅR FORSTÅELSE AV SLEKT OG FAMILIE? .....</b>	<b>9</b>
SIDSEL ROALKVAM	
<b>ADOPSJON ELLER PRØVERØR - ELLER LEVE UTEN BARN?: JEG ER LEI FOR Å VÆRE BARNLØS, MEN JEG LEVER BRA UTEN BARN. JEG ER EN GOD MOR, MEN JEG ER IKKE GODTATT SOM MOR.....</b>	<b>12</b>
JOHANNE SUNDBY	
<b>NÅR BARN BLIR BEHANDLING.....</b>	<b>17</b>
NINA KARIN MONSEN	
<b>DET MENNESKELIGE GRUNNFJELL. FØLELSER SOM TILPASNINGER TIL ET FØRHISTORISK LIV .....</b>	<b>22</b>
TERJE BONGARD	
<b>VIL KUNSTIG BEFRUGTNING ØGE KVINDERS FRIHED? .....</b>	<b>40</b>
LENE KOCH	
<b>KUNSTIG BEFRUKTNING OG PRIORITERING AV HELSETJENESTER .....</b>	<b>43</b>
GEIR SVERRE BRAUT	
<b>DEBATT.....</b>	<b>46</b>
<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>55</b>
INGE EIDSVÅG	
<b>DELTAGERLISTE.....</b>	<b>56</b>

## Har vi alle rett til å få barn?

Åpen høring om barnløshet,  
onsdag 7. april 1999 kl. 9.00-16.00, Radisson SAS Royal Hotel Bergen, Bryggen,  
Bergen

Arrangører: Bioteknologinemnda og Verdikommisjonen

### Program:

- 09.00-09.10      **Innledning og oversikt over problemfeltet**  
Leder i Bioteknologinemnda Torleiv Ole Rognum
- 09.10-09.40      **Oversikt over kunstig befruktning**  
Overlege Thomas Åbyholm, Rikshospitalet
- 09.40-10.15      **Endrer kunstig befruktning vår forståelse av slekt og familie?**  
Post doc. stipendiat Sidsel Roalkvam, Seksjon for medisinsk antropologi, UiO
- 10.15-10.50      **Adopsjon eller prøverør - eller leve uten barn?:  
Jeg er lei for å være barnløs, men jeg lever bra uten barn. Jeg er en  
god mor, men jeg er ikke godtatt som mor**  
Forsker Johanne Sundby, Seksjon for medisinsk antropologi, UiO
- 10.50-11.25      **Når barn blir behandling**  
Filosof og forfatter Nina Karin Monsen
- 11.25-12.00      **Det menneskelige grunnfjell. Følelser som tilpasninger til et  
førhistorisk liv**  
Overingeniør Terje Bongard, Norsk institutt for naturforskning
- 12.00-13.00      *Lunsj*
- 13.00-13.35      **Vil kunstig befrugtning øge kvinders frihed?**  
Forskningslektor Lene Koch, Etisk Råd i Danmark
- 13.35-14.10      **Kunstig befruktning og prioritering av helsetjenester**  
Fylkeslege Geir Sverre Braut, Rogaland
- 14.10-14.30      *Kaffepause*
- 14.30-15.45      **Paneldebatt med foredragsholdere**  
Ledet av Ruth Kleppe Aakvaag
- 15.45-16.00      **Avslutning**  
Nestleder i Verdikommisjonen Inge Eidsvåg

Ordstyrer: Torleiv Ole Rognum

## Oversikt over kunstig befruktning

*Overlege Thomas Åbyholm*

Kvinneklubben, Rikshospitalet

Det er nå omtrent 20 år siden den første vellykkede behandling ved den såkalte prøverørsmetoden fant sted i England. Senere har det vært en voldsom utvikling innen det feltet som vi kaller assistert befruktning og mange nye metoder er tatt i bruk. De er metoder som gir gode resultater for store pasientgrupper. Før jeg tar for meg de ulike assisterte befrukningsmetoder, skal jeg gå gjennom de anatomiske forhold, infertilitetsårsaker og prinsippene ved de ulike former for assistert befruktning.

I eggstokken produseres eggene og når fosteret er ca. fem måneder gammelt, har det flere millioner egganlegg. Mange av disse forsvinner i slutten av fosterlivet og i løpet av de første leveårene. Når en kvinne får sin første menstruasjon, 12-14 år gammel, er det ca. 400 000 egganlegg i eggstokkene. Disse forbrukes i kvinnens fertile periode, dvs. til hun mister sin menstruasjon omtrent 51 år gammel i Norge. I hver syklus modnes det 20-30 egg, men det er bare ett som kommer til full modning. Midt i perioden, mellom to menstruasjoner skjer eggløsningen. Ved samleie deponeres det mange millioner spermier i bunn av skjeden. Ved eggløsningen produseres det rikelig livmorsslim som henger nede i skjeden, og opp gjennom denne vandrer spermene inn i livmorhulen. Spermene beveger seg ut i egglederne og befrukter egget ytterst i egglederen. Deretter føres det befruktede egg ned i livmoren, hvor det fester seg til livmorsslimhinnen og graver seg inn i livmorveggen. Dette høres kanskje lett ut, men det er ikke alltid så enkelt hos alle kvinner.

De viktigste årsaker til infertilitet er egglederskader, eggledningsforstyrrelser, endometriose, uforklarlig infertilitet og dårlig sædkvalitet.

1. Egglederskade er som regel en følge av egglederbetennelse, en seksuelt overført sykdom, hvor egglederne lukker seg for å avgrense infeksjonen med den følgen at egglederne blir ødelagt. Når nå eggløsningen skjer kan ikke egget tas opp av egglederne og egget havner ut i buken.
2. Ved en eggledningsforstyrrelse har kvinnen utsettende menstruasjoner eller menstruasjonen kan helt utebli. De vil da ha sjelden eggløsning, eller overhode ingen eggløsning.
3. Endometriose er en viktig årsak til infertilitet hvor slimhinnen til livmoren vokser utenfor livmorhulen. Den vokser på eggstokkene, egg-

ledere, i bukhinnen og kan også forekomme i andre organer som eks. lunge og nyrer. Det er ofte en smertefull sykdom som er forbundet med infertilitet og underlivssmerter, spesielt smerter ved menstruasjonen og ved samleie.

4. Av og til kan også sædkvaliteten være dårlig, lavt antall sædceller ofte kombinert med dårlig bevegelighet. Spermier klarer ikke å nå opp til egget eller klarer ikke å befrukte egget.

Det finnes også andre forhindringer for en vellykket graviditet. Det er et stort tap av befruktede egg de første dagene etter befruktningen. Man må regne med at minst 50-60 % av alle sammensmeltinger mellom egg og spermier vil ende i abort. Det er vist ved undersøkelser fra utlandet på 70'-tallet at 60 % av selve abortmaterialet fra aborter som skjer i løpet av de første tre månedene, har kromosomavvik. Det er store avvik, dvs. at naturen selv rydder opp i de største problemene.

### Før og nå

Hva gjorde man før assisterte befrukningsmetoder var utviklet?

Ved egglederskade måtte man operere og prøve å åpne egglederne slik at eggene kunne fanges opp av egglederne. Det ble gjort en undersøkelse i Helse-region II i 80'-årene og man fant ut at 18 % av 251 pasienter med egglederskader fikk barn etter operativ behandling. Prøverørsmetoden ble utviklet spesielt for denne gruppen av kvinner med ødelagte eggledere. 18 % er et dårligere resultat enn det ett prøverørsforsøk gir i dag. Etter operasjon lå pasienten en uke på sykehus, og var sykemeldt i fire uker. I dag gjør man de assisterte befrukningsmetoder poliklinisk, de krever ikke sykehusinnleggelse.

En annen metode som har vært brukt helt fra 40'-årene er donor-inseminasjon. Det er en godt innarbeidet metode som gir gode resultater. Jeg gjorde en undersøkelse av infertile par, hvor mannen hadde ekstremt dårlig sædkvalitet; halvparten av mennene hadde faktisk ikke sædceller i det hele tatt. Parene hadde vært gift i ca. fem år før de kom til undersøkelse. Deretter gikk det ytterligere fem år før det ble sendt et spørreskjema til dem med forespørsel om de hadde adoptert eller ønsket dette, eller om de hadde gitt opp og godtatt sin barnløse situasjon. Resultatene viste at det var kun 21 % som hadde adoptert eller ønsket adopsjon. Hele 2/3 av

gruppen ønsket donor-inseminasjon. Omtrent 10 % hadde god tatt sin barnløshet. Det var kun 3 % av parene som var skilt eller separert.

### Assistert befruktning

Hovedprinsippene er følgende:

- Hormonstimulering. Man ønsker å få mer enn ett egg, derfor gis det hormoner til kvinnen for å utvikle flere egg.
- Overvåking av follikelvekst. Man overvåker eggutviklingen. Eggene ligger i eggposer (follikler) som ved modningen kan bli opp til to cm. i diameter. Prosessen overvåkes ved hjelp av ultralyd.
- Induksjon av egglosning. Når eggposen har nådd en viss størrelse, gir man egglosningshormon til kvinnen og induserer egglosning. Egglosningen finner sted ca. 36 timer senere.
- Egg høsting. Ca. 32 til 36 timer etter induksjon av egglosning suger man ut eggene.
- Overføring av befruktede egg til livmoren. Når eggene er tatt ut blir de inseminert utenfor kroppen og de befruktede egg føres tilbake til livmoren.

I begynnelsen av menstruasjonssyklus modnes det ca. 20-30 egg. Dette skyldes et hormon, FSH, som produseres i hypofysen. Konsentrasjon av dette hormonet i blodet øker i begynnelsen av syklusen og stimulerer til vekst av follikler. I løpet av noen dager faller innholdet av hormonet i blodet, og bare en follikel kommer til full modning. De andre folliklene tilbakedannes. Den folliklen som blir selektert er den som har utviklet mest reseptorer for dette hormonet, og er derfor mest sensitiv for hormonet. Prinsippet ved prøverørsbehandling og alle assisterte befruktningmetoder går ut på å bryte denne seleksjonsprosessen ved gi kvinnen FSH-hormon for å få frem flere follikler i stedet for kun én follikel (ett egg).

Når eggeposene er nådd en viss størrelse, gir man egglosningshormonet slik at kvinner får egglosning. Før egglosning høstes eggene. Før gjorde man det ved kikkhulloperasjon som krevde ressurser som narkose og operasjonsstue. I dag er det en poliklinisk behandling. Eggene tas ut og kvinnene reiser hjem etter en times tid. Egg høsting er en forholdsvis enkel prosedyre, hvor eggene tas ut med en tynn nål som føres gjennom skjedeveggen og inn i eggstokkene. Hver follikel punkteres og innholdet suges ut. Hele prosedyren overvåkes ved hjelp av ultralydteknikk. Eggene identifiseres på laboratoriet og de blir oppbevart i spesielle inkubatorer med riktig temperatur, fuktighet, gassblanding osv. Mannen leverer sæd samtidig. Sæden prepareres, de mest bevegelige spermier tas ut og tilsettes eggene. Etter et døgn kan man se om det er skjedd en befruktning, og ett døgn senere om egget deler seg. På det stadiet legges eggene tilbake i livmoren. Inntil to av de befruktede eggene sprøytes ved hjelp

av et lite plastrør inn i livmoren hvor de forhåpentligvis fester seg. Dersom behandlingen er vellykket kan man etter fire uker ved ultralydteknikk se om det er et lite foster inne i livmoren og etter ni måneder kan fødsel forhåpentligvis skje.

### Problemer med assistert befruktning:

Det som har vært problemet med alle former for assistert befruktning er flerlingsvangerskap og for tidlig fødsel. Disse to hendelsene henger sammen. Dersom det er flere fostre er det større risiko for for tidlig fødsel med de komplikasjoner som det kan medføre. Det er blitt færre flerlingsvangerskap de siste årene fordi det legges inn færre befruktede egg. For 15 år siden la man tilbake seks befruktede egg, men i dag har vi redusert antallet til to.

Det er ikke påvist høyere antall misdannelser ved vanlig prøverørsbehandling. Flere publikasjoner etter mikroinjeksjonsmetoden kan tyde på at det er en økt misdannelsesfrekvens og de verste resultatene viser fordobling av antall misdannelser. Det finnes også flere undersøkelser som viser at det ikke er økning i antall misdannelser. Det at resultater av undersøkelsene varierer så meget, er avhengig av hva man definerer som misdannelse. Det er heller ingen standard klassifisering av hva som er store misdannelser og hva som er mindre misdannelser. Det er også viktig at alle misdannelser blir registrert. Antall misdannelser som er blitt funnet er også avhengig av hvor godt barna blir undersøkt etter at de er født. Prøverørsbarn og mikroinjeksjonsbarn blir oftere grundigere undersøkt (med for eksempel ultralydundersøkelse) enn de som er kommet til på vanlig måte. Man skal imidlertid være ydmyk når man starter med en ny behandlingsform, og ha nøye overvåking med eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger som kan oppstå i fremtiden.

### Forskjellige former av assistert befruktning:

Den vanligste form av assistert befruktning er *in vitro fertilisering (IVF)*, som er standard prøverørsbehandling. Når befruktningen har skjedd ved IVF fører man de befruktede egg tilbake til livmoren, men de befruktede egg kan også føres tilbake til egglederne ved hjelp av kikkhulloperasjon. Man prøver da å etterligne naturen mest mulig, fordi det er i egglederne det befruktede egget befinner seg de første dagene etter befruktning. Den metoden kalles EIFT (*Embryo Intra-Fallopian Transfer*).

Mikroinjeksjon (ICSI) er en form for *in vitro fertilisering* hvor man plukker ut en enkel spermie og sprøyter den ved hjelp av mikropipette direkte inn i egget. Forskjellen mellom vanlig prøverørsbehandling og mikroinjeksjonsbehandling er inseminasjonsprosedyre. Ved ICSI bryter man naturlig seleksjonsmekanisme.

Det finnes også flere former av *in vivo fertilisering*, hvor befruktningen skjer i egglederen. Ved GIFT



metoden (*Gamete Intra-Fallopian Transfer*) tar man ut egg, deretter føres en blanding av egg og spermier ved kikkhullteknikk tilbake til egglederne, slik at befruktning kan skje i egglederne.

Ved inseminasjon av kvinnen får hun egglosningshormoner og deretter blir hun inseminert på det riktige tidspunkt, dvs. egglosningstidspunktet, i livmoren og eventuelt i bukhulen. Ved donorinseminasjon benyttes samme prosedyre.

Når brukes de forskjellige former for assistert befruktning?

- IVF brukes ved egglederskade, men kan også brukes dersom egglederne er normale.
- GIFT, EIFT og inseminasjon brukes ved normale eggledere
- ICSI og donorinseminasjon brukes ved dårlig sædkvalitet

De metodene som er de enkleste for oss, og som krever færrest inngrep er IVF, ICSI (mikroinjeksjon) og donorinseminasjonsmetoden.

### Resultater ved IVF og ICSI

Det er flere måter å regne ut resultatene på og resultatene er helt avhengige av klinikkens materiale, dvs. de kvinnene man har til rådighet til enhver tid. Kvinners alder er mest avgjørende for hvor gode resultater man får. Behandlingen av yngre kvinner gir best resultat.

Resultater ved IVF-behandlingen ved Kvinne-klinikken, Rikshospitalet: I 1998 startet vi med 620 sykler, dvs. påbegynte behandlinger, og resultatet var 30 % graviditeter per påbegynt syklus. Ikke alle får lagt tilbake befruktete egg, noen går ut fordi man ikke får tilfredsstillende antall follikler til å modnes, andre fordi befruktningen ikke skjer. Omtrent 80 % av de påbegynte behandlinger vil resultere i tilbakeføring av befruktete egg til livmoren, og av disse var det 36 % som ble gravide. Ved vår klinikk vil ca. 1/4 få barn etter en slik overføring av embryo. Alle par får som regel tre forsøk og hvert forsøk gir omtrent samme resultat.

I 1998 var resultater fra ICSI-behandlingen lik IVF resultatene; ca. 25 % får barn med seg hjem.

Alder er sterkt utslagsgivende for resultatene ved begge behandlingsmetoder. Kvinner som er  $\leq 36$  år vil i 26 % få et barn per forsøk, mens resultatene er omtrent halvert dersom kvinnen er over 36 år. Dersom klinikken ønsker å fremlegge de beste resultater, burde den være meget restriktiv med hensyn til kvinnens alder. Men det er også mange andre hensyn man må ta, og dessuten mener de fleste par at de har like stor rett til behandling.

### Hva kan gjøres i Norge i dag?

- IVF utføres i dag med gode resultater.

Man kunne også gjøre IVF med donerte spermier, men det er ikke lov i Norge. Det er lov å donere sæd, men av en eller annen grunn er det ikke lov å kombinere de to metodene.

- Mikroinjeksjon er tillatt å utføre i Norge. Mikroinjeksjon kan også utføres med spermier som er sugd ut fra bitestikler eller testikler. Denne behandlingen kan være aktuell for menn som ikke har spermier i ejakulatet. Når man suger ut spermier fra bitestikler og testikler er det nødvendig med mikroinjeksjon, fordi man oftest ikke får hentet ut så mange spermier at man kan benytte vanlig IVF-metode. Å injisere spermier fra bitestikkel eller testikkel ved mikroinjeksjon, er ikke tillatt i Norge.

- Nedfrysing av befruktete egg er tillatt i Norge. Det er lov å fryse ned overtallige befruktete egg. Disse befruktete eggene kan legges tilbake til livmoren i naturlig syklus senere, da slipper man å ta ut flere egg og dermed slipper kvinnen å gå igjennom ennå en hormonbehandling. I dag er det lov å fryse ned befruktete egg i tre år. Før var det ikke lov å fryse egg ned i mer enn ett år, slik at kort oppbevaringstid var den viktigste årsaken til at man kastet befruktete egg. Det er klart at de kvinnene som ble gravide ved første forsøk, ikke hadde muligheten til å bruke de overtallige befruktete eggene i løpet av ett år.

- Nedfrysing av egg er ikke tillatt. Jeg tror at det er mest på grunn av tekniske problemer et denne teknikken ikke ble tillatt, det var både problemer med å få egget til å overleve etter opptining i tillegg til å oppnå befruktning av egget. Bedre metoder er i dag utviklet.

- Nedfrysing av spermier er tillatt.
- Sæddonasjon er tillatt og anonymitetsprinsippet er heldigvis opprettholdt.
- Eggdonasjon er ikke tillatt.

Eggdonasjon kan være aktuelt for kvinner som går tidlig i overgangsalder. Det er enkelte kvinner som går i overgangsalder når de er 20-30 år. Omtrent 3-5 % av alle kvinner i Norge mister menstruasjon før fylte 40 år. Det er en liten gruppe som er mye plaget, i tillegg til sine overgangsalderproblemer får de også et sjokk når de forstår at de ikke kan få barn.

- Embryodonasjon, dvs. donasjon av befruktete egg, er ikke tillatt i Norge.
- Surrogatmor er ikke tillatt, heller ikke å forsøke på befruktete egg.

### Hva kan vi håpe på å få av tilbud i fremtiden?

Det som jeg håper på er:

- Nedfrysing av egg og eggstokkvev.

Det gjelder spesielt unge pasienter som skal gjennom kreftbehandling, da en del av kreft-

behandlingen tar knekken på eggstokkene. En bit av eggstokkene kunne tas ut før behandlingen starter. Dersom kvinnen blir frisk kunne man stimulere eggstokkbitene, modne egg, deretter inseminere og til slutt føre befruktete egg tilbake til kvinnen.

- Det er rimelig at donor-inseminasjon ved IVF blir tillatt, når det er tillatt både med donor-inseminasjon og IVF.
- Eggdonasjon hos kvinner som går tidlig i overgangsalderen.
- In vitro modning av eggene.

Man tar ut umodne egg fra follikler som er noen få millimeter i størrelser, og modner dem utenfor kroppen. Da slipper kvinnene å gå gjennom den kraftige stimuleringsprosessen med hormoner som skjer i dag.

### Human reproduksjon.

Dersom man betrakter hele området human reproduksjon og ikke kun ser på ufruktbarhet isolert, kan en kvinne i løpet av sin fertile periode bli berørt av ett eller flere av følgende områder innen human reproduksjon:

- Frivillig fruktbarhet

Frivillig fruktbarhet resulterer i graviditet og fødsler. I Norge fødes det ca. 60 000 barn pr. år. Er en kvinne blitt gravid og ønsker å gå ut sin graviditet, stiller samfunnet opp og det er en selvfølge at vi legger ned store ressurser i graviditetskontroller, ultralydscreening, fosterdiagnostikk, forløsning, oppfølging og behandling i nyfødt-perioden.

- Ufrivillig fruktbarhet.

I Norge utføres ca. 15 000 provoserte aborter årlig. Dersom en kvinne blir gravid og hun ønsker å avbryte sitt svangerskap, stiller samfunnet opp. Gjennom lovgivning har kvinnen rett til å få avbrutt sitt svangerskap innen 12. svangerskapsuke.

- Frivillig ufruktbarhet.

Dersom en kvinne ikke ønsker å bli gravid, stiller samfunnet opp. De fleste og sikreste prevensjonsmetoder må foreskrives av lege. Store kampanjer er blitt igangsatt for å bruke kondom for å hindre smitteoverføring og for å unngå en uønsket graviditet. I tillegg kommer ressursbruk til sterilisering av kvinner og menn.

- Ufrivillig ufruktbarhet.

Omtrent 10-15 % av alle parforhold har problemer med å oppnå graviditet. I Norge tilsvarer det ca. 3000 nye par hvert år som ikke får oppfylt det de fleste regner som et naturlig ønske i livet. Det har i alle år vært en klar rett også for disse kvinnene at de skulle få utredning og behandling innen det offentlige helsevesenet. I den siste tiden har imidlertid vært enkelte røster som har gått imot dette. Det bør nevnes at utgiftene til denne gruppen er meget liten i forhold til de første tre nevnte gruppene.

Det bør understrekes at behandlingen av ufrivillig barnløshet ikke bare må sees som en belastning, en utgiftspost for samfunnet, men man må se på det spesielle og enestående resultatet som oppnås – en ny verdensborger, som virkelig må sies å være en ressurs for samfunnet. Det er nesten unikt at medisinsk behandling kan gi et så vellykket resultat, først og fremst for det aktuelle par, men også for hele familien, spesielt besteforeldre, og også for samfunnet.

Ønske om å få egne barn sitter meget dypt i de fleste mennesker. Det er et av våre basalbehov. De fleste av oss ser det som en selvfølge å få barn. Mange par oppdager imidlertid at det ikke er så enkelt. Reproduksjonsproblemet oppleves først som et sjokk, deretter følger depresjon, frustrasjon, skuffelse og hjelpeløshet. Det som skiller barnløshetskrisen fra mange andre kriser er at den stadig aktualiseres, hver måned når kvinnen får sin menstruasjon. Dersom paret ikke får barn mister de en helt vesentlig dimensjon av alle livets faser, slik som fødsel, det å være småbarnsforeldre, oppleve skole og studietid sammen, ikke få barnebarn osv. De må leve med tapet og savnet også tiden utover den reproduktive alder, dvs. at de faktisk har en betydelig redusert livskvalitet gjennom hele livet. Derfor er det gledelig at det etterhvert er blitt utviklet gode behandlingsmetoder for å hjelpe disse barnløse. De assisterte befruktningemetodene har i løpet av de siste årene revolusjonert behandlingen av infertile par og må i dag betraktes som en integrert del av all infertilitetsbehandling.

Vårt fagmiljø ser med uro på en del vitenskapelige rapporter som tyder på at sædkvaliteten er redusert i løpet av de siste 30-40 årene. Det er også bekymringsfullt at testikkelkreft er tredoblet i Norge i løpet av siste 20-25 årene. Det ser også ut som om misdannelser i reproduksjonsorganene hos menn har økt, slik som kryptorchisme (testiklene ikke har gått ned i pungen) og hypospodi (urinrørsåpningen ikke munnar ut på tuppen av penishode).

Vi er også bekymret over det økende antall kvinner som har passert sin mest fertile periode, først søker gynekologisk ekspertise sent i sin reproduktive alder for å få hjelp til å oppnå graviditet. Spesielt når vi vet hvilken betydning kvinnens alder har for resultatet av behandling.

Jeg tror man trenger store ressurser for å kartlegge årsaker til de nevnte sykdommer og utviklingsavvik, og for å forebygge og behandle tilstandene. Kanskje er det viktig at dette området blir prioritert i fremtiden, både klinisk og forskningsmessig. Rikshospitalet i København har valgt den linjen og der er reproduksjonsforskning et satsingsområde på linje med forskning innen immunologi, transplantasjon, hjertekarsykdommer og molekylær medisin.

## Endrer kunstig befruktning vår forståelse av slekt og familie?

*Post doc. stipendiat Sidsel Roalkvam*

Seksjon for medisinsk antropologi, UiO

Det er naturlig å få egne barn. Det er naturlig å bli mor og far, onkel og tante, bestemor og bestefar. Det er naturlig både å ha og å få familie. Det er også naturlig å tillegge familien spesiell betydning, ”blod er tykkere enn vann”, heter det.

Det blir hevdet at nyere reproduksjonsteknologi utfordrer våre ideer om det naturlige. Nyere reproduksjonsteknologi utfordrer det naturlige fundament for slektskapsrelasjoner, og dermed også det som skiller slektsrelasjoner fra andre relasjoner. Den økende bruk av moderne teknologi i den menneskelige reproduksjon, har ført til at vi stiller spørsmål ved hvorvidt det finnes en naturlig relasjon. Og hvis den finnes; hva innholdet i den er? Hva er mor, hva er far, hva er bestemor og hva er bestefar, hva er slekt, eller hvem er slekt og på hvilket grunnlag? Det er nettopp denne *naturligheten* som gir slektskapet en spesiell signifikans; det å være *naturlig* av samme kropp og dermed også av samme blod. Det er denne *naturligheten* som skiller mor fra en hvilken som helst annen kvinne, far fra en hvilken som helst annen mann og egne barn fra andres barn. Ikke det at vi nødvendigvis har tenkt så mye over det, men det er nå slik det er, er det ikke?

I de 25 minuttene jeg har til rådighet skal jeg ”åpne opp” den norske slektskapsrelasjonen. Jeg skal forsøke å gjøre det som er implisitt eksplisitt – det som vi alle vet, men aldri trenger å sette ord på. Vi tenker ikke så ofte over hva slekta er, *slekta bare er*. Men, for å kunne si noe om hvorvidt nyere reproduksjonsteknologi endrer våre ideer om slekt og familie, så må vi først vite, ikke bare implisitt, men eksplisitt hva slekt er.

\* \* \*

Latour, en fransk filosof, hevder at det moderne mennesket lever i en tid preget av hybriditet. Det moderne mennesket tror at det kan dele verden inn i rene kategorier. Det moderne mennesket forsøker å holde mennesket adskilt fra det umenneskelige – fra dyr, andre organismer og ting i dets omgivelser. Det moderne mennesket hevder hårdnakket at det ikke bare er mulig, men at det også er nødvendig å holde natur adskilt fra kultur. Vi trenger denne distinksjonen å tenke med. Skillet natur/kultur er selve fundamentet for vår tenkning, for forskning, for etikk og moral (Latour 1993).

De fleste samfunnsvitenskapene tenker analytisk i termer av slike distinksjoner. I antropologien arbeider vi ut fra antagelsen om at en gruppe menneskers kultur er deres felles måte å tenke om natur på. En slik antagelse har som sitt utgangspunkt et skille mellom kultur og natur. Slike distinksjoner er med på å skape orden både for forskere og andre mennesker. Dette er en måte å tenke om verden på som preger den moderne tidsepoke. (Latour 1993).

Slektskap er en interessant størrelse i så måte, da slektskap i seg selv fremstår som en hybrid (Jmf. Strathern 1992). Slektskap er i denne forstand heller ikke moderne. Slektskap utgjør et sosialt felt hvor distinksjonen mellom kultur og natur kolliderer. Moderne slektskap er natur-kultur (Franklin 1997). Relasjonene er forankret i en forståelse av natur på samme tid som relasjonene er kulturellt definert. På den ene side fremhever slektskapet de relasjonelle aspekter ved sosialt liv. Når man handler som slektning handler man i relasjon til spesifikke andre. Man kan ikke være mor hvis det ikke er noe barn. Man kan heller ikke være far, onkel eller tante på egen hånd. Slike relasjoner er spesielle. Hver person har sin egen slektskapskonstellasjon. Setter en bruk av metaforer til side (landsfader, landsmoder, Gud vår far osv.) så kan slike relasjoner ikke generaliseres til andre sosiale arenaer. Relasjonene fremstår som konkrete, intime og personlige. På den annen side baseres slektskapsrelasjoner i en naturlig nødvendighet – menneskets behov for å reproduserer seg selv. Et par blir foreldre bare ved hjelp av at en naturlig biologisk utvikling har funnet sted. Deres sosiale aksept som foreldre er i så måte et resultat av et naturlig faktum. Omstendighetene rundt befruktning og fødsel er på samme tid det som gir barnet identitet. Det er tilsynelatende få måter å utsette de bånd som eksisterer mellom barnet og de personer som var årsaken til barnets tilblivelse. Slektskapsrelasjoner synes derfor å være basert på befruktning som en biologisk nødvendighet, på samme tid som de sosiale relasjoner som utgjør den daglige kontekst for barnet, blir rettferdiggjort med referanse til disse naturens fakta. Videre indikerer slektskapsbånd verdier i form av de rettigheter og plikter man har til det som ansees for å være nær slekt.

Slektskapsrelasjoner har en spesiell kvalitet. De skiller seg fra andre relasjoner ved at de er relasjoner som oppstår ved befruktning, men som sett fra barnet som blir født, eller skapt, allerede er til stede. Slektskapsrelasjonenes fundament og rasjonalitet ser ut til å være i omstendighetene rundt befruktning, graviditet og fødsel. Slektskapsrelasjonene er dermed også sett som *naturlige, opprinnelige og uforanderlige*.

Uansett om blodsbånd eller genetikk blir understreket eller ignorert, er det å referere til slekt som de mennesker som er knyttet sammen gjennom befruktning, å snakke om slektninger på en kulturell spesifikk måte. Fra dette perspektivet er alle ting som omhandler befruktning relatert til hvordan mennesker representerer meningen av det å være i slekt med hverandre. For personer har dette den konsekvens at hennes og hans biologiske opphav forblir et faktum man vanskelig kan springe fra. Når man snakker om sosialt slektskap snakker man derfor også om den naturlige prosess, ideen om befruktning, graviditet og fødsel. Slik fremstår slektskapet som en hybrid; som uttrykk for en natur-kultur.

\* \* \*

Mennesket har alltid latt seg fascinere av livets mirakler. Ett nybakt foreldrepar som teller fingre og tær på sin førstefødte opplever den menneskelige reproduksjon som et av de største. Dette er menneskets egen evne til å skape liv. De muligheter reproduksjonsteknologien gir fascinerer også. Her blir menneskets egen skaperevne gjort eksplisitt og tilsynelatende kontrollerbar. Dette flytter prokreasjonsnarrativet, graviditet og barnefødsler, ut av naturens språk, det opprinnelige og ubearbejdede, og inn i det medisinsk-teknologiske språk, det *oppnåelige, bearbejdede og foranderlige*. Ved å kunne kontrollere selve skapelsesprosessen gir reproduksjonsteknologien gleden av å bli foreldre til par som ikke har mulighet til å realisere dette selv. Denne medisinske praksis gir generelt en mulighet for kommende foreldre å kunne vite om barnet lider av alvorlige genetiske defekter, som i noen tilfeller kan dette rettes på før fødsel. Sett fra denne side er reproduksjonsteknologien et uttrykk for vitenskapens grenseløse og positive utvikling. En vitenskap som stadig overviner menneskelige defekter og som i stadig større grad evner å tilfredsstille menneskelige behov. Det er ingen grenser for hva som nå er mulig å gjøre. Ved hjelp av biomedisinsk vitenskap omsettes Darwins tese til virkelighet (om en i en annen betydning en Darwin selv tenkte seg det): *det fremtidige mennesket vil bare bli mer perfekt enn det allerede er i dag*

Men, vår fascinasjon svinger mellom beundring over hva det er mulig å få til og ren redsel. Urovekkende forestillinger om genetisk ingeniørkunst og eugenikk har utviklet seg parallelt med reproduksjonsteknologien. Vi knytter fantasier om frem-

tidige hybrider som menneskemaskiner – og/ eller dyremennesker - til denne medisinske praksis. De er halvt om halvt. De er deler av ulike verdener, dyrets menneskets maskinen, satt sammen til en helhet. De er blandinger eller amalgamer og de er, til dels, beskrevet som groteske. Kloningen, Dolly, for eksempel, ble sett på som selve gjennombruddet for en utøylet Frankenstein-vitenskap som bærer bud om en marerittliknende framtid hvor mennesket blir gitt muligheten til å duplisere seg selv i det uendelige. Teknologi er, for dem som er redd for den, en form for kultur uten mennesker (Strathern 1992)

\* \* \*

Den vestlig verden, som Norge er en del av, antas å være vitenskapelig basert. Derfor sier vi også at slektskap i vesten – i motsetning til ”resten” – har den vitenskapelige natur som sitt fundament. Vi tenker oss at det finnes ”naturlige mødre” og ”naturlige fedre”. Vi tenker videre at det er bare to biologiske foreldre som donerer genetisk materiale til et barn. Et bilateralt eller kognatiske slektskap er innskrevet i vår forståelse av biogenetikk, eller omvendt: biogenetikk er innskrevet i vår forståelse av kognatisk slektskap. Et barn er et produkt av både mors og fars biologiske materiale. Slegt blir delt inn i blodsbånd og ekteskapsbånd og vi tenker oss at blodsbånd reflekterer genetikken.

Når den vitenskapelige natur, om enn etterhvert i noe folkelig forstand, utgjør selve fundamentet for slekt, fremstår reproduksjonsteknologien som en trussel. Reproduksjonsteknologien blir en trussel mot den naturlige identitet, reproduksjon og slektsrelasjon. Vitenskapen har bare gjort det den har satt seg til å gjøre, nemlig å synliggjøre den naturlige prosess ned i minste detalj. Når naturen blir gjort til fundamentet for vår tenking, så er synliggjøringen av stadig nye detaljer i prosessene hvordan mennesket blir til, også en synliggjøring av de nye substanser som utgjør den menneskelige væren. Blod i går, gener i dag. En endring i det naturlige fundament utgjør således en trussel mot mennesket – hva det *er* og hva det *var* mennesket var antatt for å være. Nye sannheter om oss selv kan stadig avdekkes og synliggjøres, hva som er sant i dag, kan være usant i morgen.

Sæddonasjon, eggdonasjon og surrogat-moderskap utgjør en slik trussel mot det naturlige. Denne medisinske teknologien truer vår ideer om hva fedre og mødre er, samt våre ideer om hva barnet er. Mødre, som den kvinne barnet fødes ut av, har ofte vært sett på som enda mer naturlige enn fedre (Barnes 1974), derfor blir eggdonasjon og surrogat-moderskap en enda større trussel mot det naturlige. Farskapet har inntil nylig vært usynlig og derfor også vanskelig å påvise. Far har alltid vært noe fjernere enn mor. Nyere teknikker som blodprøver og DNA testing er i dag med på å gjøre farskapet ”synlig” og ”sikkert”. Far blir i denne forstand det

som mor var før, utvetydig. Mor, derimot, har blitt utydelig og usikker. Hun som alltid har vært det naturlige det selvfølgelig og det påviselige. Inntil ganske nylig har det ikke vært tvil om moderskapet. Nyere teknologier som både eggdonasjon og surrogat-moderskap setter moderskapet under tvil. I begge tilfelle vokser embryo innenfor og utav en annen kvinne enn den kvinne som avga egget; hennes livmor, hennes, blod og hennes oksygen,. Eggdonasjon og surrogat-moderskap skiller derfor blod fra gener. Mor er ikke lenger den kvinne som fødte deg, eller mor er ikke nødvendigvis den kvinne som la deg til brystet. Som vi vet, har eggdonasjon og surrogat-moderskap vært ansett som så *unaturlig* at det er nedsatt et lovforbud mot det i Norge. Disse teknologiske muligheter forstyrrer våre ideer *om den naturlige mor*. Barnet trenger å vite sin opprinnelse er argumentet.

\* \* \*

Det er nok av eksempler i antropologisk litteratur på at slektskap verken er biologisk fundert eller motivert. Er det mulig for oss å tenke oss identiteter skapt av mange ulike mødre, sosial mor, genetisk mor, donor mor, surrogat mor? (Jfr. Keesing 1990) Hvilken mor er den egentlige mor? (Jfr Fox 1997) Er det genetikken som etablerer mor? Er det å bære frem, føde og amme barnet som etablerer mor, eller er det å oppfostre barnet over tid som etablerer mor? Hvem er den egentlig far? Er far donor far, genetisk far, eller sosial far? Hvor avhengig er barnets egen identitet av at disse posisjonene er kjent? Eller mer korrekt: hvor nødvendig tenker vi oss at dette må være? Har dette noe i det hele tatt med slektskap å gjøre eller er der andre dominerende nettverk, andre dominerende forbindelser?

Egg, sæd og livmor er kroppslige substanser som ved hjelp av medisinsk teknologi flyter over etablerte grenser og dermed skaper uro. "Egg" "sæd" og "livmor" er blitt kraftige kulturelle metaforer som nå også viser til evnen og nytten av å kunne regulere den menneskelige reproduksjon. "Livmor til leie" viser til sunne reproduktive omgivelser. Hva er det som utgjør en god livmor og hva er det som utgjør en truende livmor? Hva utgjør en skikket mor og hva utgjør en uskikket mor? Hva utgjør den perfekte kvinnelige og mannlige donor? Hva utgjør til syvende og sist det perfekte barn? Reproduksjonsteknologi inngår derfor ikke bare i slektsnettverkene men utgjør også en del av andre ideologiske nettverk preget av ideologier om sosiale skiller knyttet til rase, seksualitet og funksjonalitet. Det er igjen det moderne ønsket om de rene former, ikke-hybrider, som kommer til uttrykk her. Det er ønsket om den rene rase, naturens perfekte barn, fedre og mødre, den rene kropp uten de grenser som kultur med sitt normative system måtte sette for den? Den rene biomedisinske vitenskap uten samfunn? Dette er noe å engste seg for.

I relasjon til dette er det like fullt viktig å huske på at reproduktive teknologier handler ikke bare om egg, sæd, livmor, blod og genetikk. Reproduksjonsteknologier handler også om sosiale relasjoner og utgjør bare en liten del av det å skape foreldre, mødre og fedre, det å skape familier. Foreldreskapet beveger seg utover erkjennelsen av en biologisk forbindelse og en sosial rolle utformet med bakgrunn i denne biologiske forbindelsen. Foreldreskap utgjør mer enn biologien, genene, blodet eller livmoren. Dette utgjør bare en liten del av de sosiale prosesser som skaper forpliktende relasjoner mellom mennesker. Det er et tankekors at mens lovutformere og offentlige debattanter er opptatt av teknologiseringen av det naturlige så er langt de fleste, som ikke får sine barn ved egen hjelp, ikke opptatt av gener, livmødre eller blod, men snarere det mennesket barnet gjør dem til, det voksne moralske mennesket. Det er ikke bare foreldre og besteforeldre som gir barnet identitet, barnet gir også foreldre og besteforeldre identitet. Barnet synliggjør og gir identitet til det voksne, ansvarsbevisste mennesket. Denne synliggjøringen er en synliggjøring av det sosiale aspektet ved slektskap – de gjensidig avhengige relasjoner som er bestemmende for slektskapets utforming. Dette er relasjoner som gir spesifikke identiteter. Man blir ikke mor eller far, bestemor eller bestfar uten barnet. Slik synliggjør reproduksjonsteknologien også det sosiale aspektet ved slektskap og med dette det faktum at den virkelige mor og den virkelige far er det mennesket som står opp om natten for å se til sitt barn.

### Litteratur:

- **Barnes, J.A.** (1974) Genitor:Genitrix: Nature:Culture I *The Character of Kinship*, Jack Goody (red) Cambridge: Cambridge University Press
- **Fox, Robin** ([1993] 1997) *Reproduction and Succession: Anthropology, Law and Society* New Brunswick: Transactions Publishers
- **Franklin, Sarah** (1997) *Embodied Progress— a cultural account of assisted conception* London & New York: Routledge
- **Latour, Bruno** (1993) *We have never been modern* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- **Roalkvam Sidsel** (1998) Når Naturens mirakel blir merket av tvil: noen refleksjoner rundt reproduksjonens bioteknologi *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 9:105-121 Oslo: Universitetsforlaget
- **Strathern, Marilyn** (1992) *After Nature: English Kinship in the late twentieth century* Cambridge: Cambridge University Press

## **Jeg er lei for å være barnløs, men jeg lever bra uten barn.**

## **Jeg er en god mor, men jeg er ikke godtatt som mor.**

*Forsker Johanne Sundby*

Seksjon for medisinsk antropologi, UiO

### **Om norske familienormer**

Normer er vanskelige. Selv for de som foretrekker å leve etter de gjeldende normer, man kan snuble og måtte finne nye løsninger. Enda vanskeligere er det når man ikke kan leve opp til normene. I Norge er det en klar norm å få barn. Over 90 prosent av alle kvinner får det, om mennene vet vi mindre. Normen nå som vi går mot år 2000 er: første barn i alderen 27-29, til sammen noe under to barn, og som oftest enten i samboerskap (4 av 10) eller ekteskap (også omtrent 4 av 10) – disse normene eksisterer likeverdige side om side. Omtrent 3-4 % oppnår aldri å få egne barn. Omtrent like mange prøver ikke eller vil ikke ha barn. Altså er under 10 % av kvinnene barnløse når de når 40-års alder.

Så det er først og fremst de 3-4 % ufrivillige av ulike former for barnløshet som virkelig må finne måter å leve på som "går mot normen". Jeg skal ikke legge så stor vekt på de såkalt frivillig barnløse her; de har en annen problematikk, selv om noen av dem, vet jeg, har prøvd i all hemmelighet men ikke fått det til. Og noen er frivillig barnløse fordi de ikke har funnet en passende partner i tide, eller ikke lever med mannlige partnere. Mange vil likevel heller at det skal se ut som et valg enn en skjebne. Ufrivillig barnløshet er fremdeles forbundet med en del tabuer, og ikke så lett å snakke åpent om for alle. Da et norsk ukeblad skulle lage en reportasje om frivillig barnløshet, fikk de ingen til å stille opp.

Jeg har gjort det til vane å bruke mitt eget ståsted på en tydelig måte i innlegg om barnløshet. Ut fra biomedisinske betraktninger om nøytralitet burde jeg ikke det. Eller kanskje enda mer presist, jeg burde ikke forske på dette når jeg har så liten grad av objektivitet og distanse. For meg er det motsatt. Fenomenet barnløshet hadde jeg ikke kunnet forske på dersom jeg ikke hadde funnet problemstillingene gjennom egne erfaringer. For meg har det derfor blitt en vane å spørre: når jeg opplever dette som barnløs, er det da på grunn av at jeg er meg, eller fordi dette er ganske vanlige fenomener å oppleve under infertilitet?

### **Bakgrunn**

Jeg er altså infertil, kvinne, forsker, gynekolog og helselobbyist. Jeg har tatt doktorgrad om barnløshet (Sundby 1994) og forsket omkring barnløshet i u-land etter doktorgraden. Jeg har selv gått gjennom ulike former for behandling, ikke blitt gravid, søkt adopsjon, fått avslag på adopsjonssøknad, og endelig adoptert. Sånn er det bare. Jeg har opplevd samfunnets normative vurderinger av min egnethet i mange sammenhenger, og sett at min egen subjektive erfaring og kompetanse faller igjennom i forhold til samfunnets behov for ulike former for kontroll.

Jeg baserer ikke mine betraktninger på egne erfaringer alene. Opp igjennom min egen karriere har jeg samlet informasjon fra mange hundre infertile par, deltatt på seminarer, holdt foredrag og drevet klinisk rådgivning. I de siste fire-fem årene har jeg hatt en klinisk praksis som rådgiver for barnløse par som har gått seg vill i systemet. Jeg tilbyr dem rådgivning som par, og jeg følger dem opp gjennom kontakt via telefon og brev. Jeg har også skrevet legeerklæringer for folk som ønsker å adoptere.

Først noen generelle betraktninger om hva man vet om psykososiale konsekvenser av barnløshet. For det første så vet vi at det å være ufrivillig barnløs oppleves noe forskjellig for mann og kvinne. Kvinnene tar det mer inn over seg og lider med depresjon, uro og seksuelle problemer. Mennene godtar oftere sin skjebne, og prøver å bevare roen. Kvinnene er de ivrigste til å søke medisinsk hjelp, mens mennene er mer villige til å "prøve det meste" før man eventuelt søker adopsjon.

### **Barnløshet som psykososial krise**

Barnløshet er ofte sammenlignet med kriser. Det dreier seg om et symbolsk tap: tapet av et potensielt men ønsket barn som ikke har kommet når det burde. Problemene med å anvende kriseteorier på dette er for det første at tapet ikke er av et konkret, men av et hypotetisk objekt. Dessuten er tapet ikke akutt, man pendler lenge mellom håp, skuffelse, håp, ny skuffelse og nytt håp før barnløshetserkjennelsen blir endelig. Det er også en psykososial belastning å ha en periode som infertilitetspasient.

Problemene er ofte akutt knyttet til behandlingsutfall, og det føles som om den eneste løsningen som kan lindre smerten er å få til å bli gravid. Likevel ser vi at lar man tiden gå, så lindres ubehaget for alle, selv om de ikke får egne barn. De som objektivt sett fungerer best etter 8-10 år, er de som adopterer. Det er kanskje ikke så rart, når man trekker inn betraktninger om at det vel bare er plussvarianter i samfunnet som blir godkjent som adoptivforeldre. Altså er det ikke BARE vellykket biomedisinsk behandling som hjelper barnløse til et bedre liv. På den annen side er smertene ved å ikke kunne leve opp til forventede normer sterke, og ikke til å kimse av. Det er alt for lett å si at barnløshet er et luksusproblem. Det er nesten bare mennesker med barn som kan lire av seg slike moralske vurderinger. De som er barnløse er ikke enige i dette. For en liten gruppe svært sårbare kvinner er barnløsheten dråpen som får det til å renne over. Noen blir altså så traumatisert av barnløsheten at de trenger psykiatrisk behandling. Det kan være viktig å klare å identifisere denne lille gruppen for å gi dem ekstra støtte og hjelp.

Medisinsk behandling og parenes egne ønsker om å få barn går ofte hånd i hånd mot et mål som på mange måter kan synes umulig. Sjansene for å lykkes med teknisk behandling er akkurat så gode at det er verdt å forsøke, og akkurat så dårlige at det oppstår en masse brustne forventninger, fortvilelse og skuffelse. Det er bare ikke slik at "alle får". Noen ganger blir drivkreftene mot å prøve igjen og igjen så sterke at paret mister oversikten over hva som egentlig driver dem, og går med på mer ubehag, skuffelse og "high tech" enn de opprinnelig hadde tenkt seg. Hvis det ikke går, ender de ofte i det de selv opplever som en blindgate, der de ikke ser noen utveier, men heller ikke er blitt fanget opp av noen, "sett" og hjulpet videre. Ofte vet de ikke om de ER eller IKKE ER ferdige med sine behandlingsrunder en gang.

De som lykkes med behandling er noen ganger helt klare til å legge hele barnløshetsproblemet bak seg, noen står i evig takknemlighetsgjeld til hjelperne, og oppkaller barna sine og lignende, mens andre aldri helt kommer over det at det var så tøft å gjennomgå dette.

### **Barnløsheten som etisk slagmark**

Barnløse par under behandling er ikke upåvirket av generelle etiske normer og verdivalg i samfunnet, og heller ikke av de pågående debattene omkring behandling. Mange av dem synes det er urettferdig at så mange av de som mener noe om dette, ikke er de som er rammet. Samtidig velger barnløse par behandling som ikke strider sterkt mot deres egen overbevisning. Likevel stanger mange mot de norske reglene. Norske lover sier at det er ganske strenge regler for hvem som skal få lov til å få hjelp til å få barn, og hvem som ikke skal få slik hjelp.

Her er lovene en herlig sammenblanding av normative føringer ut fra hva som er "mest vanlig" i Norge i dag, genetiske betraktninger om hva slags kromosomtilhørighet det er best å ha når man fødes av norske foreldre, og moralske og religiøse betraktninger om hvor mye teknologi vi skal putte inn i "den mest intime biologiske prosessen" i menneskeheten. Hvis man lever etter den mest vanlige norske normen er dette ikke vanskelig. En mor, en far, de er gift, er i passe alder, og de har ingen sæd- eller eggdonasjonskrav...da er det bare å hjelpe egget og sæden til å smelte sammen og vi er nesten på linje med biskopene og paven. Hvis paret ikke er gift, eller enda verre, kvinnen kommer med sitt barneønske og ikke har en mann på slep, eller mannens sæd ikke fungerer, eller kvinnens egg ikke er der, da liker vi det ikke. Vi vil ikke hjelpe folk til å bli enslige mødre, selv om det å være enslig mor ikke er SÅ uvanlig i dagens samfunn. Altså: er du som meg, infertil, og etter hvert lever alene uten å være gift, er medisinsk behandling ikke tilgjengelig. Jeg har altså selv IKKE anledning til å få hjelp til å få barn.

### **Hva kan man gjøre dersom man ikke får til å få barn gjennom medisinsk behandling eller på egen hånd?**

Det som da oftest skjer, er at det vokser fram en beslutning om å forsøke å få barn likevel. Før i tiden var denne problemstillingen snudd på hodet; det ble født barn som "ingen kunne ta seg av fra starten av" og det var etterspørsel etter adoptivforeldre til disse barna fra fødselen av. Helt til 1950-60 årene var det ikke vanskelig å adoptere norske, nyfødte barn. Slik er det ikke lenger, og fordi barn har blitt et slags knapphetsgode, er det vokst fram kontrollinstanser her også. Det man kan, er å adoptere barn fra land der de fremdeles har "for mange". Nå er det ikke norsk erfaring at det går dårlig med adopsjonsbarn fordi det ikke er utført et godt skjønn i vurderingen av om man er egnet til å være adoptivforeldre. Det er snarere det motsatte, at når det ikke går bra til en hver tid, så er det fordi det oftere er barn med ulike grader av vanskeligheter, sykdom eller handicap som adopteres bort. I Norge er det vanskelig å skaffe fosterhjem til større barn med atferdsproblemer, og en del av de litt større barna som kommer fra barnehjem i u-land har også rukket å bli skadet i sine sosiale ferdigheter.

Det folk flest ønsker seg, er nokså små barn som er upåvirket av de tilfeldige traumer som kan påføres barn som ikke beskyttes av sin mor og far. Det er få som aktivt ønsker seg vanskelige barn. Igjen ser vi hvordan det normative kan ligge i bunnen. Adoptivforeldre stiller sitt hjem til disposisjon fordi de ønsker å gi et lite barn sin omsorg og kjærlighet, og bli mest mulig normale. Selv dette ønsket kan gjøres til et suspekt ønske. Kan du ikke lage egne barn, burde du være så uselvisk at du tok imot de barna

som er til disposisjon, selv om disse er skadet eller ikke kan leve et optimalt liv.

Som premiss for adopsjon ligger enda sterkere normative føringer. Du skal være gift, ha rimelig god økonomi, ha bra bolig, og ikke være for ung eller for gammel. Slike formalkriterier kommer ofte i veien for det som egentlig kan sies å være ”egnethetskriterier”; dvs. du er en person som har erfaring med barn, skjønner barns behov, har fleksibilitet nok til å kunne leve med et barn som ser annerledes ut, og lignende.

Jorden har i dag et stort overskudd av barn uten tilhørighet som vokser opp under marginale forhold. En adopsjon til en norsk familie som foregår i trygge og ordentlige former vil være det absolutt beste alternativet for svært mange av disse barna og en målsetting burde være at så mange som mulig skulle få en slik mulighet.

Norge er et rikt og tynt befolket land, faktisk truer avfolkning på sikt. Vi trenger flere barn til dette landet og skulle ha kapasitet til å integrere langt flere enn de som i dag adopteres. Adopsjon må jo være den perfekte form for innvandring og skulle være meget ønskelig ut fra norske samfunnsinteresser. Barna kommer til Norge under meget kontrollerte former, de vokser opp i ressurssterke familier med et familie- og venenettverk rundt seg og vil bli naturlig integrert i norsk språk og kultur.

Barnas vanskelige bakgrunnsituasjon skulle også tilsi at man burde gjøre alt for etablere smidige og raske prosedyrer som sikrer barnets familietilknytning så raskt som overhodet mulig. Jo mindre barnet er, jo mindre risiko for skader og jo større muligheter til reparere de skader som allerede har oppstått.

### **Myten om kjernefamilien – en gang til**

Et problem i alle regelverk som omgir det å skaffe barn til foreldre i Norge i dag, er at det synes å gjenspeile et syn på barn og familier som er tuftet på en tradisjonell, snever kjernefamilie-tenkning som i liten grad er representativt for det norske samfunn slik det ser ut i dag. Stadig færre lever i den ideelle kjernefamilie slik de normative føringene legger opp til. Det er heller ikke slik at alle får barn mens de er unge, eller at all familieaktivitet og tilknytning skjer i forhold til den tradisjonelle morfar-barn enhet. Seriemonogamiet er stadig vanligere, noe som blant annet innebærer at svært mange blir småbarnsforeldre i godt moden alder i forbindelse med etablering av et nytt samlivsforhold. Det er ikke noen, men etterhvert *mange* barn som vokser opp hos enslige foreldre. Dette er ikke lenger avvikende og annerledes, men ganske normalt. Men vi godtar det altså egentlig ikke.

I Norge har vi strenge regler for adopsjon. Norske myndigheter mener at enslige kvinner ikke er egnet

som mødre, hvis de ikke av en eller annen grunn skulle finne på å føde barnet selv. Enslige forsørgere kan være gode støttespillere for egne og adopterte barn. Likevel velger norske myndigheter å kreve at vil man adoptere, må man være gift med noen – unntatt i svært spesielle tilfeller. Andre kriterier som at man er stabil, har god økonomi, er vant til barn og har utdanning i å vurdere eller gi omsorg for barn, er helsefaglig kompetent, har internasjonal erfaring, eller har meget godt sosialt nettverk kan ikke oppveie den ene mangelen: at man ikke har funnet en ektefelle (igjen). I mitt eget tilfelle ble det helt absurd da jeg på et tidspunkt fikk avslag på en søknad om å adoptere en voksen gutt som jeg hadde vært tilstedeværende stemor for fra han var fire år. Hans biologiske mor og far var begge etter hvert døde, men da jeg ikke hadde vært gift med hans far, ble relasjonen ikke sett på som ”gyldig nok” for å godta en adopsjon, og dessuten var jeg enslig. Gutten selv, ca. 20 år, ville gjerne adopteres, og han hadde jo allerede levd opp med meg som mor, først som samboer til sin far, og senere som enslig mor. Det måtte en klage til før saken endelig gikk gjennom.

Så er det problemet med alder. Det hevdes med tyngde at kvinner over 45 år er mindre egnet som mødre til yngre barn. Argumentasjonen består av et sammensurium av biologiske «fakta», sosiale klisjeer og biologiske forklaringer på disse. Overgangsalder hos *kvinne* hevdes å medføre en begrensning i evnen til å dra omsorg for barn. For det første er gjennomsnittsalderen for menopause i Norge 52 år, ikke 45 år. Dessuten er det feil at kvinner i overgangsalderen har mindre overskudd eller ressurser enn i andre aldre. Dette er for lengst forskningsmessig tilbakevist. De aller fleste fungerer helt utmerket, og mange opplever moden alder som en periode med trygghet, og økonomisk overskudd. De føler seg etablerte i yrkesliv og sosialt og har flere ressurser enn de hadde i yngre alders mer hektiske etableringsfase.

Biologisk alder er bare en av faktorene når det gjelder vitalitet, kapasitet og omsorgsevne. Ressurser og livsstil vil være minst like viktig for helhetsvurderingen. Med dagens forventede livslengde vil en frisk og livserfaren 50-årig mamma kunne gi et lite barn og senere ungdom en fullverdig oppvekst og utvikling frem til voksen alder. Dessuten er det en urimelig fokus på *kvinnens* alder. Mannen har biologisk evne til å få barn til han går i graven, og mange menn får et ”nytt” barn i et nytt forhold når de er både femti og over femti, uten at noen løfter et øyebryn av den grunn. Det viktigste kriteriet, igjen, er hvor vidt personen selv føler seg på høyde med situasjonen og fungerer i livet sitt.

### **Adopsjonsprosessen**

I Norge kan det se ut som det å bli godkjent som adopsjonsforeldre bærer på en pakke med mistenke-



liggjøring og jakt på skjulte mangler og feil, hvor det syntes viktig i seg selv å gjøre prosessen så komplisert og langdryg som mulig. Men en beslutning om adopsjon vokser frem som en langsom ide i forhandlinger mellom parter, ofte på bakgrunn av langvarige erfaringer med mislykkede barnløshetsbehandlinger og forsøk på å få egne barn, eller andre typer vurderinger. For eksempel er en vanlig 'infertilitetskarriere' der en forsøker å få egne barn, oftest av varighet 4-6 år, og i løpet av denne tiden begynner tanken om adopsjon stadig oftere å dukke opp. Det er derfor svært ugunstig at par som ønsker adopsjon, og som allerede har brukt mye tid på dette, skal tvinges til ytterligere venting, bare fordi det å vente er et poeng.

En av de mest betenkelige sidene ved forslaget til retningslinjer for adopsjon av barn fra utlandet er den sterke patologiorienteringen. De aller fleste normale mennesker har mer enn god nok evne til å dra omsorg for små barn. Derfor trenger ikke normale mennesker lisens for å lage barn. Det er bare når det går over stokk og stein at myndighetene griper inn, og det skal svært mye til før man tar fra noen den biologiske forankrede foreldreretten. Selv familier med foreldre med sykdom, funksjonshemming eller andre lyter vil i svært mange tilfelle greie å ha utmerket omsorg for barn. Det avgjørende for om et barn får det bra eller ikke, er foreldrenes evne til å knytte seg til et barn følelsesmessig ved å gi trygghet, kontinuitet, emosjonell respons, kunne sette adekvate grenser og å stimulere til egen aktivitet og utvikling. Disse egenskapene henger sjelden sammen med "normative verdier" som alder, ekteskapsstatus, inntekt eller utdanningstype. Det er derfor et paradoks at mange som helt sikkert ville være egnede, faller gjennom i godkjenningprosessen. Selv har jeg, som er erfaren med barn, har jobbet et år som barnepleier, et og et halvt år i barnepsykiatrien, har oppdratt et barn til voksen alder, og er ekspert på barnløshet, blitt underkjent som adopsjonsmor på grunn av to kriterier; enslighet, og alder. Forstå det den som kan!

Evne til barneomsorg er en egenskap som må prøves ut i praksis, og en kan si at barns oppvekst er for verdifull til at man kan eksperimentere med dette. Noen er redde for at enslige er skjulte homofile, som vil påvirke "uhildede" barn til denne legningen. Dette er selvsagt en helt ubegrunnet frykt, barn som vokser opp hos lesbiske mødre blir akkurat slik som andre barn...noen blir heterofile og noen blir homofile. Man er redd for at barn som adopteres av eldre eller syke, skal bli stående uten forsørger fordi denne dør for tidlig. Dette er krisetenking, de fleste i Norge lever heldigvis riktig

lenge, og samtidig kan man ikke sikre seg mot plutselige hendelser. Det viktigste vil være å anerkjenne at enhver menneskelig vurdering er subjektiv, og farget av vurdererens ståsted, normative verdier og egen erfaring. Man skulle nettopp åpne opp for en fleksibilitet i vurderinger, en mulighet til å spørre om en 'second opinion' og til å gå inn i dialog med systemet for å få en mest mulig nyansert vurdering av situasjonen. Det som kan være negativt i en sammenheng, kan vurderes som bra i en annen! Man har kanskje ikke rett til barn, men en burde ha rett til å bli vurdert på rettferdige, ikke normative kriterier.

### Litteratur:

- Infertility. Medical and Social Choices. Congress of the United States. Office of technology assessment 1988
- Møller A. Psychological aspects of infertility. University of Gothenburgh 1985
- Schmidt L. Psychosocial consequences of infertility and treatment. FADL, Copenhagen, 1996
- Sundby J. Psychological consequences of unwanted infertility, its investigation and treatment. Nordisk psykiatrisk Tidsskrift 1988, 42;29-33
- Sundby J. Methodological considerations in the study of risk factors and outcome of reduced fertility. Scand J Soc Med nr. 2 1989
- Sundby J, Olsen A. Reproduction, Technology and the Law. Acta Gyn Obst Scand 1990;69:641-4.
- Sundby J. Long term psychological outcome of infertility. J of women's health (3) 1992:209-16
- Sundby J, Olsen A, Schei B. Quality of care for infertility patients. An evaluation of a plan for hospital investigation. Scand J Soc med 1994;22:139-44
- Sundby J. Health care concerns of couples caught in the infertility trap. Planned Parenthood in Europe 1995;24:
- Sundby J, Schei B. Infertility in a sample of women aged 40-42. Acta Obstet Gynecol Scand 1996 :832-837
- Sundby J. Infertility – causes, care and consequences. Medical dissertation, university of Oslo, Norway 1994
- Van Balen F. To live without children. University of Amsterdam 1991
- Wirtberg I. His and her childlessness. Stockholm University 1992

**Lysbilder:****Psykososiale konsekvenser av barnløshet**

- På kort sikt: depresjon, seksuelle problemer, parkonflikter, håpløshet, krise, iatrogene forventnings-problemer, mangel på emosjonelle støttekanaler, sosial isolasjon, kjønnsrollekonflikter
- På lang sikt: ingen alvorlige psykososiale problemer. Barnløse er som alle andre!

**Hva mente de barnløse (n:264) om bioetiske spørsmål i 1988?**

- 85 % synes det var greit å akseptere adopterte utenlandske barn
- 96 % synes IVF var en akseptabel behandling
- 60 % aksepterte anonym og 15 % kjent donor inseminasjon
- 9 % aksepterte surrogatmoderskap, og 32 % ville akseptert donoregg
- 28 % aksepterte forskning på fostre, og 76 % frysing av befruktede egg.

**Rett til barn eller rett til god medisinsk behandling**

- 7-8 konsultasjoner; en ny lege nesten hver gang..
- Infertilitetspasient-karriæren varer i snitt over 9 år (fra 1-25 år) fra man vet at man ikke får barn til behandlingen er over
- Pasientene er fornøyde med den tekniske behandlingen, men ikke med den psykologiske oppfølgingen. Halvparten ønsker seg mer tid med informert rådgiver. Halvparten mener at ventetid for behandling er for lang.

**Hvem bør adoptere i Norge?**

- Bare gifte kan adoptere sammen...men kan bare gifte **adoptere**? Er enslige ikke egnet? Eller er det ikke lov å adoptere som enslig?
- **Under 50 år? Under 45 år? Hva er riktig aldersgrense?**
- Frisk, handicapped eller bare litt sliten? Har du gått hos psykolog, er du da suspekt for alltid?
- Homser og lesber, da?

**Tabell** Andelen kvinner med ulike reproduksjonsutfall

	Antall	Prosent av alle	95 % konfidensintervall
Alle kvinner	403	100	
Har vært gravide	373	92,5	
Har født levende barn	362	89,8	(80-99 %)
Herav opplevd subfertilitet			
Over ½ år	84	20,8	(16,6-25,8 %)
Over ett år	24	6,0	(3,8-8,9 %)
Aldri vært gravide	30	7,4	
Herav primært infertile	13	3,2	(1,7-5,5 %)

## Når barn blir behandling

*Filosof og forfatter Nina Karin Monsen*

Som filosof har jeg lenge arbeidet med verdi-spørsmål, spesielt moralske spørsmål og spørsmålet om hva et menneske er.

For meg er mennesket først og fremst en person, et særegent subjekt, med en udødelig sjel. Det har en moralsk samvittighet, og er kallet til å utvikle seg som et elskende menneske. Det skal leve i frihet og ansvar, i dialog og forpliktende fellesskap med andre. Dets verdier er først og fremst åndelige, ikke-materielle, og disse verdiene er blant annet sannhet, rettferdighet, barmhjertighet og godhet. Forestillingen om menneskets verdighet er hentet fra personbegrepet, det er også forestillingen om menneskerettighetene.

Det helt sentrale i personbegrepet er at mennesket ikke er en ting, ikke et objekt, men et særegent subjekt. Det subjektive har forrang. Forskjellen på mennesker og ting er at mennesker ikke kan eies, en person er ingen slave, ikke en gjenstand. Dessuten er mennesket ikke et dyr, det tilhører en åndelig verden. Mennesket er hverken ting eller dyr, det er en person med alt hva det innebærer.

Personbegrepet inkluderer alle mennesker, uansett tid og sted, uansett etnisk tilhørighet, klasse, kjønn, alder og helsetilstand, om det er levende eller dødt. Dette begrepet har fungert håpssgivende og frigjørende i alle samfunns utvikling, og er helt sentralt i utviklingen av både rettsstaten og velferdsstaten. Mange frigjøringsledere verden over har brukt personbegrepet aktivt i sin bevegelse, for eksempel Martin Luther King. Denne filosofien har jeg fremstilt blant annet i boken "Det elskende menneske, person og etikk" 2. utg. 1999.

Med dette grunnsynet som utgangspunkt vil jeg først og fremst kommentere statens menneskesyn når den tilbyr anonymisert sæd til par hvor mannen er steril. Det er først og fremst denne praksisen som er moralsk forkastelig. Men kommentarene har også relevans for spørsmål om eiendomsretten og bruken av nedfrosne egg- og sædceller og annen behandling av barnløse.

### **Amatørene og de profesjonelle**

Men først en historie fra virkeligheten.

En venn av meg vokste opp med den klare overbevisningen om at hans far ikke var hans far, han følte seg som den fremmede i familien, utstøtt

og ulykkelig. Ingenting ble sagt, ingen ting ble gjort som bekreftet hans ide. Det eneste måtte være at moren alltid forsøkte å glatte ut krøllene hans. Da han nærmet seg femti traff han tilfeldigvis en kvinne som fortalte ham at han lignet sterkt på en mann i en annen by. Han reiste og besøkte denne mannen og det viste seg at han virkelig var hans far.

Det er altså mange kvinner og menn – skal vi kalle dem amatører – som har forsøkt seg på det samme som staten gjør, men brukt naturmetoden. Noen gjetninger går ut på at 14 % av alle barn antagelig har følt seg tilskrevet en annen far enn den virkelige.

Når alminnelige mennesker klusser med barns opphav kan de bli straffet for "å unndra en annen den ham tilhørende familiestand". Det gjelder alle som medvirker eller bevirker til en slik hendelse. Straffelovens § 215-216 setter en strafferamme fra tre til seks års fengsel. Hvor ofte denne paragrafen er i bruk vet jeg ikke, antagelig er det lenge siden sist. Men den står der fremdeles.

Når folk får vite at alminnelige kvinner har unndratt sine barn viten om hvem som er deres virkelige far, reageres det vanligvis sterkt negativt. Barn som oppdager at de er blitt løyet for, takker neppe for det. Det er ikke en opplysning man kan stille seg likegyldig til. De aller fleste aksepterer derfor barns krav på å få vite hvem som er deres foreldre som både naturlig og rimelig. Derfor har da også adopterte barn rett på å få vite navn på biologiske foreldre når de er 18 år. Etter barneloven har for øvrig alle rett til å reise sak med påstand om at ens far ikke er far. En slik sak kan man reise uansett hvor gammel man er.

Det kan også et menneske gjøre hvis far er en anonym sædgiver, men resultatet blir at vedkommende blir farløs. Kunnskapene om hvem som er faren er antagelig ikke tilgjengelig. Andre rettigheter har ikke barn som er blitt løyet for, de er ikke å regne som adopterte. De har altså færre rettigheter enn andre barn. Staten har gitt seg selv lov til å tukle med andres familiestand, og også gitt seg selv straffefrihet. Det regnes ikke for rimelig og naturlig at disse barna får vite hvem som er deres far, og de har ingen juridiske rettigheter ovenfor sine fedre. Deres fedre har ingen rettslige forpliktelser.

Disse **medisinens barn** som jeg kaller dem, har altså dårligere rettsbeskyttelse enn andre barn, og deres foreldre har straffefrihet fra å være med på en handling som teoretisk sett ville ha vært straffbar om de selv hadde planlagt og iscenesatt løgnen overfor barnet. Når de profesjonelle, leger, bioteknikere og andre av velferdsstatens hjelpere gir barn som behandling, går de altså over en viktig grense i det moralske univers.

### De medisinske barnas følelsesramme

Jeg vil tro at de medisinske barna også har dårligere følelsesmessige rammer enn andre barn. Hvilken barndom får disse barna? Det er skjult viten. Men det går an å gjette.

Medisinens barn kjenner også sannheten om seg selv om de er følsomme nok. De kjenner til hva som har skjedd gjennom fortielsen, benektelsen og hemmeligholdelsen. Denne kunnskapen lever i deres ubevisste. De er ikke annerledes enn alle andre barn, ikke annerledes enn min venn. De føler atmosfærer og stemninger, og forstår det uttalte. De er også særegne subjekter.

Barn forstår langt mer enn voksne tror. Antagelig forstår de omtrent det samme som de voksne bare på et annet plan. Å vokse opp i en atmosfære av hemmeligholdelse er antagelig smertefullt også når Staten har legitimert løgnen. Jo mer følsomt barnet er, jo mer sannsynlig er det at situasjonen kan være smertefull.

Vi kan kanskje levendegjøre oss barnets følelsesramme og subjektivitet ved å tenke oss hvordan dets livssituasjonen ville ha vært hvis det var allment kjent at "faren" ikke kunne få barn, og at det var blitt brukt sæd fra en fremmed mann for å gjøre moren gravid. Jeg vil tro at barnet skulle vokse opp i et særdeles tolerant og kjærlig miljø for ikke å bli ertet og hans mor og far sett ned på. "Er moren din en ku," ville ha vært et forholdsvis mildt spørsmål fra en ondsinnet kamerat.

Jeg vil også tro at en mann som snakker åpent om at han donerer sæd, kan få en del negative reaksjoner fra omgivelsene, spesielt hans egne barn vil kunne synes det er vondt. Hva slags menneske er deres far, som vil spre sin sæd, men ikke ta ansvar for sitt avkom? "Ser min far på seg selv som en avlsokse?" ville være et betimelig spørsmål for en opprørsk tenåring.

Ikke bare er det smertefullt for barna å få sitt opphav fortiet, men jeg vil tro at omstendighetene om de var kjent for dem, også påfører dem skam. De fleste barn inntil en viss alder føler skam med tanke på kjønnsorganer og det faktum at foreldrene har et seksualliv. Trøsten er at de tror de er laget under en kjærlighetsakt av to mennesker som ønsket barn sammen.

Men hva skal de medisinske barna føle som måtte få vite at de er laget av medisinerere, foreldre og stat som en del av en sinnrik uttenkt plan? Født som resultat av et medisinsk eksperiment, hvor en også tar sikte på skape en illusorisk likhet med den mannen som ikke er ens far, men gift med ens mor. Vil de ikke føle skam over foreldrenes oppførsel, inkludert sin biologiske far? Kan de føle respekt for de voksne og systemet som brakte dem til verden? Hvis de ikke kan det, vil jeg tro at det også kan bli vanskelig å føle selvrespekt.

Og det er verdt å spørre seg om det ville blitt oppfattet som smertefullt, skammelig og stigmatiserende når det gjøres åpenlyst, ikke også er det når det holdes skjult? Er ikke hemmelig-holdelsen nettopp et sikkert tegn på at der er noe moralsk negativt ved selve praksisen?

### De medisinske barna og utviklingen av menneskesynet

De medisinske barna har altså dårligere rettsstilling og dårligere følelsesmessige rammer enn andre barn. De har også et lavere menneskeverd enn andre barn.

Uttrykket "barn som behandling" sier en del om det. Det er i seg selv et bedragerisk uttrykk. Det er ikke **behandling** som foregår. Kvinnen er ikke syk. Hennes mann er steril, men det er heller ikke en sykdom. Mange mennesker lever med en eller annen form for biologisk mangel. Det som foregår i laboratoriet er antagelig av stor interesse for bioteknikere; det kan sikkert være spennende å se om man får befruktning i et reagensrør. Men det som foregår er et eksperiment. Kvinnen får en vellykket behandling hvis eksperimentet er vellykket.

Vi burde snakke om de manipulerte, bedratte barn.

Dette eksperimentelle, instrumentelle viser at det som skjer er satt i sving av et dehumaniserende menneskesyn. Barnet er redusert til et middel, et redskap for de voksne, både graviditetsprosessen og barnet selv.

Noe av dette primitive dehumaniserende menneskesynet er gammelt gods. Leger og bioteknikere har ikke skapt det. Synet på det å få barn har siden tidenes morgen vært statusgivende. Det gir ære. Å bli mor antas å opphøye en kvinne til noe mer enn bare et menneske. Det gjelder også en mann når han blir far, men på en litt annen måte.

Jeg tror at det voldsomme behovet noen kvinner har for å få barn for enhver pris, henger sammen med et skjult æresbegrep. Vi snakker ikke mye om ære i vestlige samfunn, det burde vi gjøre, det er et viktig begrep. æren sier at det er barnet som gjør kvinnen til virkelig kvinne, ikke seksualiteten eller mannen. Barn er først og fremst kvinneære, en virkelig kvinne har minst ett barn, helst to. Mannen kan bli en virkelig mann også uten barn, han kan foreta en

eller annen form for erobring, bragd, en ekspedisjon, og så videre.

Når staten gir kvinner, og ikke menn barn, blir det en ytterligere bekreftelse av at det er mer nødvendig for kvinner å få barn, enn for menn. Det betyr at kvinnens kjønnsidentitet også regnes som sterkere enn menns. Men en kjønnsidentitet er en masseidentitet, en identitet mennesker deler med alle som tilhører den samme masse.

Kjønnsidentiteten krever ikke spesiell moralsk eller personlig innsats fra den enkeltes indre personlige verden, men tilskriver enkeltmennesker en bestemt verdi bare hvis de oppfyller visse biologiske betingelser.

Når staten gir barn som behandling, støtter staten altså synet på det biologisk "normale" som en sterk verdi, og sier at masseidentitet er viktig. Dermed sier staten også at personlighet ikke er viktig, at det ikke er viktig å forsøke å skape seg selv ut fra de betingelser som er gitt. At moralsk tydelighet og klarhet ikke er viktig. At sannheten ikke er viktig. Barnet blir det redskap som staten bruker for at foreldrene ikke skal ta et oppgjør med egne verdier og foreta egne moralske valg.

Og statens syn er egentlig verre. Barn har også siden tidenes morgen betydd makt og trygghet for foreldrene og familien. Det gjelder fremdeles i samfunn hvor velferdsstaten ikke er utviklet. Men i vårt samfunn, hvor ingen voksne er avhengige av sine barn for å få en trygg alderdom, er familiens makt i virkeligheten statens makt. Når de voksne får barn av staten i et moderne velferdssamfunn får de derfor individuell makt mer enn familiemakt; barna blir mer et leketøy, et kjæledyr, enn et nyttig redskap. Det er etter min oppfatning igjen en reduksjon av menneskeverdet, siden det er bedre å ha et nyttig liv, enn å være redskap for andres følelseliv. Hvis meningen med barnets liv er å gjøre mor og far lykkelige, er hele utgangspunktet galt.

Proessen omkring de medisinske barn kan også sees som et uttrykk for en mangel på balanse i maktforholdet mellom voksne og barn. Det er selvfølgelig en reell ubalanse, det nyfødte barnet er totalt hjelpeløst og utlevert til sine foreldre. Men denne ubalansen er også mental. De voksne har utviklet en ideologi som viser at de har særdeles liten innsikt og innlevelsesevne i barnets subjektivitet og verden.

Man kan høre denne mangelen også i den omtalen som mange foreldre gir både av seg selv og det å ha barn. En av Nic Waals bøker heter: "Det finnes ingen slemme foreldre". En av Mosse Jørgensens bøker heter "Hvordan overleve med en tenåring i huset." Svært mange er overbevist om at barn skal være glad til for at de blir født. Det heter i Odelstingsproposisjonen nr. 25 (1986-87) til og med: "For barnet som blir født representerer livet et

ubetinget gode." Barnets synsvinkel avfeies fullstendig. Men de medisinske barn er like lite som alle andre barn garantert et godt liv.

Mangelen på innsikt i barnets verden går tvers gjennom var idehistorie. Den avslører et meget negativt syn på barnet.

Kirkefaderen Augustin beskriver barnet som lunefullt, uvitende og totalt prisgitt sine laster. Descartes kritiserte barnets intelligens. Man må gjøre seg fri fra barndommen slik man gjør seg fri fra det onde, skrev han. Luther hadde heller ikke noe positivt syn på barnet. Barnet skulle kastes, straffes og oppdras hardt.

I midten av forrige århundre utviklet en kjent østerriksk pedagog og barnelege instrumenter som skulle sørge for at barnet fikk den riktige kroppsholdningen. Barnet, spesielt gutten, skulle lide og tåle kulde, hardhet og smerte for å bli en fullverdig voksen. Barnepedagogen het Schreber og var far til en av Freuds mest kjente pasienter, Daniel Paul Schreber, og hans syn dominerte fullstendig barneoppdragelsen i forrige århundre og begynnelsen av dette. Mange ser en sammenheng mellom utviklingen av den nazistiske ideologi og denne pedagogikken.

Langt inn i vårt århundre i Norge var det vanlig mange steder at barnet skulle stå til bords ved måltider, ha dårligere mat enn foreldrene, og med jevne mellomrom få juling. For barnets egen skyld som de voksne sa. Det er hva Alice Miller kalte for den svarte pedagogikk som har styrt barneoppdragelsen til våre dager.

I moderne tenkning er barnet mer å forstå som lykkeliten, men er derved også redusert som person. I sosialpedagogikken har barnet lenge vært betraktet som en tom sekk; det går det bra hvis foreldrene og omgivelsene kan fylle mye i sekken, dårlig hvis det blir lite. Barn sees som produkter av biologi og miljø.

Det er få voksne som er villige til å se på relasjonen mellom voksne og barn fra barnets synspunkt. Det begynner tidlig. Betegnende nok spørres det gjerne når det er født en ny person på jorden: Er ungen snill? Få eller ingen våger å spørre om de voksne er snille med ungen. Tanken at barnet er en egen person med fullt menneskeverd er fremdeles fjern.

At barn kan brukes som "behandling" er bare ett uttrykk for det.

### **Krenkelser av menneskeverdet.**

De verdiene som er i virksomhet i denne prosessen er alle apersonlige eller upersonlige; de dreier seg om biologi, massetenkning, etisk uansvarlighet satt i scene av staten, og en systematisk løgn. Ingen av de verdiene som tilhører det personlige kommer til

uttrykk her. Vi finner ikke sannhet, ikke rettferdighet, ikke barmhjertighet eller godhet.

Derimot finner vi diverse krenkelser av menneskeverdet. Det er krenkelser som krenker oss alle.

Det er derfor ingen menneskerett å få barn. Det er ingen menneskerett å være biologisk velskapt. Derimot kan en altfor stor vektlegging av det biologiske "korrekte" være en krenkelse av menneskeverdet.

Hvis barnet sees som noe noen har krav på, blir barnet sett på som et redskap, en gjenstand, et gode, en slags vare. Hvis barnet er en vare, har det ikke de samme menneskerettigheter som voksne, det er ikke erkjent og akseptert som person.

Mangelen på menneskeverd kommer godt frem hvis vi for eksempel spør: Har alle barn rett til å få voksne? Har alle voksne rett til å få voksne? Eller: Har vi alle rett til kjærester, venner? Til tross for at det går an å dø av ulykkelig kjærlighet og ensomhet, blir det fremdeles behandlet som et individuelt problem å skaffe seg voksne partnere og hjelpere.

Skulle det være en menneskerett å få barn av staten, måtte det dessuten være en allmenn rett. Menneskerettigheter gjelder alle, de er allmenne. Men ønsket om å få medisinsk hjelp til å få barn blir bare innvilget mennesker i en viss alder, vellykkede, med normale ytelsesevner i gode forhold, de få utvalgte.

Staten krenker den allmenne moralske følelse ved denne praksisen. Den opptrer som en slags abstrakt hallik, en selger av barn, en barneproducent. Prostitusjonen er i og for seg ikke-tilstedeværende, siden forbindelsen mellom to mennesker ikke skjer gjennom et samleie, nytelse og lyst. Men allikevel har kvinnen gjennom sitt barn forbundet seg med dets far så lenge barnet lever. Hva hvis hennes ektemann skuffer henne etter noen år og hun skiller seg? Vil hun da lete etter barnets far i sin fantasi og i barnets ansikt? Hvem vil hun da se? Hva vil barnet føle?

## Konklusjon

Uansett hvor mange som er enige med meg i disse humanistiske-personalistiske refleksjoner, så tror jeg allikevel at mange i våre dager vil oppfatte barn som en slags rett. La meg derfor til slutt trekke frem noen punkter hva som kan ligge bak en slik oppfatning. En lengre analyse av denne form for tenkning finnes i min siste bok: "Velferd uten ansikt, en filosofisk analyse av velferdsstaten." U-forl. 1998.

I et velferdssamfunn som vårt finnes det mange "verdier" som ikke har det minste med moral å gjøre. Materialisme og komfort er for eksempel verdier som står sterkt. Personlig moral står ikke særlig

høyt. Det har utviklet seg rettigheter som ikke har noe som helst å gjøre med menneskerettigheter. Det er gjerne de rettighetene vi kaller for sosiale goder.

I vårt samfunn setter man spesielt opplevelsen av velvære høyt, vi lever under påvirkningen av en lykkemoral, som sier at det gode samfunn er et samfunn som gjør flest mulig lykkelige og gir mest mulig velvære. Alle skal ha rett til å føle seg lykkelige, føle mye og ofte velvære, få oppfylt flest mulig av sine ønsker og drømmer. De fleste har som mål å realisere det gode liv, som nesten alltid forstås som et uforpliktende, nytende og opplevelsensrikt liv.

I Norge har færre og færre sansen for pliktetikken; mennesker vil gjøre det de selv vil, og ha færrest mulig plikter, spesielt hvis de er ulystbetonet. Hva mennesker har lyst til, styrer deres livsvalg. Heller ikke dydsetikken står sterkt, synet på mennesket som formet av biologi og samfunn har fratatt oss ideen om menneskets karakter, om det personlige indre som vokser og utvikler seg, kanskje nettopp gjennom motgang, lidelse og akseptering av realitetene.

Det norske samfunn er preget av likhetstenkning og likestilling. Ideen om sosial likedeling, likeretten, retten til å ha det samme som alle andre har, er allment akseptert som det høyeste sosiale gode. I Norge tror vi på likhetsidealene, mange tror på utjevning av det meste. Vi tror at når mennesker lever et likt liv, blir samfunnet best og utviklingen mest positivt. Vi tror at rettferdighet har noe å gjøre med likhet. Det følger derav at velferdsstaten i sin utjevningsspolitikk skal utjevne forskjeller, og spesielt forskjeller som er markante.

Når barn er blitt akseptert som "behandling", så er det fordi barnløshet er ulikhet som skal utjevnes og barn blir sett på som et velferdsgode. Mangel på barn er en påfallende ulikhet i et samfunn hvor de fleste kvinner føder ett eller to barn hver. I den uskrevne likhets- og velferdskontrakten står det at hvis en kvinne oppfører seg ordentlig, har utdannelse, et yrke, en mann, lever i et varig, monogamt forhold med en mann som ikke kan få barn, kan hun med rette forvente det samme livet som alle andre kvinner får som oppfører seg på samme måte som hun har gjort. Er mannen hennes steril blir hun snytt, urettferdig behandlet av skjebnen. Hun har jo gjort alt riktig.

Hele praksisen kan altså sees som uttrykk for en mote. Forholdet til barn er også preget av moter, hvorfor man skal ha barn og hva man kan gjøre med dem, svinger voldsomt. I Frankrike og England på 17-18hundretallet var det vanlig praksis å sende barna til ammer så snart de var født. Man feiret barnedåpen uten at barnet var tilstede. (Se for eksempel Elisabeth Badinter: "Det naturligste av alt morskjærlighetens historie." Oslo 1981.)

Velferdsstaten følger moter, og har forlenget på mange områder trådt inn i rollen som skjebne. I denne sammenhengen blir staten også en frister: Den sier til enkelte mennesker at de ikke vil bli straffet om de gjør det gale, hvis bare staten gir dem lov og hjelper til med forbrytelsen. Den opptrer som en djevel og opphever sannheten.

Et velferdsgode er ingen menneskerettighet. Det er det ingen av våre velferdsgoder som er. De er bare politiske beslutninger som følger de politiske og økonomiske konjunkturer. Og selvsagt kan staten også følge slike konjunkturer langt på vei. Men de kan oppheves når som helst.

Staten er derimot ikke den som setter de moralske lover. Etter min mening er den moralske grensen for oss alle, både amatører og profesjonelle, satt av de lovene som det personlige mellommenneskelige rommet gir oss: Aldri bruke andre mennesker som

redskaper for egne interesser, aldri krenke noens menneskeverd. Som personer skal vi leve i sannhet,

utøve rettferdighet, barmhjertighet og skape godhet. Det vil også gjelde for fremtidens genteknikere og for alle som eksperimenterer med andres liv.

Etter min mening skal staten først og fremst fremme menneskeverdet, og ikke minske det. Barn er de mest hjelpeløse og bør beskyttes best. Staten bør ta de svakes side. Staten og dens profesjonelle hjelpere er ikke overmennesker. Det er ikke gitt dem å vedta andre moralske lover enn de som gjelder for alle siden tidens morgen. Moralske verdier er alltid personlige og staten skal underkaste seg disse lovene. Vi kan ikke velge bort barnets menneskeverd uten å true det universelle bak ideen.

Et av de viktigste fremskrittene i menneskehetens utvikling vil være å anerkjenne barnets fulle verdighet som person. Voksne mennesker kan ikke utvikle seg som personer om de behandler barn som redskaper og leketøy.

## Det menneskelige grunnfjell.

### Følelser som tilpasninger til et førhistorisk liv.

*Overingeniør Terje Bongard*  
Norsk institutt for naturforskning

#### Innledning

Temaet for denne høringen må ses i sammenheng med hele mennesket. Det følelsesmessige savnet ved barnløshet er en av våre mest grunnleggende nedarvede trekk. Trangen til å få egne barn er et behov som har vært utsatt for sterk positiv seleksjon i vår utviklingshistorie. For å kunne sette møtets tema i et adferdsbiologisk perspektiv er det nødvendig å gå inn i og beskrive de bakenforliggende mekanismene, derfor dette relativt omfattende innlegget.

Vi kan være på vei mot en helhetlig vitenskap, slik de første universitetene var bygget opp. En sammenhengende, konsistent vitenskap fra fysikk til humaniora. Humanetologien kan vise seg å bli katalysatoren, bindeleddet mellom naturvitenskap og samfunnsvitenskap. Samarbeidet er godt i gang og har gitt gode resultater i fagene medisin, psykiatri, psykologi og antropologi.

Målet for dette innlegget er å forsøke å legge fram en kort introduksjon til de siste årenes biologiske adferdsforskning, og noen drøftinger av hvilke konsekvenser denne kan få for oss alle. Trangen til å få barn og barnløshet vil sammen med andre tema benyttes som eksempler for å beskrive det menneskelige grunnfjell.

Mange sider av humanetologien kan virke ubehagelige, virkeligheten er ofte det. Det må understrekes at humanetologisk forskning ikke foreskriver, men beskriver. Det skal ikke slutes fra "er" til "bør", forskningen er deskriptiv og ikke normativ. Dette skillet er helt sentralt for debatt generelt, og dette emnet spesielt. Den svenske filosofen von Wright skriver (1986): "Mellom deskriptiv og normativ ligger et uoverstigelig begrepsmessig svalg". Jeg ber derfor leseren ha dette i minne.

Litteraturlista er forslag til lesning videre. Mange av disse bøkene er lett tilgjengelige også for folk uten biologisk bakgrunn.

Naturvitenskapelige revolusjoner har med ujevne mellomrom endret den rådende oppfatning av de "evige spørsmål". Universets oppbygging, vår jords runde, beskjedne størrelse og ikke minst

erkjennelsen av at vi har utviklet oss fra et felles opphav har hatt drastiske følger for forståelsen av oss selv. Det som kan bli et svært verdifullt resultat av en eventuell nytenkning om adferd og menneske er at vi får den nødvendige helhetlige tilnærminga til verden. Dette sier Edward O. Wilson i boka "Consilience" (Forsoning, utgitt 1998):

"Every college student should be able to answer the following question: What is the relation between science and the humanities, and how is it important for human welfare. Every public intellectual and political leader should be able to answer that question as well...Most of the issues that vex humanity daily - ethnic conflict, arms escalation, overpopulation, abortion, environment, endemic poverty...cannot be solved without integrating knowledge from the natural sciences with that of the social sciences and humanities".

Særlig vestlige kulturer har de siste tiårene fjernet menneskene fra sin naturlige bakgrunn. Naturen er blitt kjøps- og utstillingsvare, den er noe man går ut i og betrakter, men ikke er en del av. Den intime organiske tilknytningen vi har til livet på jorda er fascinerende. Omkring halvparten av genomet vårt er felles med plantene, 98 % er likt med sjimpanser. Etologien, læren om adferd, har de senere år også begynt å konkretisere hvordan følelsene og adferden vår har den samme historien som den fysiske kroppen.

Wilson: "...by exploring the biological roots of moral behavior, and explaining their material origins and biases, we should be able to fashion a wiser and more enduring ethical consensus...Moral reasoning will either remain centered in idioms of theology and philosophy, where it is now, or it will shift toward a science-based material analysis".

#### Bakgrunn

##### *Naturlig seleksjon*

Mekanismen som har frambragt det mangfoldige livet på jorda, inkludert oss selv, kalles naturlig utvalg eller naturlig seleksjon. Begrepet ble lansert av Wallace og Darwin. Senere kom oppdagelsen av den genetisk-kjemiske bakgrunnen for arvematerialets oppbygging (Watson & Crick 1953) og hvordan DNA mangfoldiggjør seg selv og utgjør



grunnlaget for livet. Vitenskapen har nå en grov, men logisk sammenhengende oversikt over den funksjonelle siden av livet på jorda. Den konkrete, ubevisste drivkraften for alle levende organismer kan sammenfattes i en setning: De gener som ikke klarer å overføre flest mulig kopier av seg selv til de neste generasjoner vil forsvinne.

Forståelse av seleksjon bygges opp trinnvis:

1. Alle individer er født litt ulike. Dette følger av dannelsen av kjønnscellene, som vil fordele de to foreldrenes utgaver av genene mer eller mindre tilfeldig. For menneskets del består genomet av ca. 150 000 ulike gener (75 000 par), hvorav hvert gen som regel kommer i mange utgaver (alleler), og i tillegg oppfører seg ulikt om det sitter i en kvinne eller en mann. Dermed blir variasjonsmulighetene svært store. En vanlig misforståelse er å tro at det er mutasjoner som forårsaker variasjon. Mutasjoner endrer genomet over tid, men variasjonen mellom individer i en enkelt generasjon kommer nesten utelukkende fra nye kombinasjoner av alleler som allerede er tilstede.
2. Alle arter, også mennesket, har en overproduksjon av avkom. En kvinne kan få både ti og tolv barn, hvis det ikke fantes begrensninger i sykdom, mat, eller i senere tid prevensjon. Regner man noen generasjoner med ti barn i hver blir det fort åpenbart at det ikke vil være mulig at alle kan leve opp og bli formødre/fedre.
3. Det følger av dette at bare de individer med gener og genkombinasjoner som klarer å sende flest kopier av seg selv inn i framtidens populasjon, vil overleve. Små ulikheter som f.eks. bedre evne til å unngå predatorer, bedre immunforsvar, bedre barnestell, bedre evne til å finne en make med de beste egenskapene osv. vil slå kraftig ut når en tar tidsperspektivet i betraktning. Derfor vil de allelene som koder for slike egenskaper bli dominerende. Disse egenskapene er altså tilstede i form av gener. Gener som er gode til å lære memer (overførte kulturelle trekk fra en generasjon til den neste) vil kunne ha fordeler. De er imidlertid fremdeles gener, i konkurranse med andre.

For å belyse det svært sentrale poenget at vi snakker om ubevisste prosesser, brukes disse to begrepene:

Proksimat og ultimat forklaringsnivå.

- Den proksimate adferden er de adferdsmessige trekkene som observeres direkte, som de ulike individene er i besittelse av. Dette er det genetiske uttrykket som blir utsatt for seleksjon. Eksempler: Ekornet som er flinkere til å finne trær med mange kongler, mannen som kan føle sjalusi og kvinnen som foretrekker en

ressurssterk mann som gir hennes avkom en bedre start i livet.

- Det ultimate nivået er det utbyttet i form av suksessrik formering som den proksimate adferden gir (dette kalles fitness i faglitteraturen). Enhver adferd, ethvert trekk som gir utbytte i form av flere etterkommere enn andre, vil velges fram. Grunnhypotesen ved all biologisk adferdsforskning er derfor: Hvilke tilpasningsfordeler har dette trekket? Hvilke trekk gir flest barnebarn?

Naturlig seleksjon har ikke bare gitt jorda alle sine livsformer, men sannsynligvis også livet selv. Kjemiske forsøk som er gjort med gjenskapelse av uratmosfære og urhav tyder på at atomenes fysiske egenskaper sammen med seleksjonsmekanismene er ansvarlig for dannelsen av liv som kan reproducere seg selv (Gould 1993).

### *Seksuell seleksjon*

Seksuell seleksjon er en spesiell form for naturlig seleksjon. Seksuell seleksjon ligger latent i organismer som har kjønnen formering og muligheter til å velge partner. Kjønnen formering er påtvunget livet som et forsvar mot sykdommer, og bærer i seg et vell av konflikter (Anderson 1994).

Darwin og hans samtidige kolleger var opptatt av noen uforklarlige observasjoner av merkelig adferd og utseende som han ikke direkte kunne forklare med naturlig seleksjon, og han kalte det seksuell seleksjon. Det dreier seg om kostbare ornamenter, uforståelige og unødvendige adferdstrekk som åpenbart hindret overlevelse:

- Hvorfor sitter fugler og synger i timevis, tømmer kroppen for ressurser og eksponerer seg for predatorer? Hvorfor slepe rundt på enorme haler som gjør dem til et relativt lett bytte slik som påfuglen, hvorfor utvikle glorete fjær som lyser opp på flere hundre meters hold slik som paradisfuglene?
- Hvorfor har mennesket utviklet så unødvendig stor hjerne? Den er meget kostbar å danne og opprettholde fordi den tar over 20 % av energien vi spiser. Det var, og er, livsfarlig å føde barn. Hodet er på grensa for hva bekkenåpningen kan klare å få ut. Barseldød har vært en av de vanligste kvinnelige dødsårsaker opp til i dag. Den nyfødte er nærmest et foster og skulle ideelt sett ha hatt mer tid i livmoren. Men, fordi det må ut så fort som mulig før hodet blir for stort, blir vi født fysisk hjelpeløse. Hvorfor ikke mindre hjerne og mer selvstendige spedbarn?
- Det er ikke nødvendig med stor hjerne for å klare seg i naturen. De fleste andre dyr har mye skarpere sanser, og er mye bedre fysisk tilpasset sine omgivelser enn vi er. Hjernen brukes hovedsakelig til noe annet, ellers ville

den ikke blitt selektert fram (Ridley 1993, Wright 1994):

Spørsmålet blir da: Hva er det hjernen brukes til? Hvorfor ble den så stor? Svaret ligger i den seksuelle seleksjonen (Trivers 1971, 1972, 1974). Det er derfor nødvendig å gå i detalj om de to grunnleggende mekanismene for denne typen seleksjon. Begge ser ofte ut til å virke samtidig:

### 1. Fisher (1930) "Runaway selection".

Hvordan ble påfuglhalen så enorm?

Selv den minste preferanse hos en hunn for en bestemt fjærdrakt eller et bestemt adferdstrekk hos en hann vil føre til at denne arvelige preferansen vil ha et fortrinn. Dette fordi den foretrukne hannen vil bli foretrukket av mer enn gjennomsnittet av neste generasjons hunner, fordi han får avkom ikke bare med den som velger, men også blant de som ikke prefererer noe spesielt.

Hunnene begynner å velge, i stedet for å "ta på slump", fordi en hann utvikler noe som "treffer" noe en eller flere hunner liker. Eller rett og slett for at valg i seg selv vil utkonkurrere andre hunner: Egen lykke er bra, men andres ulykke er heller ikke å forakte.

Dette er en rent matematisk mekanisme, en logisk nødvendighet som er svært enkel å forstå: Den hannen som blir valgt av en hunn flere enn de andre hannene, vil få flere etterkommere, fordi han får parre med  $(x + 1)$  hunner, i stedet for de som ikke blir valgt, som får  $(x - 1)$  hunner.

Nå fanger bordet for alle aktørene: De av de andre hunnene som nå, eller i neste runde, ikke velger det samme trekket hos hannene vil dermed få :

- Færre attraktive sønner
- Færre døtre som velger attraktive hanner.

Dette vil "ta av" (run away) mer og mer, fordi det stadig vil bli flere og flere i populasjonen som foretrekker mer og mer av adferden\utseendet, som etterhvert blir mer og mer attraktivt ved at de som ikke velger slik får både færre attraktive sønner og færre døtre som velger attraktivt. Det inntreffer en av to tilstander hvor trekket enten blir:

- Dominerende og stabilt, men ofte motselektert av den naturlige seleksjonen (de største påfuglene har alvorlige problemer med predasjon),
- Eller en ustabil tilstand hvor det skjer krakk i populasjonen med jevne mellomrom.

### 2. Zahavis "Good genes theory" (1975):

Den andre teorien er den såkalte "good-genes"-teorien. Bakgrunnen for den er den sammenhengen som eksisterer mellom farger, symmetri og sykdomsresistensgener. Å lage farger er kostbart, det krever mye av organismen. Individuer som blir svekket av infeksjoner er ikke i stand til å frambringe så klare eller sterke farger. Et fargerikt utseende er et ærlig signal om et godt immunforsvar og/eller god arvelig adferd for å unngå smitte.

Symmetri fungerer på samme måten som farger. Evnen til å danne to like sider viser god evne til å motstå infeksjoner. Høye verdier av kjønnshormonene testosteron og østrogen gjør immunforsvaret dårligere. Dette kan, etter hvert som individet vokser opp, gi assymetriske trekk. Trekk som avslører høye verdier av disse kjønnshormonene (høyde, sekundære kjønnstrekk) samtidig med symmetri (evnen til å danne de to sidene av kroppen likt) tilsier at individet er et godt valg som far eller mor (Nesse et al 1994, Thornhill 1994).

Dannelse av fargerike fjærdrakter, lange symmetriske fjær og komplisert adferd i form av dans eller sang viser gode evner til sykdomsresistens. Ubevisst vurdering av slike egenskaper vil gi fordeler til den som ser dem og velger dem. Svalens stjert, paradisfuglens lakkfjær og påfuglhalens skimrende farger er alle et uttrykk for gode gener (se Thornhill et al 1994 for utførlig referering).

Hvis hannene bidrar med mer enn sin sæd til avkommet (for eksempel mennesket) kompliseres bildet, for da blir også hannene kresne. Den hannen som ga sin innsats og sine ressurser til hunner som ikke var attraktive, fikk færre barnebarn og ble skrevet ut av historien.

Disse svært enkle, men kraftige mekanismene har frambragt alle de merkelige formene, fargene og adferdstrekkene vi ser på TV-seriene om naturen, og vår hjerne viser mange tegn på å være frambragt av de samme mekanismene. Hjernen kan være et resultat av konkurranse om partnere, om status og om evnen til å framstille seg selv i et best mulig lys. Å overliste andre, uten at det ble avslørt, ga posisjon og status i gruppa og dermed høyere attraktivitet blant det motsatte kjønn. Mannens historie er historien om kamp om ressurser, kontroll over andre folk og grupper og (ultimat) tilgang på kvinner. Kvinnens historie er tilsvarende om evnen til å avsløre bløff og velge den beste.

## Menneskets historie

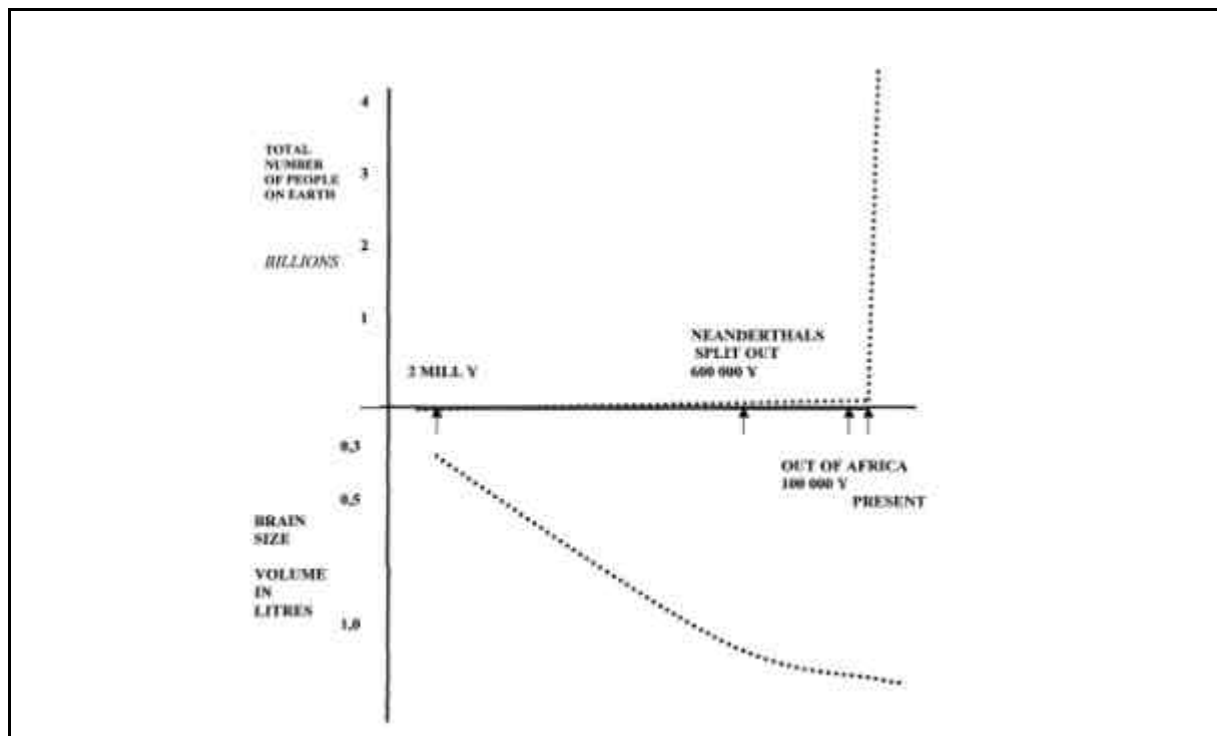
Darwin hevdet at vi har felles opphav med aper, og utløste følgende kommentar fra hoffet i England: "Vi får tro det ikke er sant, men hvis det er sant får vi håpe at ingen får greie på det".

Sannsynligvis har det eksistert mer enn 10 arter hominider de siste 4-5 millioner år (Moksnes 1997). Skolens historiebøker omhandler til sammenligning en svært kort periode på bare noen tusen år, helt på slutten av en nesten 2 mill år lang utvikling fra en 1.20 høy ape med en hjerne på 0,3 liter, til vår 1,5 liters gigantiske hjerne.

Dagens menneske har sin bakgrunn i den tiden som før menneskene levde i under framveksten av hjernen (Davies 1992). Alle valgene som ble gjort, seleksjonen som ble gjort av våre forfedre, har formet oss slik vi er nå. Seleksjonen foregår

fremdeles, vi vet at det ikke er tilfeldig hvem vi velger til vår livspartner.

Som det framgår av Figur 1 var det svært få individer tilstede i en relativt lang periode av vår historie. Seleksjonen var derfor sannsynligvis sterk. Tidsepoken kalles Pleistocen.



**Figur 1.** Framstilling av antall individer (over x-aksen) og hjernestørrelse (under x-aksen) som funksjon av Pleistocentida. Formen på hjernekurven mellom ytterpunktene er tilfeldig valgt. Sannsynligvis er virkeligheten mer trappeformet.

Mennesket har allikevel en ganske kort utviklings-tid sammenlignet med andre pattedyr: Den enorme hjerneveksten på den relativt korte tiden tyder på sterk seleksjon. Til sammenligning regnes det ca. 5000 generasjoner mellom hundrasene, eksempelvis mellom pekingeser og ulv. Disse vil trolig få fruktbar avkom og betraktes derfor som samme art. Bakterier og virus har en mye kortere generasjons-tid, og er en stadig trusel mot oss pga. fornyet framselektert virulens. Våre 2 mill. års utvikling

svarer til 3 år for bakterier. Press fra sykdommer er den viktigste grunnen til at kjønnnet formering er så vanlig hos artene på jorda, og legger også premisene for seleksjonen på mange andre områder, som jeg kommer tilbake til.

Mennesket brukte kanskje 80 000 generasjoner på disse 2 mill årene. For å forstå oss selv i dag er det viktig å ta dette perspektivet inn over seg og få et bilde av det i hodet. For å få hjelp til å komme i den rette stemningen, gå ut en stjerneklar kveld.

### Boks 1. Kunnskapen om vår egen død

En gang i løpet av disse årmillionene oppsto kunnskapen om døden. Og kanskje også selve følelsen vi får når vi hører Henning Sommerro synge denne teksten skrevet av Edvard Hoem. 80 000 generasjoner med navnløse stjerner. De fortjener oppmerksomhet, fordi de jo faktisk har nådd nye vårer, gjennom oss....

#### Sullabullyam

Når vi har forlate den rullande jord  
Når vatnet og vinden stryk ut våre spor  
Når alt det vi sleit med er slutt og forbi  
Høyr songen som syng om den bortfarne tid

Lik lyset frå stjerner som ikkje fekk namn  
Lik draumen om liv i den eviges famn  
Slik styrer vår lengsel frå mørker og grav  
Til kystar ein stad bakom himmel og hav

Alt vakkert skal kvervast i botnlause rom  
Den søtaste smak skal bli bitter og tom  
Og du som eg elska skal også forgå  
Vi ropar mot vårar vi aldri kan nå

Så lytt til ei nynning når natta er still  
Ja lytt til vår song når vi ikkje er til  
Høyr fuglar og harper og stigande song  
Frå oss som gjekk bort, men som levde ein gong

For ca. 120-80 000 år siden dro noen mennesker ut av Afrika, sannsynligvis i flere omganger. På den tiden var det antakelig ikke flere enn 10 000 individer totalt i Afrika. Europa, Sibir, Stillehavet ble befolket, og Australias aboriginer kom fra nord. Til slutt Amerikas urinnvånere, som kom over Beringstredet for 15 000 år siden. Det var kanskje ikke flere enn 100 individer som utvandret fra Afrika og ga opphavet til alle disse populasjonene. Dette er noen beregninger gjort på grunnlag av variasjonen i genomet og i mitokondrielt DNA, men dette er usikkert.

Utseendet hos menneskegruppene verden over er svært ulike, men de tverrkulturelle, generelle felles trekk i adferd har endret seg lite.

Vår art levde side om side med *Homo sapiens neanderthalensis* her i Europa i mange årtusener, før denne døde ut for ca. 35.000 år siden. Vi er nå eneste art i slekten *Homo*. Tenk om vi hadde vært to menneskearter. Det var svært nær.

Vi levde som jegere og samlere helt til for 10 000 år siden. Da begynte dyrkinga av jorda, og mulighetene for å samle store ressurser på få hender. Tidligere var dette ikke mulig. En ny situasjon oppsto, som mennesket fremdeles ikke er tilpasset på denne korte tiden. Dette har som vi kjenner til i dag ført til groteske utslag av akkumulering av verdier hos enkeltindivider. En evne som lå latent og bare ventet på muligheten...

Mennesket har etterhvert klart å manipulere miljøet og øke ressursuttaket formidabelt. Vi skal imidlertid ikke mange tiårene tilbake før stabil mattilgang og avansert medisin ikke fantes. Store deler av jordas befolkning lever under forhold som kan sammenlignes med vår forhistorie fremdeles.

Internasjonale hjelpearbeidere kan fortelle om afrikanske mødre som føder og ammer barn på et matinntak under sultegrensa for en europeer. Dette indikerer at seleksjonen muligens går raskere enn antatt når seleksjonstrykket er høyt. En stor andel av verdens barn lever under forferdelige forhold, på søppelplasser og i storbyer, og er utsatt for infeksjoner, sykdommer og kjemikalier i en ekstrem grad. Bare de mest motstandsdyktige overlever. Et storskala seleksjonseksperiment med verdens barn er i gang.

### Makevalg

Grunnleggende for all menneskelig adferd er makevalget. En vanlig misforståelse er at naturen er vår konkurrent, men de som konkurrerer mest er faktisk artsfrender. Konkurransen om mat, plass og make foregår mest intenst innen arten, fordi arten består av individer som i utgangspunktet er ute etter de samme ressursene, foretrekker de samme makene og blir utsatt for de samme farene.

Følgende anekdote illustrerer poenget: To turister er på Svalbard og møter en isbjørn. Den ene henter fram et par piggsko som han knyter på seg. Den andre spør hvorfor han gjør det, bjørnen er jo raskere uansett? Svaret er selvfølgelig: "Jeg trenger bare å løpe fra deg".

Psykologen David Buss (Buss 1994) har gjennomført en stor tverrkulturell undersøkelse for å kartlegge preferanser for makevalg. Kvinner og menn avslører ulike proksimate preferanser. (De ultimate; flest og best mulig avkom, er selvfølgelig identiske).

Alle ble bedt om å gradere 18 ulike karaktertrekk fra uviktig til uunnværlig. Kort oppsummert ble resultatet:

**Tabell 1.** Universelle preferanser ved makevalg (Buss 1994: 10 047 individer fra 37 kulturer over hele verden).

<b>KVINNER:</b>	
RESSURSER	Kulturelle ulikheter: Penger, kuer, hester, eller symboler på ressurser i form av sjeldne ettertraktede gjenstander: Paradisuglfjær, smykker, kunst.
STATUS, DRIFTIGHET, AMBISJONER	Tegn på evne til å skaffe ovennevnte ressurser.
TROFASTHET, STABILITET	Ressurser er mest verdifulle når de er forutsigbare.
INTELLIGENS	Positivt korrelert med inntekt, status, utdanning. Måles på flere måter. Her kommer også såkalt sosial IQ inn, som er evnen til å være vennlig og hyg-gelig, men også kurtise, humor, overlisting, sweettalking, selvhvedelse osv.
FYSISKE TREKK, SOM HØYDE, SYMMETRI	Testosteron hemmer immunapparatet. Zahavi igjen: Symmetrisk + høy = godt immunforsvar.
<b>MENN:</b>	
UNGDOM OG SKJØNNHET	Ærlige Zahavisignaler om en langt, reproduktivt liv: Skjønnhet korrelerer med symmetri = godt immunforsvar.
KROPPSFORM	Livvidde-hofteforholdet foretrekkes ca.0.6 - 0.7. Zahavi: Denne

FYSISKE TREKK ELLERS	kroppsformen er korrelert med fettlagring lavt på kroppen = færre hjerte-karsykdommer. 10% avvik gir 30 % nedgang i fertilitet. Fisher: Hoftebredde korrelerer ikke med økt bekkenåpning, dvs lettere fødsler: Kvinner har lurt menn på dette punktet (Low 1990).
INTELLIGENS	Zahavi: Symmetriske, framtrødende bryster: Dette må skyldes østrogen - immunapparat-mekanismen, fordi bryststørrelse korrelerer ikke med melkeproduksjon. Viktig for begge kjønn.

Power is the ultimate aphrodisiac". Kissinger.  
"A lasting relationship with a woman is only possible if you are a business failure". Paul Getty.

*Kvinner ser etter:*

- Mannens status, ressurser og utseende. Attraktivt utseende er høyde og kropps-symmetri.

Status er ulikt definert fra kultur til kultur, på Ny Guinea kan det være fjær fra en sjelden paradisyfugl og evnen til å jakte. Hos europeere er penger, stilling og makt attraktivt. Fellestrekkene for hva en kan kalle status, er besittelse av ressurser, sjeldne objekter, symboler og posisjon i gruppa. Dette gjenspeiler gode arveegenskaper og ressurstilgang til avkommet, ikke minst fordi gutter gjerne arver farens status. Preferansen for å velge menn med status og ressurser blir dominerende. Kvinner fra alle kulturer verdsetter det finansielle hos menn dobbelt så høyt som menn verdsetter penger hos kvinner. Ressurssterke menn fra kulturer som ikke har tilgang på effektiv prevensjon har signifikant flere barn enn gjennomsnittet. Ekstreme utslag av attraktivitet basert på status finnes blant mannlige pop-artister, som ofte har en veldig tilgang på kvinner.

- Intelligens.

Vi vet ikke helt hva det er, og har problemer med å måle det, men vi vet alle hva intelligente mennesker kan gjøre. Kvinner foretrekker menn som minst er på samme nivå eller helst høyere enn dem i kognitive evner. Intelligens handler først og fremst om å imponere, det engelske uttrykket "to outwit (overliste) eachother" er en god beskrivelse. Intelligente

menn har høyere status, og dermed høyere attraktivitet. Begge kjønn forsøker å imponere og snakke rundt både sitt eget og det motsatte kjønn. Manipulering av andre, framstilling av seg selv i et godt lys er et universelt status-økende kjennetegn hos mennesket. I dette spillet er framstilling av seg selv som en snill, vennlig, ærlig og redelig person like viktig, fordi det er et attraktivt trekk for begge kjønn: Kvinner foretrakk menn som var forutsigbare og kunne stoles på når det gjaldt bidrag til familien. Menn foretrakk trofaste kvinner som de kunne stole på ga dem sine egne barn. Å være på vakt mot å oppfostre andres barn har vært en fordel for menn, som jeg kommer tilbake til.

- Mannen foretrekkes litt eldre.

I alle 37 kulturene foretrakk kvinner å gifte seg med menn som er 3-5 år eldre enn dem. Dette kan ha sammenheng med at akkumulering av ressurser og status tar tid. Hos menn nås ofte ikke høydepunktet før i 40-50-årsalderen. Kvinner har også bedre evne til å plukke ut kommende enere enn menn.

- Han bør være ambisiøs og driftig.

Late menn er mindre attraktive. Han bør være pålitelig og stabil. Ressurser er mest verdifulle når de er forutsigbare, kvinner som så etter dette ble formødre.

Disse resultatene henger godt sammen med prediksjonene om hva kvinner burde se etter hos menn for å oppnå høyest mulig fertilitet og attraktivitet for avkommet i Pleistocentida.

**Boks 2.** Hvorfor får ikke kvinner barn hele livet? Eksempel på utledning av en testbar hypotese:

Dyr får som regel barn hele livet. En elefanthunn kan for eksempel bli mor i 50-60-årsalderen, mens kvinnens evne til å føde barn stopper brått opp i 40-årene.

Her er tall fra Norge 1997:

Født til sammen	59 801 barn
Mors alder:	
35-39	6 680 barn
40-44	1 063 barn
45-50	35 barn
(20 av disse hadde mødre på 45 år)	
50	3 barn
over 50 år	ingen

For 20 år siden var det langt færre kvinner mellom 35 og 50 som fikk barn

**Hvorfor?**

I jeger-samlersamfunnet, som mennesket utviklet seg i, var det sannsynligvis svært vanskelig å oppfostre barn som alenemor, dagens lignende urbefolkingskulturer tyder på det. Mannens innsats var viktig og nødvendig. Ikke bare for å overleve, men også for å få barn som kunne nyttiggjøre seg foreldrenes status og dermed bli attraktive.

Slik er det ikke hos eksempelet elefanter. Der er det flokker med søstre, tanter og nieser, vanligvis med en bestemor som leder, som lar seg befrukte av den dominante hannen i området. Han bidrar ikke med mer enn sitt arvestoff, og er derfor ukritisk i sitt valg av hunner, han benytter enhver anledning til å befrukte så mange som mulig. Menneskehannen har også denne siden.

Men når mannen skal satse ressurser og tid, da blir han kritisk. Unge kvinner har en lengre reproduktiv periode foran seg enn eldre. Kvinner over 40 løper også en større risiko for å få barn med medfødte skader. Fysiologien er selektert for "å ta det som kommer" jo eldre man blir. Utstøttingsmekanismene for zygoter som er misdannede eller skadet blir mindre kritiske med årene (Nesse1994).

Derfor foretrekker menn som skal investere i familie å satse på unge kvinner. Det er ingen grunn til at dette synet vil endres med tiden. Det har ført til at det ikke har blitt selektert for kvinner som har kunnet få barn oppover i årene. Trekk som det ikke blir selektert for forsvinner som regel.

Men skulle ikke begge allikevel ha fordeler av en kvinne som fortsatte å få barn så lenge hun levde? I hvert fall hvis vi går ut ifra at livslengden var den samme (noe den sannsynligvis var, men det er usikkert).

Mennesket har en sterk seleksjon på kvalitetsbarn. Kvalitet i betydningen av god ballast fra foreldrene har betydd og betyr fremdeles mye når det gjelder attraktivitet og status. Noen har derfor foreslått den såkalte "Bestemorhypotesen". En kunnskapsrik, eldre kvinne som satset på barnebarnas oppdragelse og opplæring kunne ha betydd mer for antall etterkommere enn kvantitet i form av å få barn oppover i alderdommen. Hvis en får attraktive barn på denne måten, vil det allerede etter to ledd være flere attraktive barn og barnebarn til å bringe "bestemors" gener videre enn hun selv kunne ha bidratt med. Det betyr at selv om hun kunne, ville det ikke lønne seg å få egne barn, hvis disse altså allikevel ikke ble valgt.

Uansett hvilke grunner som stopper fertiliteten: Denne biologiske begrensningen, resultatet av årmillionenes seleksjon, møter dagens kvinne som gjerne vil ha både jobbkarriere som 20-30-åring og barn i 40-årene. Den proksimate følelsen som det også er selektert for, både hos kvinner og menn, nemlig trangen til å bli noe, stå på egne ben, samle ressurser, bety noe, kommer altså i veien for det som er det ultimate målet for denne følelsen: Skaffe ressurser og status for å sikre barn og barnebarn. Det går en nemesis gjennom livet...

*Menn ser etter:*

- Utseende i form av ungdom og skjønnhet.  
Dette signaliserer en lang reproduktiv periode, og symmetri angir gode gener. Symmetriske ansikter anses for penere enn assymetriske. Forsøk med robotbilder viser dette. Et bilde som er konstruert av 16 bilder lagt på hverandre oppfattes som vakrere enn et som er laget av 8. Symmetrien og den ungdommelige pregløsheten blir bedre og bedre jo flere bilder som legges på. Det er sterk konsensus mellom kulturer i vurderingen av skjønnhet, selv om klær og kroppsmaling, fargevalg og kroppsbevegelser jo varierer enormt (se Buss for refs). Dette henger altså blant annet sammen med evnen til å motstå infeksjoner. Et godt immunapparat vil ikke ta ressurser fra organismen, som vil beholde sin evne til å generere symmetriske høyre og venstresider under veksten (Zahavi).

## - Kroppsfasong.

Et delingsforhold mellom midje og hofte som ligger omkring 0.6 - 0.7 oppfattes tverrkulturelt som mest attraktivt for menn. Dette er både ærlige og uærlige signaler om at kvinnen har høy reproduktiv verdi. Bobbi Low (1990) har en hypotese om at kvinners hoftebredde er et uærlig signal til menn om god evne til å føde barn. Det er nemlig ingen sammen-

heng mellom hoftebredde og bekkenåpning hos kvinner, derfor har hoftebredden ingen biologisk funksjon, utenom Fishersk seksuell seleksjonsverdi. Hoftebredden kan derfor høre hjemme i kategorien kvinnelig påfuglhale. Sykdommer og fertilitet spiller derimot en stor rolle: 10 % avvik fra midje-hofteforholdet senker fertiliteten med 30 %, og disponerer for en lang rekke sykdommer knyttet til fett og kolesterolforholdene i kroppen (Nesse 1994).

## - Seksuell trofasthet.

Førtekeskapelig tilbakeholdenhet er et tverrkulturelt trekk og signaliserer ekteskapelig trofasthet. En kvinne som lar seg forføre uten for mye innsats er lite attraktiv som fast partner (men desto mer attraktiv som tilfeldig partner: Alt å vinne, lite eller intet å tape for mannen). En kvinne som ikke er trofast signaliserer at hun lettere kan bli befruktet av en annen, og dette er det minst adaptive en hann kan komme ut for. Å fostre opp andre barn er dobbelt mislykket reproduksjon, og naturlig seleksjon har gitt oss sterke følelser mot utroskap. Sjalousi er en av de vanligste skilsmissegrunnene for menn, og en viktig utløser for mishandling og drap. Også for ikkebiologiske barn slår følelsene negativt ut (Daly & Wilson 1988), som jeg kommer tilbake til.

Valg av hvem vi vil ha som mor eller far til våre barn er med andre ord noe av det mest sentrale i menneskets utviklingshistorie.

Vår hjerne er høyst sannsynlig et resultat av en seleksjon som svar på denne konkurransen: Hvem var flinkest til å avsløre andre, hvem kan framstille seg selv i et best mulig lys, hvem kan manipulere andre? Hvem kan tegne og male, lage musikk, vakre dikt eller klær? Disse individene ble foretrukket og er foretrukket i dag. Kunst, kultur, musikk og litteratur er dagens avspeiling av behovene for å være annerledes, stikke seg ut, bety noe mer enn

den grå massen. "Jeg har et budskap" sier unge menn, og setter ut rotter på glass i butikker og henger opp døde kalkuner med politikernavn på. Unge kvinner er gjerne ikke så outrerte i sine uttrykk.

Kjendisstatus viser at du er en lovende prospect til inntekt (Boks 3). En av dagens mer kjente popgrupper opplevde den store omveltningen den dagen jentene begynte å henge etter dem (intervju Dagsavisen). Odd Nerdrum fortalte om sin kjendisattraktivitet i et TV-intervju nylig. Kjente menn har fått flere etterkommere gjennom hele historien, før prevensjonens tid.

### Boks 3. Unge menns trang til å være noe.

Harald Eia treffer spikeren på hodet når han skal "teste kjendisfaktoren sin" og spør jenter direkte om de vil være med ham hjem. Han fikk ett positivt svar, hvor mange han spurte til sammen ble ikke opplyst. Dette er gjort mange ganger før (Buss 1994). Ukjente kvinner som spør menn får mellom 70 og 90 % ja. Ukjente menn som spør kvinner får som regel 0% ja.

Kvinner vil kjenne menn før de har sex med dem. Det kan bli kostbart for dem å gjøre feil valg. Kvinner trenger i utgangspunktet ikke sex med flere menn, de trenger støtte og ressurser til barnet de må bære fram og fostre opp, eller også gjerne attraktive barn som resultat av sidesprang.

For menn er kvinner en begrensa ressurs, og de menn som var de beste forførere og fikk tak i mange kvinner ble våre forfedre. Å spørre direkte er en dårlig strategi. Denne dobbeltheten hos menn, hore og madonnadikotomien, er beskrevet i mange hyllemetre av verdenslitteraturen, og har sin bakgrunn i preferanser selektert fram av de biologiske forskjellene mellom det å ha noen få kjønnseller som krever stor innsats (være en hun) og det å ha mange kjønnseller som koster lite å produsere (være en han).

#### Eksempler på seksuell seleksjon:

- Hos Atlaskfuglene lager hannen en portal av strå, og samler blå frø foran inngangen. Den kjemper med andre hanner i nærheten, ødelegger for andre og stjeler frø. Alt til ingen nytte, bortsett fra at den fineste portalen blir belønnet med parring. Så flyr hunnen sin vei.
- Tilsvarende med børstekalkun. Hannen bygger en enorm haug av jord, kvist og stein. Hunnene kommer og inspiserer, og i den beste haugen legger hunnen et egg og lar hannen parre. Så flyr hun. Hannen sitter igjen med en annens egg i sin haug, men har oppnådd noe, han er forhåpentligvis blitt far i en annens haug. Her skulle en tro det ligger an til seleksjon for å ødelegge rivalens egg.

Hva er den prinsipielle forskjellen på Atlaskfuglens samling av blå frø, og Weidemanns blå malerier? Eller Vigelands massive steinfigurer og Børstekalkunhanens to tonn store, meget attraktive haug med blader, jord og kvister? Eller Harald Eias skrukk og tiurens spill? Den grunnleggende mekanismen er den samme, med variasjoner over temaet: Vis deg fram med et eller annet, det er nesten det samme hva det er, bare det er noe mer enn andre. Vær annerledes slik at andre ser på deg. Her kommer all kulturen inn med full tyngde. Farger, lyder, musikk, klær, dans og kunst, og ikke minst meninger. Kaskader av meninger. Alt frambragt av behovet for å være attraktiv, annerledes og med økt

status. Ofte vil vi også ha en referanse-gruppe å høre hjemme i (se boks 4 om resiprok altruisme). Det er dette vi trenger, og bruker hjernen til (Ridley 1993, Buss 1994, Barkow et al 1992, Fisher 1989, 1992, flere i litteraturlista).

#### Konsekvenser av makevalg

En økning i kognitive evner har altså sin pris i form av en risikabel fødsel og en lang barndom og læretid, som vil utøve motseleksjon. I tillegg hadde alenemødre sannsynligvis dårlige odds under Pleistocentida, slik de har det i land som ikke har sosiale ordninger i dag.

Som et resultat av den sårbare barndommen og behovet for opplæring for å få attraktive barn lønte det seg for menn å skifte strategi, bort fra en ren Casanovatilværelse og mot en større satsing på en enkelt kvinne. De menn som skiftet til foreldreinvestering fikk flere barnebarn. Mannens foreldreinvestering økte avkommets kvalitet og antall. Dette er relativt uvanlig hos pattedyr, men søndag 28.03.99 fikk vi servert et nyoppdaget eksempel på NRK: Haverten, som er en stor sel som kjemper om harem, har også en annen strategi. Noen danner monogame parforhold. Dette er selektert fram fordi det ikke er uvanlig at hanner med lav status voldtar hunner. Da er det bedre å velge en hann midt på treet som kan beskytte mot voldtekt og gi noe bedre kvalitet på avkommet. Hannen i monogamiet har på sin side liten sjanse til noe annet. Den dominerende

hannen i haremene blir far til alt bortsett fra avkom etter voldtekt.

Hos fugler finnes det mange, men fra fjernere dyrekjerner kun få eksempler på mannlig partnervalg. Hos sjøhest får hannen ansvaret for eggene som legges i en rugepose på hans mage. Fellestrekkene er slående, sjøhesthannen tar ikke hvem som helst som kommer svømmende. Han er svært selektiv.

Mannens investering økte overlevelseshastigheten og kvaliteten på barna og dermed økte andelen investerende menn som arvet investeringstrangen. Dermed oppsto seleksjonskrav for menn: Unge, sunne kvinner med et langt reproduktivt liv foran seg ble foretrukket som livspartnere. Fremdeles lønte det seg for menn å forsøke å spre sine etterkommere hos så mange som mulig i tillegg, for å få i pose og sekk. Dermed har menn en tosidig strategi: Livsledsageren skal være madonna, i hemmelighet jaktes det på horen. Disse strategiene avspeiles i undersøkelser om preferanser i makevalg. Og i kunsten.

For å investere sine ressurser og tid i avkom, er altså menn kresne i makevalg.

Men, menns begrensninger i antall barn ligger også i antall tilgjengelige kvinner. De fleste av verdens kulturer har vært og er polygyne (Buss 1994), og de mest ressurssterke menn har hatt flest kvinner og dermed barn.

Kvinner har en begrenset evne til å få barn, selv om hun har sex med mange menn vil begrensningen ligge i antall mulige svangerskap. Hun vil derfor ha fordeler av å søke kvalitet hos partneren, kvalitet i form av ressurser, stabilitet og gode, attraktive gener. Menn har denne tosidige strategien.

Som mor til sine barn som han legger sin innsats i bør hun være trofast, intelligent og pliktoppfylgende. I eventuelle sidesprang krever menn ofte få eller ingen kvaliteter utover det rent seksuelle. Forbruket av pornografi og verdens prostitusjon hvor det nesten utelukkende er menn som er kunder gjenspeiler dette. De menn som har vært ivrigste i forsøkene på å befrukte kvinner "på si", har naturlig nok fått flest avkom og blitt forfedrene våre. Promiskuøse kvinner ses på som lite attraktive faste partnere, og får lett dårlig rykte i alle kulturer. Eksempelvis promiskuøse menn kan derimot oppnå den motsatte effekten. En som er så attraktiv hos kvinner må det være noe ekstra med, og er aktuell som "sidesprangspartner" også for etablerte kvinner.

Kvinnene velger også seksualpartnere utenom det faste forholdet, men er mye mer kresne. I den litteraturen jeg har gjennomgått i forbindelse med doktorprosjektet mitt er det vist at kvinner søker sidesprang med høystatusmenn. Denne adferden er mye eldre enn 2 mill. år, den finnes blant annet hos fugler. Den mannlige seksualitetens tosidighet er en

logisk og på mange måter uønsket følge av seleksjon og medfødt adferd. Forsøk på mannlig kontroll over den kvinnelige seksualiteten er derfor noe som finnes i alle kulturer, og som kan gi ekstreme utslag som infibulasjon og enkebrenning. Mildere former er slør og husarrest.

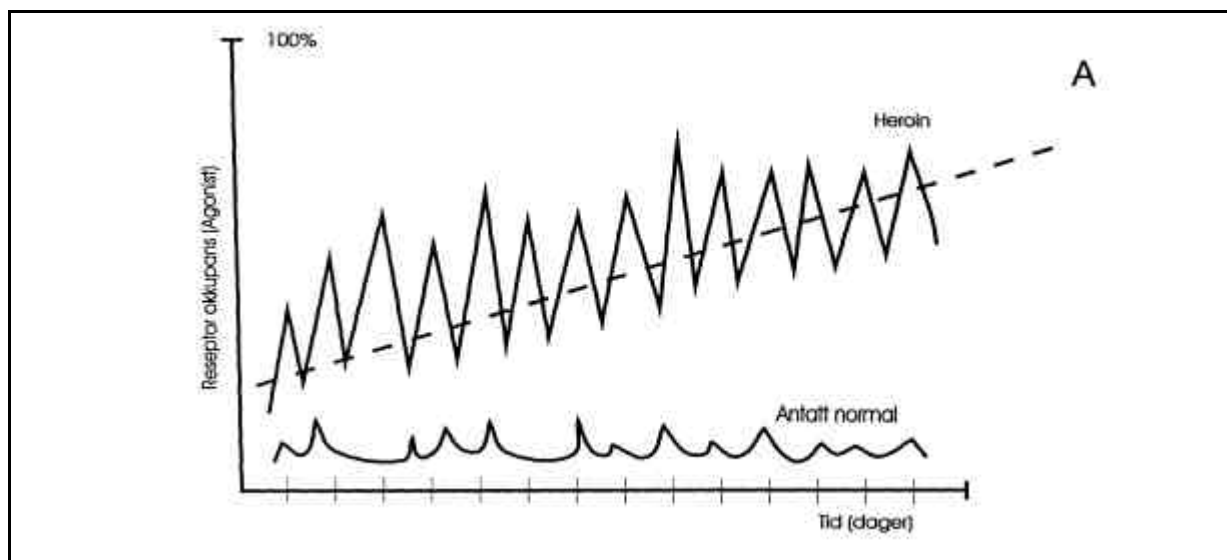
I makevalget ser det ut til at vi foretar en bevisst og ubevisst vurdering i form av en trade-off mellom de ulike attraktive egenskapene. Hvor mye er jeg verdt, hvor mye er partneren verdt? Ekteskap mellom rike, gamle menn og unge vakre kvinner ser ut til å være utslag av en ekstrem "handel" hvor ulikheten oppveies av penger mot reproduktiv verdi. Forelskelsen er en (dessverre) relativt kortvarig følelse, og paret utsettes for stadige muligheter for brudd gjennom livet, selv om det i utgangspunktet ikke er ønskelig for noen. Mitt prosjekt går ut på å finne disse balansene i de attraktive egenskapene mellom partnere som er skilt, sammenligne med de som ikke er skilt og vurdere assymetrier i partnervalget: Er den ene partneren relativt sett mer attraktiv enn den andre, og øker dermed sjansen for skilsmisse? Utgangspunktet er hypotesen om at det ville vært adaptivt å velge den mest attraktive partneren fordi det ville gi best og flest avkom. Samtidig vil det ikke være lurt å strekke seg lenger enn "fellen rekker", fordi en mangelfull eller gal forhåndsvurdering som gir et assymmetrisk par vil kunne føre til økt skilsmisse-frekvens, og det vil gå utover avkommet. Dette er vist i noen arbeider (se Weisfeld et al 1992 for refs). Hos fugler er slike kvalitetsvurderinger og deres konsekvenser et område som de senere år har fått stor oppmerksomhet (f.eks. hos meiser, se Choudhury 1995 for review).

### Medfødt og tillært adferd

Det er altså biologisk relativt kort tid siden utviklingen av hjernestørrelsen skjøt fart. Som nevnt tyder mye på at hjernestørrelsen er resultatet av en sterk seleksjon på kognitive evner til å framheve seg selv, et resultat av seksuell seleksjon. I denne prosessen ble medfødte følelser selektert fram. Jeg bruker her ordet "følelser" i videste betydning, også for det vi kaller drifter, trekk, behov og tendenser som foretrekkes. Medfødte, kognitive "kretser" som kan hjelpe individet til å ta de rette avgjørelser vil ha store fordeler, og vi er etterkommere av de som fikk slike tilbøyeligheter. Mange trekk er mye eldre enn 2 mill. år, f.eks. seksualdriften, smaken for søtt, aggresjon, redsel osv. som også dyr viser tegn på.

Oppfylling av følelsene gir belønning i form av at hjernen produserer morfinlignende transmittorstoffer som endorfiner, dopamin, serotonin og GABA (gammamørsyre), som gir en følelse av velbehag og eufori. Mange planteuttrekk og kjemikalier som er syntetisert de senere år går inn i disse belønningsreseptorene i hjernen og gir rus.





**Figur 2** viser normal "euforikurve" nederst, med enkelte gode opplevelser som topper på kurven. Jo lenger under kurven personen befinner seg, jo tristere føles tilværelsen. Heroinpåvirkning flytter grensene voldsomt oppover, som fører med seg at vanlige følelser ikke er nok til å oppleve eufori. Tilvenning er den prikkete linjen. Normaltilstanden blir fortvilelse og abstinens. Ulike rusmidler vil ha sin kurve, felles for dem alle er at de gjør "normale" sansepåvirkninger mindre euforiske (Øye 1998).

**Figur 3.** Eksempler på testede og ikke testede følelser som antas å være tverrkulturelle. Tilfredsstillelse av mange av disse følelsene involverer belønning med de nevnte transmittorsubstanser og kjemikalier. Hver av disse eksemplene skulle vært kommentert, men plassen tillater det ikke. Det henvises igjen til litteraturlista, spesielt Nesse 1994, Barkow 1992, Ridley 1993 og Wright 1994:

**FORKLARINGSNIVÅ:**

**"NÆRLIGGENDE"**

**"EGENTLIGE"**

**Følelse:**

**Proksimat:**

**Ultimat:**

Smerte	Nervoceller fra hud til hjerne + medfødt kognitiv mekanisme	Unngå skader, færre infeksjoner: Flere barnebarn.
Søvnbehov	Medfødt kognitiv mekanisme	Sparer individet for matinntak og energiforbruk, mindre eksponering om natten: Flere barnebarn
Søtsmak	Nervoceller fra tunge til hjerne + medfødt kognitiv mekanisme	Moden frukt ga mer næring: Flere barnebarn
Møkkluft lukter vondt (NB! PCB, dioxiner osv. som er nye substanser lukter ikke, fordi de ikke er selektert mot)	Nervoceller fra nese til hjerne + medfødt kognitiv mekanisme	Unngå parasitter og infeksjoner: Flere barnebarn
Seksualdrift	Div. nervoceller + medfødt kognitiv mekanisme	Flere barnebarn
Sjalusi	Medfødt kognitiv mekanisme	Hindre andres tilgang til egen kvinne/mann: Sikre egne barnebarn
Forelskelse	----- "-----	Belønning for å være ivrig: Flere barnebarn
Egoisme/ samle penger til seg selv	----- "-----	Sikre egne ressurser, bedre overlevelse: Flere barnebarn (til nå, før prevensjon ble lansert)
Evne til å skjule egoisme, ubevisst og bevisst	----- "-----	Sikre egne ressurser, samtidig som tilsynelatende ressursdeling med andre gir gevinst, bedre overlevelse: Flere barnebarn
Opplive glede	----- "-----	Bli likt av andre, økt popularitet: Flere barnebarn
Sorg	----- "-----	Straff for adferd som er maladaptiv, sorg søkes

		unngått: Flere barnebarn
Ønske om selvhevdelse	-----"-----	Streben etter status = økt attraktivitet: Flere barnebarn
Ønske om å være med på "the winning team". (fotball, popstjerner "det gode selskap")	-----"-----	Tilgang til "attraktive goder" (kvinner og status) som vinnerne disponerer: Flere barnebarn
<b>Lyst til å få barn</b>	-----"-----	<b>Flere barnebarn</b>
<b>Økt frekvens av skilsmisser initiert av barnløshet</b>	-----"-----	<b>Forsøke ny make=Flere barnebarn</b>
Rettferdighet (Men husk: "Folk gir skjerven med større fryd når de har vitner til sin dyd")	-----"-----	Unngå at andre fikk fordeler på egen bekostning: Flere barnebarn.
Resiprok altruisme (tjeneste-gjengjeldelse: Har vi sendt julekort, vi fikk jo fra dem...)	-----"-----	Samarbeid ved å gi og få av overskudd, "Keynesiansk": Flere barnebarn for alle impliserte
Empati Medfølelse(lidelse på TV)	-----"-----	Gir status, tillit og velvilje hos andre; økt altruisme= flere barnebarn

For hver og en av disse følelsene kan følgende prediksjon testes: Den som ble født med denne følelsen etterlot flere etterkommere enn de som ikke følte slik.

Barna mine får høre eksempler som:

- Den som kjente smaken av sukker likte moden frukt bedre enn kart, og fikk dermed i seg mer næring enn andre, og ble stammor\far. I dag har vi alt for mye sukker rundt oss, men smaken vår er fremdeles tilpasset Afrika i fortiden, hvor det ikke fantes sjokoladekake. Vi vil ete til vi "sprekker" om vi ikke stopper. Derfor må vi si nei til oss selv, ellers blir vi syke og får hull i tennene.
- Den som ble født med bare LITT MER evne til å mase på foreldrene, eller vinne krangler om hvem som fikk mest blant søsknene, ville klare seg bedre fordi det barnet ville få mer omsorg og mat. Vi er alle etterkommere av disse. Den som var fornøyd med det hun fikk, og satte seg bakerst i køen minsket sine sjanser. I dagens vestlige samfunn er ikke de trekkene nødvendige, men barn blir fremdeles født med dem.
- Den som ble født med lysten til å sove trengte mindre mat, fordi han\hun holdt seg i ro i den mørke tida. De ble også utsatt for færre angrep fra dyr og andre mennesker. De fikk flere etterkommere.

Eksempel for voksne: En åpenbar fordel er å være født med evnen til å føle forelskelse. Hun\han som ga uttrykk for forelskelse ble valgt fordi hun\han ga et overbevisende inntrykk av å satse mye på forholdet. Følelsen blir ikke bortselektert med alderen, den som kunne bli forelsket på nytt også etter at partneren ble borte (som nok oftere var en del av livets orden før), hadde fordeler ved å kunne etablere nytt forhold. Men, på samme måten som sjokoladespising ikke er sunt trenger det ikke å gi høyere livskvalitet å gå og forelske seg og skifte

partner hele livet. Selv om ungdomsindustrien surfer på disse medfødte følelsene for alt de er verdt. "Do you believe in life after love" synger Cher, første gang gift med Sonny i 1964. Seleksjonen har ikke tatt særlig hensyn til individets lykkefølelse og livskvalitet, i den grad dette ikke har ført til depresjoner.

Følelsene våre er medfødte reaksjoner som er selektert fram som svar på seleksjonskrav i videste forstand. Hva som trengs for å utløse følelsene hos oss kan imidlertid være forskjellig. Graden, styrken av de ulike følelsene oppleves også forskjellig avhengig av situasjon og omgivelser, men vi vet alle hva vi mener når vi snakker om den konkrete følelsen. Alle mennesker vet hva det er, og vet hva du snakker om når bestemte følelser beskrives. Verdenslitteraturen er gjenkjennelig for alle mennesker, Ibsens og Shakespeares kjernebudskap har noe å fortelle alle. I alle kulturer. Akkurat som kinesiske skuespill er det.

Situasjonen bestemmer ofte følelsesstyrken. For eksempel vil sjalusien ofte være sterkere og utløses lettere hos en som har en attraktiv partner, fordi han eller hun vil være mer utsatt for rivaler (Buss 1994).

Her følger to eksempler på konkrete tester av hypoteser og en mer inngående analyse av hver:

### Lysten til å få barn

En av de vanligste skilsmissegrunner er barnløshet. Dette gjenspeiler de sterke følelsene som er involvert i forhold til å få barn.

Lysten er først og fremst bundet til de proksimate følelsene. Kjønnssdrift, behovet for å gi omsorg og oppfatte barn som søte er hjelpemidler på veien. Tilfredsstilles disse behovene, så ble det barn, i hvert fall før prevensjonens tidsalder. Det er åpenbart at det i dag føles urettferdig for den som rammes å ikke motta all mulig medisinsk hjelp til å

få sine egne barn. Så lenge teknologien er tilgjengelig er det et spørsmål om ressurser. Vi bør strekke oss langt i å tilfredsstille menneskelige behov som øker livskvaliteten. På den annen side er det mange

andre arenaer å realisere sine følelser og drømmer på. Vi har åpenbart ikke rett til å få tilfredsstilt alle våre følelser og behov.

#### Boks 4. Eugenikk.

Det er ingen fare med å overføre dårlige arveegenskaper for andre enn individet selv og etterkommerne. Hvis det dreier seg om skader som gjør at bærerne ikke kan få barn ved egen hjelp, stopper disse genene av seg selv når ressursene i helsevesenet blir små. Andre genetisk bestemte problemer vil kunne spres, for eksempel problemer med å føde naturlig, dårlig motstand mot sykdommer osv. Det vil i alle tilfelle gå mange generasjoner før andelen mennesker med ressurskrevende behov knyttet direkte til arvelighet vil bli et problem. Det menneskelige genom tåler mye av dette. Vi kan med god samvittighet vente noen generasjoner med å bekymre oss.

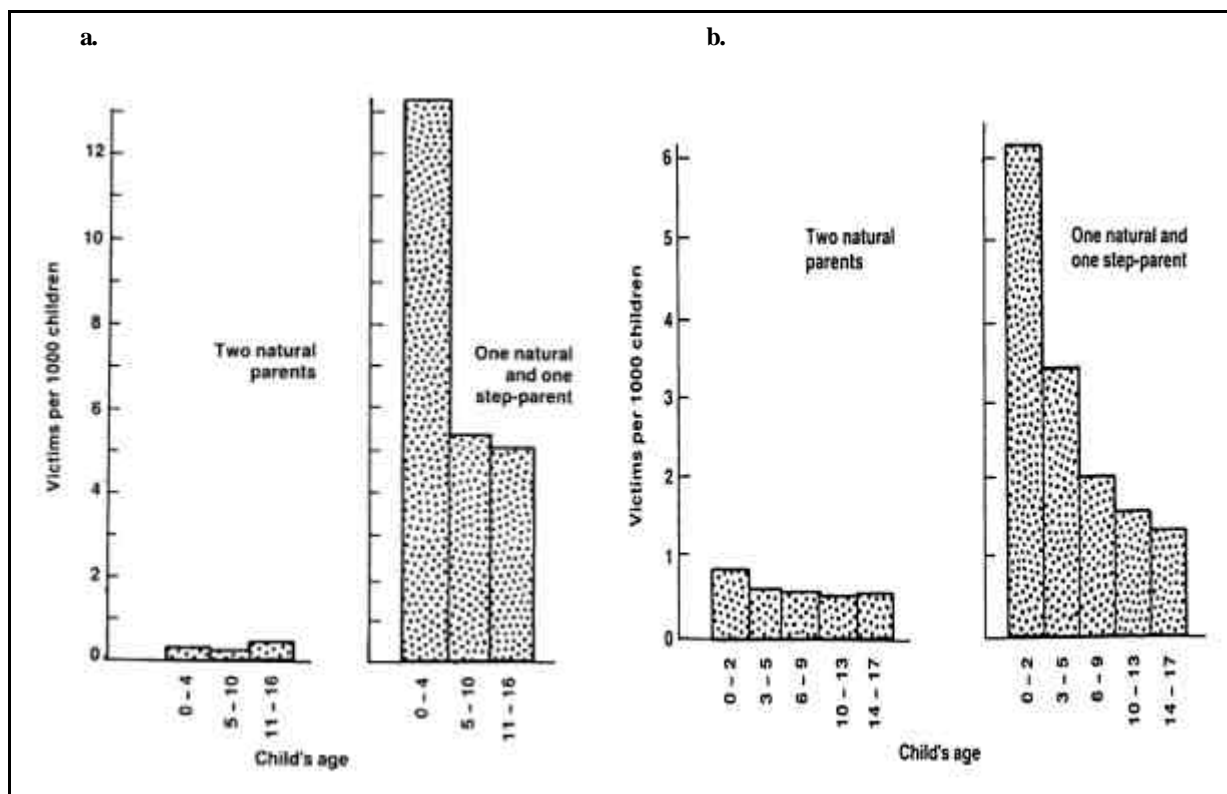
Mye farligere, og helt uakseptabelt for menneskeverdet og den menneskelige etikken vi alle må fastholde, vil det være å akseptere at mennesker ikke har samme verdi. Uansett medfødte eller tilegnede skavanker, seksuell legning, rase eller politisk oppfatning.

Å få barnet i fanget vekker følelser som man ikke visste var der, men som er med på å få foreldrene til å satse nesten all sin tid og sine krefter på oppfostring. Denne satsingen er svært krevende, noe som alle som har hatt barn kan skrive under på. Enkelte situasjoner med manglende nattesøvn, stress på jobben og et krevende barn setter tålmodigheten på harde prøver.

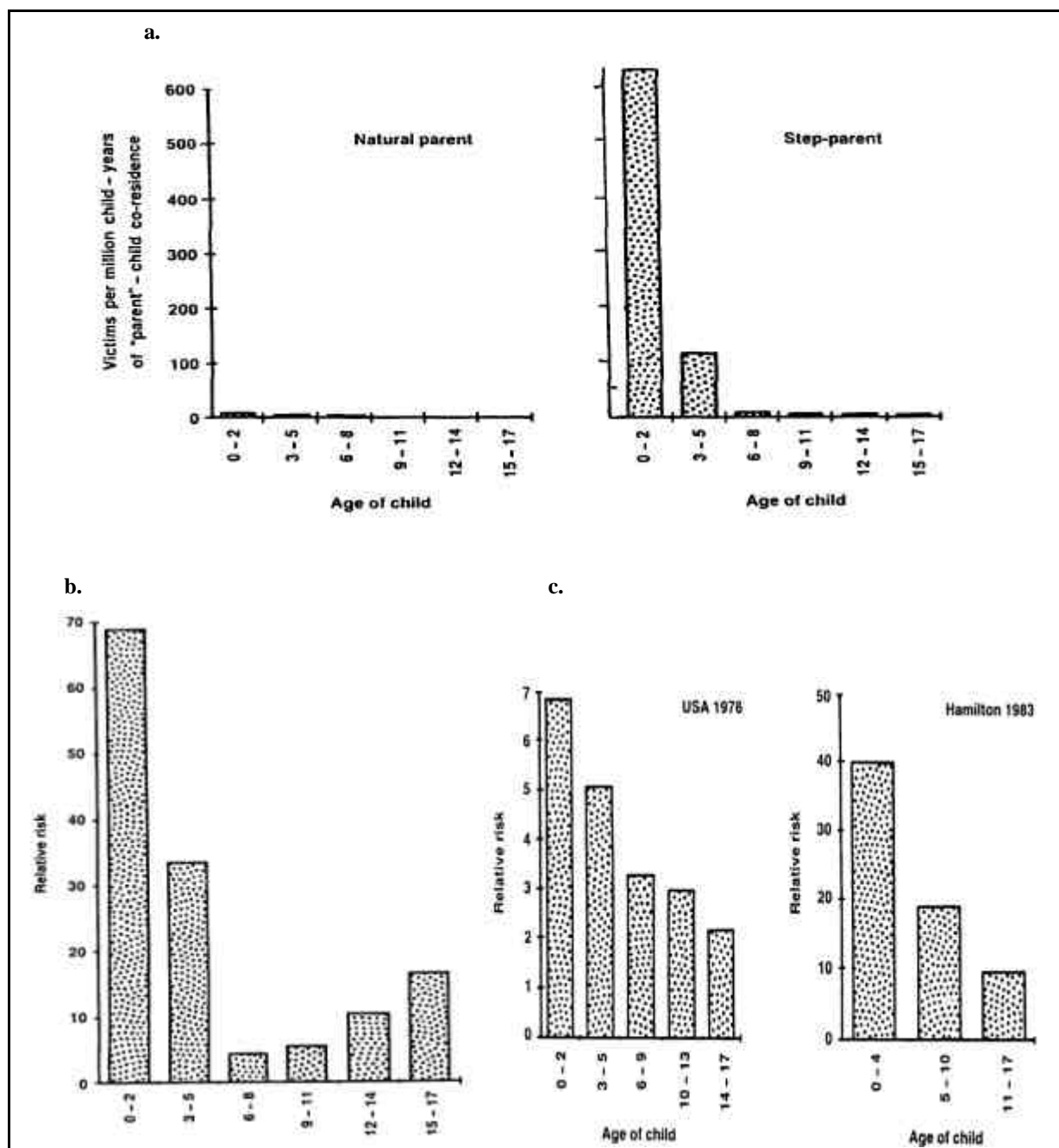
Som nevnt vil en hypotese være at fedre (og også mødre) vil lide genetisk under det å oppfostre andres barn. Ressursene går da ikke bare til gener som mannen ikke har, men forbrukes slik at egne biologiske barn ikke får muligheten. Den som følte

litt motvilje mot å bidra til andres barn burde ha hatt en fordel. Historien om Askepott har sine paralleller i de fleste kulturer. Flere undersøkelser har funnet at steforeldre har en svakere "foreldrefølelse", og at stefedre brukte mindre tid sammen med stebarna. Stebarn flyttet også fortere ut av hjemmet enn biologiske barn (Refs i Daly & Wilson 1988).

Daly og Wilson (1988) testet denne hypotesen ved å undersøkte foreldredrap på barn i Canada og USA, og sammenlignet gruppen med to biologiske foreldre mot gruppen med en steforelder, i praksis er dette stefar.



Figur 4. Risiko for å bli utsatt for mishandling av biologiske foreldre kontra familie med en steforelder (som oftest stefar). Canada (a.) og USA (b.).



**Figur 5.** Antall døds ofre pr. år og barnets alder for materialet fra Canada fordelt på familier med to biologiske foreldre og familier med en steforelder (a.). Relative forhold mellom barnets alder og risiko for de to gruppene, framstilt for hele materialet fra Canada (b.). Samme, USA (venstre) og Ontario, Canada (høyre) (c.).

For aldersgruppen under to år er det for materialet fra Canada omtrent 70 ganger så stor sjanse for å bli drept av stefar enn av biologisk far. Denne forskjellen er så stor at den overgår alle andre faktorer som kan forklare disse tallene, eksempelvis:

- Fattigdom er først og fremst assosiert med alenefamilier.
- Andelen barn som lever med en steforelder er nesten identisk hos alle sosioøkonomiske klasser, både i USA og Canada som denne undersøkelsen gjelder.

- Mors alder og familiestørrelse er heller ikke signifikante parametre (Daly & Wilson 1985).

Det kan være at steforeldre er mer utsatt for fordommer, og dermed rapportering fra naboer og lignende, men når det gjelder drap vil denne forskjellen være minimal. Undersøkelsen bør gjentas i flere land. Kanskje er dødelige overgrep bare toppen av isfjellet.

Slike resultater reiser ubehagelige, men nødvendige spørsmål. Problemet krever samarbeid og helhets-

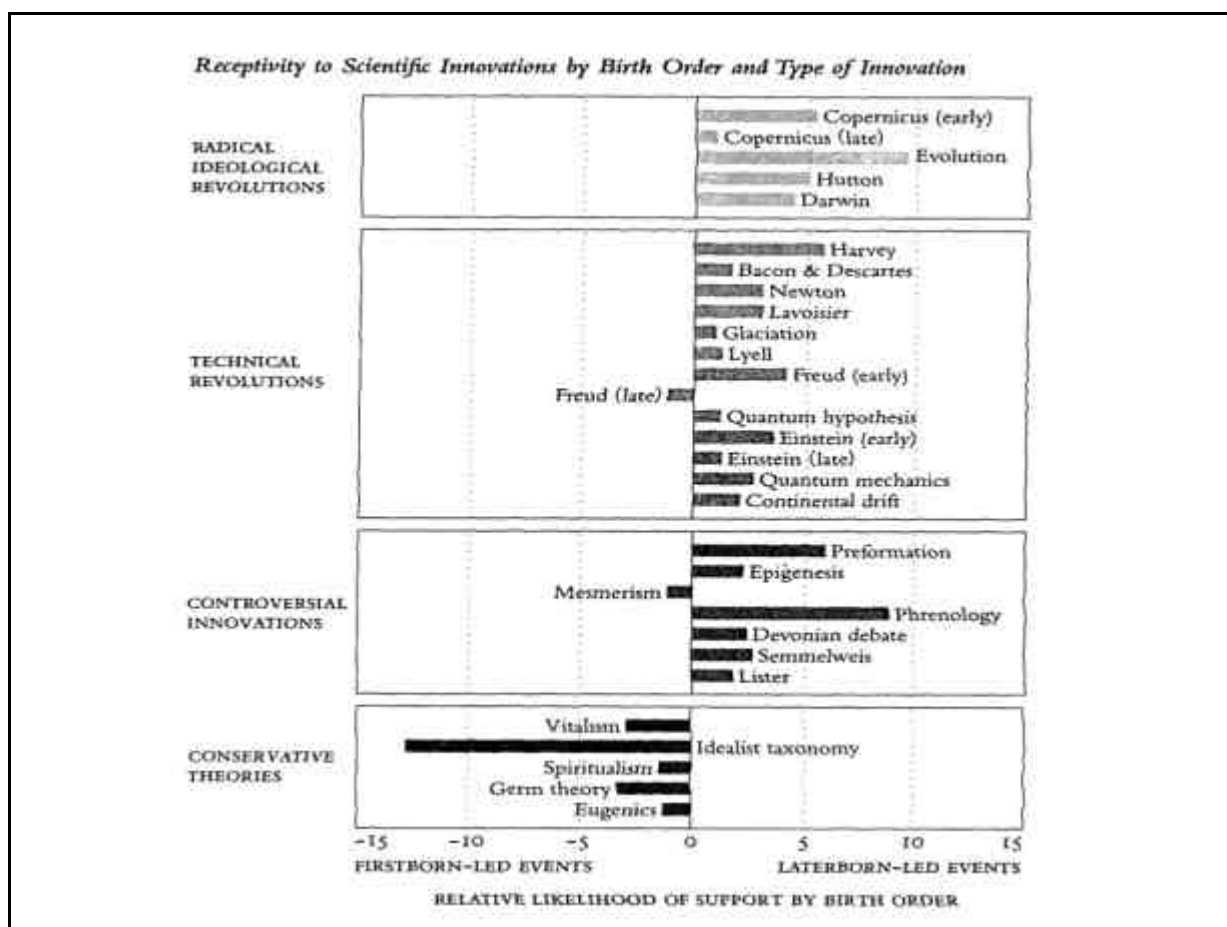
tenkning mellom alle fag, og slår fast at det ikke er likegyldig hvem som blir fedre eller mødre til barn frambrakt av nye teknikker. Undersøkelsen er et eksempel på analyse og tilnærming som det må tas hensyn til i diskusjonen omkring retten til å få barn, adopsjon, surrogatmødre og donorsæd. Kunnskap og innsikt i egen situasjon formidlet til foreldre dette angår vil kanskje være nok til å avhjelpe problemet. Barnas behov og sikkerhet skal ha første prioritet.

### Seleksjon i familien

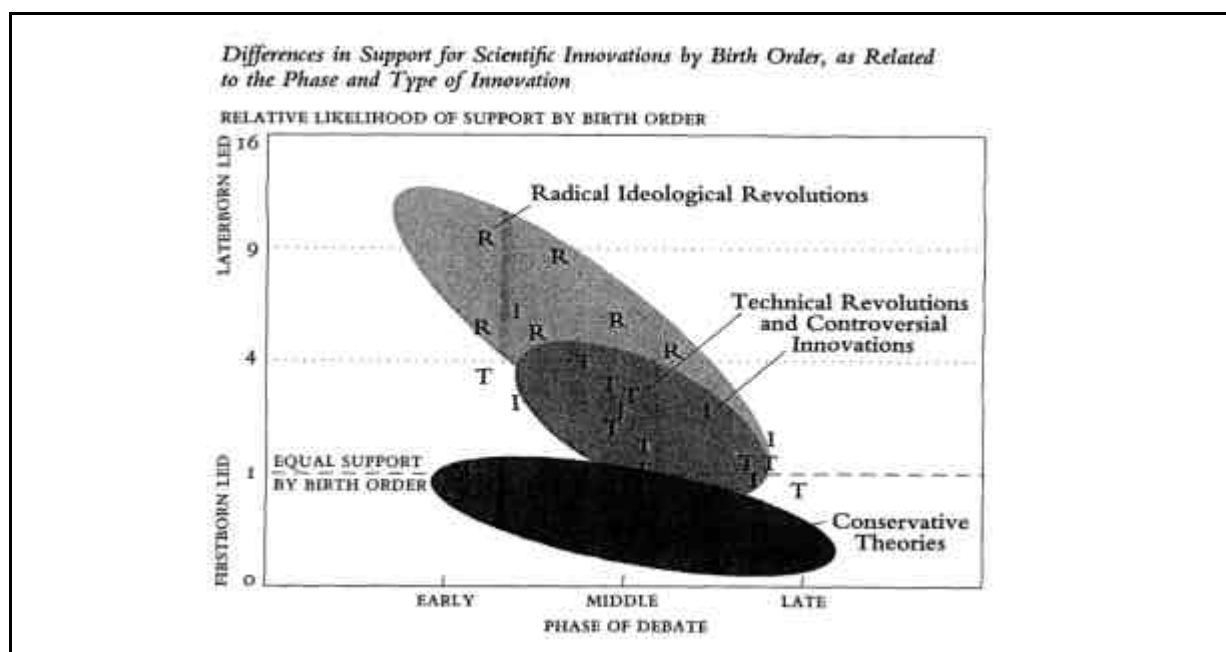
Alle som har barn forbauses over den til tider voldsomme kranglingen det er mellom søsken, den overdrevne oppmerksomheten omkring "hvem som fikk den største biten, dere er mer glad i ham/henne enn meg" osv. Det er også slik at eneggede tvillinger som vokser opp hver for seg er mye mer like enn om de vokser opp sammen. Da er de ofte like forskjellige som søsken flest, og søsken er som regel svært ulike. En hypotese ut fra darwinistisk tenkning ville være å betrakte familien som en arena hvor søsken konkurrerer om ressurser og oppmerksomhet fra foreldrene. Finnes det en medfødt kognitiv mekanisme som sier: Hvis førstefødt, vær slik, hvis senerefødt, vær slik?

Frank Sulloway (1996) har testet dette og gjennom mer enn 20 år undersøkt over 6000 historiske personer og deres respons på samtidas vitenskapelige, religiøse og politiske revolusjoner. Han fant en gjennomgående signifikant sammenheng:

- Førstefødte støtter foreldrenes oppfatninger, de er konservative i ordets innerste betydning. De ønsker ingen forandring og viser det gjennom hele historien ved å være de siste som endrer standpunkt til de store endringene i tida, hvis det ikke er etablerte, konservative opprør. Da er de ofte de mest voldelige deltakerne.
- Motsatt er senerefødt. De er de første som støtter nye tanker, er rebeller, og skifter standpunkt svært fort i starten av debatten. Senerefødt er mindre voldelige. Denne trenden er så sterk at den forklarer mer enn noen annen faktor om hvilken side en person vil havne på i en pågående samfunnsdebatt. Denne boken er et must for alle som er interessert i samfunnsendring og mekanismene bak. Diskusjonen om medfødt adferd hos mennesket er en gylden sjanse til å teste hypotesen enda en gang. Undertegnede er yngst av tre...



**Figur 6.** Mottakelighet for vitenskapelige innovasjoner etter fødselsorden og type innovasjon. Til venstre for 0-streken er førstefødt-ledet, til høyre senerefødt-ledet.



**Figur 9.** Ulike faser av diskusjonen, og relativ andel støtte fra førstefødte og senerefødte. Legg merke til at jo tidligere fase av radikale revolusjoner, jo større andel førstefødte. Lik støtte fra gruppene er markert med streket linje.

#### **Boks 5.** Eksempel 3. Resiprok altruisme: Nasjonalismens vugge.

Altruistisk adferd mellom søsken kan forklares med Hamiltons regel: Fordelen for mottakeren ganget med slektskapet  $r$  (søsken er f.eks. 0.5 i slekt med hverandre, de har halvparten felles gener) må overstige kostnaden for utøverer (Krebs 1991):  $r(\text{fordel mottaker}) - \text{kostnad utøver} > 0$

En handling som ikke koster for mye og fører til mer overlevelse hos slektninger vil være adaptiv og gi flere etterkommere med felles genom. Et forhold som gir denne teorien tyngde, er at denne adferden kan observeres i ekstrem grad dersom aktørene er mer i slekt med hverandre enn vanlige søsken. Dette er tilfelle hos sosiale insekter som veps, bier, maur og termitter. Fenomenet har sitt utspring i at hannene er haploide, dvs har bare halvparten så mange kromosomer som hunnene. Dermed oppstår det fascinerende forhold at det genetisk lønner seg å fostre opp søstre i stedet for eget avkom. Sterile arbeidere blir dermed en logisk følge av dette. Darwin forsto ikke hvordan sosiale insekter kunne oppstå, men han observerte fenomenene. De senere års mikrobiologi og genetikk har altså bidratt med mekanismene.

Men, hvordan forklare altruisme mellom tilfeldige individer? Stikkordet er resiprositet, eller gjengjeldelse. Etter at Axelrod publiserte sin spillteori har det eksplodert med eksperimenter som underbygger hans hypotese (Axelrod 1984). Vinnerstrategien i spillet som fikk navnet "tit for tat" er meget enkel: Den får flest barnebarn som starter med en altruistisk handling, for deretter å gjengjelde likt med likt. Godt naboskap er basert på en slik tankegang: De naboene som låner bort og er rause, får også låne tilbake, og motsatt. Det gamle ordtaket om at "det kjæm ittno" i ei atknept hand" er illustrerende. Det banebrytende med denne teorien er at den viser at det lønner seg å begynne med å være altruist. Bare i de tilfellene hvor handlingen ikke gjengjeldes vil det lønne seg, i betydningen gi flest avkom, å være egoist. Mennesket har en velutviklet, selektert evne til å vurdere resiprok adferd og vite hvem som bør og ikke bør få gjengjeldelse. Dette er basert på å kjenne igjen ansikter. En som er avslørt som svindler blir husket mye bedre enn andre. Mennesker kan ha et kjennsapsforhold til ca. 200 personer. Ut over dette kommer storbyproblemene inn: Ansvarsfraskrivelse, likegyldighet, ikke bry seg med andre, skepsis til fremmede osv. En utfordring for verdikommisjonen...

Både medfødt og tillært adferd har sine fordeler og ulemper. Medfødt adferd er rask, energetisk billig å utvikle, enhetlig og pålitelig. Et ekorn vet hvordan det skal klatre, spise kongler og unngå mår fra fødselen av. Ekornunger som måtte læres opp i dette ville tape mot de med medfødt adferd. Imidlertid vil de determinerte, eller "programmerte", være hjelpeløse hvis de ble plassert i et ukjent

miljø, med nye utfordringer, annerledes mat og ukjente fiender. Det vi ser i naturen er altså en genetisk tilpasning hvor et stabilt, forutsigbart miljø gir fordeler til medfødt adferd. Derfor er f.eks. tropiske regnskoger så sårbare, artene er tilpasset et gammelt, stabilt miljø.

Uforutsette skiftninger i miljøet åpner for den individuelle opplærings adaptive verdi. Kombi-

nasjonen av begge er uovertruffen: Tenk å være født med evnen til å lære! Toåring i alle kulturer plukker ut kompliserte grammatiske regler i språket som om de aldri skulle ha gjort annet (Chomsky ref). Når en ser på språkernes mulige ord og regelkombinasjoner, som er nesten uendelig mange, ville et individ som baserte språket på prøving og feiling neppe lære å snakke i det hele tatt, selv gjennom et langt liv. En medfødt kognitiv mekanisme som ubevisst kunne trekke ut generelle regler ville ha enorme fordeler (Barkow 1992).

### **Implikasjoner for menneskesyn, etikk og politikk.**

Dette var "Er". Hva med "Bør"?

Disse undersøkelsene kan ha svimlende konsekvenser for synet på mennesket, hvorfor vi er slik vi er og handler som vi gjør. Historiske feiltrinn må etter min mening ikke hindre oss i å søke ny innsikt på området. Ny innsikt kan både misbrukes og brukes, la meg ta et par eksempler:

- Konfliktforskning. Menns kamp om makt og ressurser har til alle tider ført til elendighet for menneskeheten. En bekreftelse på at de proksimate drivkreftene ligger i medfødte trekk vil selvfølgelig ikke åpne for at dette er ønskelig å framheve i politisk sammenheng, ei heller i mindre skala som for eksempel forholdet mellom sjef og ansatt. Tvert i mot kan innsikten bidra til forståelse og bedre grunnlaget for å utforme tiltak for å imøtegå problemene. Fremmedfrykt er en følelse som hadde sin berettigelse i Pleistocentida, men burde ikke være nødvendig lenger. Konflikter må løses verbalt, men for å forstå folkedypets motvilje er en analyse av de medfødte følelsene åpenbart verdifullt. Hagens stayerevner er en gåte for de fleste. Han surfer på medfødte trekk og vil derfor stadig rekruttere nye tilhengere som ikke lar seg overbevise av den velmente, men sørgelig enkle skolelærdommen om at vi alle må være snille. En humanetologisk analyse vil avsløre grunnlaget for den politiske tilslutningen partiet har, og vil sette den i sin rette, forståelige sammenheng.
- Til tross for tredve år på den politiske dagsorden, med kvinneregjeringer og et stadig mer omfattende lovverk til fordel for kvinner, har feminismen fremdeles problemer med å endre kvinners daglige liv. Evolusjonære feminister hevder at en i biologien vil kunne hente ny forståelse av hvorfor og nye forslag til tiltak (Gowaty 1997). For de som kjenner Stephen Jay Gould og hans holdninger anbefales John Alcocks essay (Alcock 1998).

Humanetologien er en tilæringsmåte som har uoverskuelige muligheter og konsekvenser. Analyser av adferd innen så ulike fagfelt som statsvitenskap, pedagogikk, psykiatri, sosiologi og etikk vil

ha nye muligheter til erkjennelse. Eksempelvis går Lee Ellis, professor i sosiologi ved Minot State University, så langt som å hevde at sosiologiens framtid avhenger av å kurere fagets "biofobi" (Ellis 1996). Han hevder at faget sosiologi har stivnet de siste tiårene og mangler fornyelse og progresjon. Han tilskriver manglende forståelse for medfødt adferd som en hovedgrunn og lister opp fire grunner til biofobien:

1. Semantikk, begreps(mis)forståelser. Eksempelvis bruken av begrepet determinisme. "Det er ingen som er genetisk determinist lenger" sier en av de mest framtrepende nålevende biologer, John Maynard Smith. Det må skilles mellom genetisk determinert arv og miljøutløsning av denne arven. Myopia, nærsynthet, eksisterer ikke hos kulturer som ikke lar barna arbeide med finmotorikk, syng, lesning og lignende. Men, når slik aktivitet først er til stede, er myopia nesten fullstendig arvelig (Gowaty 1997). Se Nørretranders 1993 for en diskusjon om naturviten-skapelig determinisme.

Språk er makt. Som nevnt, vi har alle behov for å enten få rett selv, eller dukke opponenten. Videre er egen lykke bra, men andres ulykke er heller ikke å forakte. Dette er helt i samsvar med prediksjoner om hvordan et individ bør oppføre seg for å få best posisjon, høyest status og flest barnebarn. Profesjonskamper, forholdet mellom over- og underordnet og styring i arbeidslivet er eksempler på områder som kunne ha nytt godt av humanetologisk tilnærming til menneskelig adferd. Relativisme er en måte å manipulere språket på og gjøre diskusjonen utilnærmelig, intern og gi posisjon til utøveren. Alan Sokal (1996) ga relativistene noe å bite i når han produserte en relativistisk tilnærming til fysikken som han senere gikk ut og fortalte var det rene oppspinn. Selv etter avsløringen forsvarte utgiveren publikasjonen. Det er ikke så viktig å ha rett, men å få rett...

2. Manglende kunnskap i biologi og naturvitenskap.

En bedre allmennutdannelse vil rydde mange misforståelser og fordommer av veien. Generelt vet folk flest for lite om den fysiske og biologiske verden vi lever i.

3. Kun fokusering på mennesket.

Vår kropp og vår hjerne er et resultat av årmillionenes naturlige og seksuelle seleksjon. Disse mekanismene vet vi mye om gjennom forskning på andre arter. Vi vet de ultimate mål, og ved å studere de proksimate empirisk kan vi avsløre universelle menneskelige trekk.

4. Moralske og politiske faktorer.

Her ligger utfordringene for oss alle. Den empiriske datamengden som underbygger humanetologien vokser eksponentielt. Det finnes ingen vei tilbake. Paradigmeskiftet kommer.

Menns trang til å søke makt, ressurser og status passer som hånd i hanske til dagens markedsliberalisme, og i Pleistocentida var det gode egenskaper å ha. Idag er de ødeleggende for hele livsmiljøet på jorda. Jeg tror vi kan ha mye å vinne ved å la vår evolusjonære bakgrunn bli allmennkunnskap. Vi må bygge en ny politikk på forståelsen av at det vil være i hvert enkelt individs egoistiske interesse at alle får politiske og økonomiske muligheter til å leve et godt liv, og at dette logisk innebærer en rettferdig deling av ressursene. Vi må spille på følelsen av resiprok altruisme (bedre kjent under navnet solidaritet) og samtidig erkjenne, men ikke oppmuntre og underbygge, at egoismen er sterk og tilstede hos alle. Et grunnleggende politisk prinsipp som må framholdes som et forsvar mot korrupsjon, er et virkelig demokrati med full politisk styring, økonomisk kontroll og innsyn i vareproduksjonen. Private aktører med mulighet til å bli millionærer tar bort følelsen av solidaritet og rettferdighet. Samfunnet må bygges på likhet og likeverd, men det må skje på grunnlag av viten om at den menneskelige trang til selvhevdelse vil yte motstand og stå i veien.

Den ufølsomhet som utvises overfor mennesker som enten er langt unna eller hindrer individets interesser er illustrerende. Dagsrevyens "kjøttvekt", en nordmann er lik ti svensker er lik titusen kinesere, er universelt menneskelig og kultur-uavhengig (Barkow et al 1992). Rasisme er grunnlagt på den medfødte skepsis som vi alle opprinnelig har mot fremmede. En bevisst holdning til hvorfor vi som mennesker føler slik, kan gi innsikt og ta brodden av følelsen og være med å bygge opp holdninger som kan fremme solidaritet i stedet for skepsis.

Kunnskap om hvorfor vi er som vi er kan vise seg å bli det avgjørende for utformingen av en mer økologisk tilpasset økonomi, en politikk som ivaretar naturgrunnlaget.

## Litteratur:

(Spesielt anbefales \*)

\*Alcock J. 1998. Unpunctuated equilibrium in the Natural History essays of Stephen Jay Gould. *Evolution and Human Behavior* 19: 321-336.

Alexander R.D., Noonan K.M. 1979. Concealment of ovulation, parental care, and human social evolution. in: N.A. Chagnon & W. Irons (Eds.), *Evolutionary biology and human social behaviour: An anthropological perspective* (pp.402-435). North Scituate, MA: Duxbury Press.

Andersson M. 1994. *Sexual selection*. Princeton University Press, New Jersey. 599 sider.

Axelrod R. 1984. *The Evolution of Cooperation*. New York Basic Books.

Barkow J., Cosmides L., Tooby J. 1992. *The Adapted Mind*. Oxford University Press. 666 sider.

Betzig L., Borgerhof Mulder M., Turke P. 1988. *Human Reproductive Behaviour, A Darwinian Perspective*. Cambridge Univ. Press. 363 sider.

\*Buss D. 1994. *The evolution of desire. Strategies of human mating*. New York, Basic Books 222 sider.

Cherlin A.J. 1992. *Marriage, Divorce, Remarriage*. Cambridge Harvard Univ. Press. 178 sider.

Choudhury S. 1995. *Divorce in Birds: A review of the hypotheses*. *Anim. Behav.* 50: 413-429.

Daly M., Wilson M. 1985. *Child abuse and other risks of not living with both parents*, *Ethology and Sociobiology*. 6: 197-210.

Daly M., Wilson M. 1988. *Homicide*. New York, Aldine de Gruyter, Hawthorne. 297 sider.

Darwin, C. 1871. *The descent of man, and selection in relation to sex*. Princeton Univ. Press 1981.

Davies M.J., H. Davies, K.M. Davies. 1992. *Humankind the gatherer-hunter*. Myddle-Brockton Publ. England

\*Ellis L. 1996. *A discipline in Peril: Sociology's future hinges on Curing its Biophobia*. *Amer. Sociol.* 27:21-41

\*Emlen S.T. 1995. *Can avian biology be useful to the social sciences?* *Journ. of Avian Biol.* 26:273-276

Fisher R.A. 1930. *The Genetical Theory of Natural Selection*. Clarendon Press, Oxford.

Fisher H.E. 1989. *Evolution of human serial pairbonding*. *Am. Journ. of Phys. Anthr.* 78:331-354.

Fisher H.E. 1992. *Anatomy of Love*. W.W. Norton & Company. 431 sider.

Gould, S.J. (ed). 1993. *Book of Life*. Hutchinson UK. 256 sider.

Krebs J.R., Davies N.B.(eds.). 1991. *Behavioural ecology: An Evolutionary Approach*. Oxford, Blackwell. 482 sider.

Gowaty P.A. 1997. *Feminism and evolutionary biology : boundaries, intersections, and frontiers*. Edited by Patricia Adair Gowaty. New York : Chapman & Hall.

Herrnstein R.J., Murray C. 1994. *The Bell Curve*. New York Free Press.

Jones S., Martin R. Pilbeam D. 1992. *The Cambridge Encyclopedia of Human Evolution*. Cambridge Univ. Press. 506 sider.

Krebs J.R., Davies N.B.(eds.). 1991. *Behavioral ecology: An Evolutionary Approach*. Oxford, Blackwell. 482 sider.

Kuhn T. 1962. *Vitenskapelige revolusjoners struktur*, norsk overs. v. Torhild Berg og Lars Holm-Hansen 1997. 231 sider.

Low B. 1990. *Fat and Deception*. *Ethol. and Sociobiol.* 11: 67-74.

\*Nesse R.M., Williams G.C. 1994. *Why we get sick. The new science of Darwinian medicine*. Times Books. 291 sider.

\*Nørretranders T. 1993. *Mærk Verden. En beretning om bevidsthed*. Gyldendal Danmark. 551 sider.



- McNamara J.M., Forslund P. 1994. Divorce rates in birds; predictions from an optimization model. Submitted to *American Naturalist*.
- Miller, E. M. 1994. Tracing the Genetic History of Modern Man. *Mankind Quarterly*, Vol. 35 No. 1-2, 71-108.
- Moksnes A. 1997. Fra ape til menneske. *Fauna* 49: 148-160.
- Pape Møller A. Female swallow preference for symmetrical male sexual ornaments? *Nature* 357:238-240.
- \*Ridley M. 1993. *The Red Queen, Sex and the evolution of human nature..* London, Penguin Books Ltd. 339 sider.
- Sokal A. 1996. Transgressing the Boundaries: Towards a Transformative Hermeneutics of Quantum Gravity. *Social Text* 46/47: 217-252.
- \*Sulloway F. 1996. *Born to Rebel. Birth order, family dynamics and creative lives.* Pantheon Books. New York.
- Thiessen D. Gregg B. 1980. Human assortative mating and genetic equilibrium: An evolutionary perspective. *Ethology and Sociobiology*, 1: 111-140.
- Thornhill R., Gangestad S.W. 1994. Fluctuating Assymetry and Human Sexual Behaviour. *Psychological Science* 5: 297-302.
- Trivers R.L. 1971. The evolution of reciprocal altruism. *Q. Rev. Biol.* 46: 35-57.
- Trivers R.L. 1972. Parental investment and sexual selection. in: *Sexual Selection and the Descent of Man.* ed: Campbell B. Aldine, Chicago. 136-179.
- Trivers R.L. 1974. Parent-offspring conflict. *Amer. Zool.* 14: 249-264.
- Veevers J.E. 1984. Age-discrepant marriages. Cross-national comparisons of Canadian-American trends. *Social biology.* 31(1-2):18-27.
- Vera H., Berardo D.H., Berardo F.M. 1985. Age heterogamy in marriage. *Journal of Marriage and the Family.* 47:553-566.
- Watson J., Crick F. 1953. To artikler i april-mai i *Nature*.
- Weisfeld G.E., Russel R.J.H., Weisfeld C.C., Wells P.A. 1992. Correlates of satisfaction in British marriages. *Ethology and sociobiology.* 13:125-145.
- White L.K., Booth A. 1985. The quality and stability of remarriages: The role of stepchildren. *Amer. Sociol. Rev.* 50: 689-698.
- \*Wilson E.O. 1998. *Consilience. The unity of knowledge.* Alfred A. Knopf, New York.
- von Wright G.H. 1986. *Vitenskapen og Fornuften.* Oslo 1991.
- \*Wright R. 1994. *The Moral Animal, Why we are the way we are: The new science of evolutionary psychology.* New York, Pantheon Books. 392 sider.
- Øye, Ivar. 1998. Narkotika: Fra valmuer til metadon. *Biolog, Tidsskrift for Norsk Biologforening.* 2: 8-12.

## Vil kunstig befrugtning øge kvinders frihed?

*Forskningslektor Lene Koch*  
Etisk Råd i Danmark

Vil kunstig befrugtning øge kvinders frihed – umiddelbart vil de fleste nok svare ja på dette spørgsmål - det er jo netop karakteristisk ved de ny forplantningsteknikker, at de frigør menneskets forplantning fra de kendte bindinger, socialt og biologisk. I gennem de sidste 20 år har aviserne været fulde af historier om de nye teknikkers frigørende karakter.

Vi frigøres fra de gamle bånd og bliver forplantningsdygtige uafhængig af alder, helbredstilstand og sågar uden at sexuel kontakt til det modsatte køn er nødvendigt. Ældre kvinder kan nu - ligestillet med ældre mænd, forplante sig sent i livet, de kan fryse æggene ned i ungdommen og tømme op igen når karrieren er på plads. Kvinder med syge æg eller manglende æg kan modtage donoræg fra andre og derefter blive mødre, og enlige og lesbiske kvinder kan nu uden sexuel omgang med mænd blive mødre ved modtagelse af donor embryoner eller kunstig insemination. Fosterdiagnostik og præimplantationsdiagnostik indgår nu i den kunstige befrugtnings repertoire - vi kan nu og så i stigende grad blive "fri" for syge børn.

Så for en umiddelbar betragtning er friheden i en forstand større end før. Den forplantning der før måtte følge biologiens love, er blevet underlagt menneskelig kontrol ned i detaljen og følger i stigende grad maskinens, teknologiens love. Men for at kunne besvare spørgsmålet på en mere tilfredsstillende måde, må vi gå lidt dybere. Jeg vil se på fire forhold: Hvad mener vi egentlig med frihed? Hvad er det for en situation vi sammenligner med? Hvilke kvinder taler vi egentlig om? Og hvor stor bør kvinders forplantnings-mæssige frihed egentlig være?

### Hvad menes med frihed?

Frihed - valgfrihed - rettigheder - ret til barn, alle disse begreber som vi har kredset om i dag er stærke ord, der vækker positive associationer hos de fleste. De knytter an til en af det vestlige demokratis grundformer - menneskerettighederne. De vækker også - om end indirekte - tanker om det, disse ord for mange i vores generation står i kontrast til, nemlig statsstyring af forplantningen. Helt op til 1970'erne har det været karakteristiske for vores vestlige demokratier, at forplantningen i betydelig grad var underlagt statslige kontrol.

Staten havde ret til og udnyttede den ret, til at regulere menneskenes forplantning - uden adgang til teknologisk avancerede metoder. Tænk på abortlovgivning, der i Danmark helt op til 1973 satte strenge grænser for kvindens frie selvbestemmelse, eller tænk på ægteskabs- og sterilisationslovgivningen, der i alle de skandinaviske lande byggede på statens ret til at hindre bestemte mennesker i at føde børn.

Jeg vil læse et par linjer op fra den statslige udredning der blev lavet i Danmark i 1936, da man efter pres fra befolkningen overvejede at lempe abortlovgivningen. Der blev allerede da i den offentlige debat henvist til de mange illegale aborter og til at det burde betragtes som kvindens ret, at bestemme over egen krop. Det var på det tidspunkt ikke den statslige kommissions opfattelse. Den fastholdt et traditionsbundet syn på sagen og mente at abort var i strid med samfundets interesser: "De Argumenter, der til Støtte herfor (fri abort) anføres, er først og fremmest Fremførelse af visse, ofte hørte Slagord; således at det er en Menneskerettighed for Kvinden, at kunne råde frit over sit eget Legeme, af hvilket Fostret indtil Fødslen kun er en Del, som Kvinden, hvis det passer hende, må have Ret til at fjerne ligesom Negle eller Haar eller Misdannelsr som Vorter og andre Udvækster ... Her overfor forslaar Talemaader om Kvinders Menneskerettigheder og om det ønskelige i, at kun de Børn fødes til Verden, som er velkommen i denne for Mødrene selvfølgelig aldeles ikke. Kvinden har og skal have nøjagtig den Ret til at raade frit over sit eget Legeme, som er forenelig med Samfundets Tarv. Kræver dette Hensyn Beskyttelse for Fosterlivet må hun, hvis hun ikke ønsker en Fødsel, benytte sin Raadighedsret over sit eget Legeme på en anden maade, først og fremmest til at undgå undfangelse. Er denne først et Faktum, må Samfundet stille sine Krav." (Betænkning angaaende Lovligheden af Svangerskabsafbrydelse mv. København 1936 s. 40-42).

Dette er et eksempel på den historiske situation, den aktuelle forestilling om frihed sætter sig selv i modsætning til. Den frihed vi i dag tænker på, står i modsætning til den statslige regulering af forplantningen, der er forudsætningen i en tekst som den jeg netop har læst op. Den er en frihed der har rødder i det klassiske frihedsideal, de såkaldte negative frihedsrettigheder, der sikrer individet en

privat sfære, hvor hun kan bevæge sig i sikkerhed for statslige indblanding. Vi kender retten til frit at ytre sig, ejendomsret mv. Og retten til frit at afbryde et svangerskab eller sætte børn i verden uden, at lovgivningen sætter grænser for disse friheder kan med rimelighed sættes på linje med klassiske negative rettigheder. Den ret blev i de nordiske lande vundet i begyndelsen af 1970'erne, da 1930'ernes abort og sterilisationslovgivning endelig blev ophævet. Denne opfattelse af frihedsbegrebet er en del af den liberale tradition som moderne menneskerettigheder bygger på, og som også har vundet voldsomt frem i sundhedsvæsenet i de sidste 20 år - her lægges i stigende grad vægt på den individuelle autonomi, patientens selvbestemmelse. Disse principper hersker i den moderne medicinske etik, kodificeret i Helsinki-deklarationerne. Den situation der ofte fremhæves som baggrund for disse nye lægelige normer, var forsøg på mennesker i tyske koncentrationslejre, der foregik uden individets samtykke, men ligeså vigtigt var nok at man i USA i 1950'erne udførte forsøg på fanger og åndssvage uden samtykke. Væsentligst er, at det paternalistiske lægeideal er gået til grunde, patienten er i højsædet, som den der skal vælge til og fra mellem sundhedsvæsenets tilbud, som det hedder i dag. Denne form for frihed er meget væsentlig, når det gælder om at beskytte forsøgspersoner mod risikofyldte forsøg.

Den frihed vi taler om nu, når vi overvejer om forplantningsteknologien øger kvinders frihed er imidlertid en helt anden. Den handler ikke om frihed fra overgreb fra stat eller læge, men faktisk det stik modsatte. Den handler om ret til statsligt finansierede ydelser. Adgangen til kunstig insemination, hormonbehandling, reagensglasbefrugtning forudsætter alle betydelige statslige investeringer i uddannelse af læger, forskning i de nye metoder, oprettelse af klinikker og afdelinger med ekspertise i disse nye metoder. Den handler om oprettelse af socialrådgivning, psykologhjælp til dem, der ikke har held til at blive gravide etc. Selv når befrugtningen foregår på private klinikker ligger der store kollektive investeringer bag. Den forplantningsmæssige frihed vi taler om her er når det drejer sig om assisteret befrugtning konverteret til et krav om offentlige ydelser.

### **Hvad er det vi sammenligner med?**

I dag er forplantningsprocessen præget af den moderne medicinske teknologi, på en måde der var utænkelig i 1930'erne. Det giver en større følelse af både tryk og frihed, men det er nærliggende at se på en anden af frihedens upåagtede sider. Man kan hævde, at kvinder i stigende grad bliver afhængige af den nye forplantningsteknologi. Det er for så vidt ikke anderledes end det der gælder for de fleste andre af livets områder, vi er afhængige af biler, computere, og medicinalindustri. Men rammen for udøvelse af frihed er ændret. To ting

bør fremhæves: forplantningsprocessen er blevet et teknisk ekspertanliggende, og flere parter nu deltager i den reproduktive proces.

Til det første: før i tiden fulgte forplantningen kvindens biologiske cyclus og det var kvindens kropslige erfaringer der dannede grundlag for vurderinger af, hvordan graviditeten forløb. Det var kvinden der mærkede hvornår ægløsning fandt sted, når menstruationen udeblev etc. Nu er det eksperter der afgør, hvornår ægløsning finder sted, hvor når befrugtning kan ske, det er eksperterne, der udvælger den rette sæd- eller ægdonor og eksperter og ekspertsystemer, der hemmeligholder oplysninger om donorerens identitet. Det er eksperter der foretager alle de mange vurderinger og handlinger der skal udføres for at en assisteret befrugtning kan finde sted. Og dermed skydes et led ind i den beslutningsproces, der før var kvindens eller parrets alene. Tillige får manden en større rolle at spille, dels er han nu for første gang i verdenshistorien sikker på at den befrugtende sæd er hans, dels er det mere indlysende, at han deltager i de beslutninger der foregår undervejs. Alt dette kan formentlig betragtes som en positiv udvikling. Mange mænd og kvinder vil opfatte dette som en fordel. Men det er svært at hævde at de uden videre øger kvinders frihed, i en klassisk forstand, snarere kan det måske tænkes at øge parrets samhørighed og fremme fælles beslutninger. Men et står fast, hvor kvinder tidligere havde det sidste ord når det drejede sig om forplantningsmæssige beslutninger står hendes monopol på disse beslutninger for fald, når befrugtningen flyttes fra sovekammeret til laboratoriet.

### **Frihedens ændrede vilkår**

Dette ændrer ikke, at den enkelte kan opleve en meget stor manøvfrihed i dette supermarked af forplantningsmuligheder, min pointe er at understrege, at der bag denne subjektive oplevelse ligger store kollektive beslutninger og investeringer - og prisen for den er den legitime adgang samfundet hermed får på at regulere adgangen til ydelserne - og at kvindens frihed måske skal begrænses. Inden for området kunstig befrugtning er der mange modsatrettede hensyn, det viser den heftige debat om de etiske problemer ved anvendelsen af kunstig befrugtning. Det hæn ger blandt andet sammen med, at samfundet med udviklingen af den ny reproduktionsteknologi har skabt mange ny rettighedshavere. Vi har, for at kunne omgås de etiske problemer ved tildelt æg, embryoner og fostre rettigheder, de har fået etisk status, der betyder at vi ikke har lov at gøre hvad der passer os - vi kan ikke skaffe os af med dem, som var de vorter eller udvækster. Også manden og donorerne har krav på en vis beskyttelse. Det voksende antal rettighedshavere skaber nye problemer, og muligheden for konflikter er øget. Fostrets ret til liv kommer i konflikt med morens ret til abort, donors ret til anonymitet kommer i konflikt med barnets ret til at

kende sit genetiske ophav etc etc. Løsningen af disse konflikter bliver uundgåelig en samfundsopgave, de skal og må reguleres, fx gennem lovgivning. Dermed bliver forestillingen om hvad rettigheder og friheder er også påvirket. De er skabt af den teknologiske udvikling og de er afhængige af samfundsmæssig anerkendelse. I dette nye rettighedsfelt har kvinder måske nok fået flere rettigheder og større friheder, men det er der også andre der har. Og pladsen hvor disse friheder kan udfolde sig er ikke blevet større. Regulering er nødvendig og i en forstød mere påkrævet end tidligere.

### **Frihed for hvem?**

En af de vanskeligste diskussioner om de nye forplantningsteknikker har netop været hvorledes adgangen til de skulle reguleres. Og regulering er nødvendig også fordi der er tale om statslige ydelser, ikke liberale friheder. Dette er jo årsagen til at den fuldstændig frie og uregulerede adgang til at anvende teknikkerne, som jeg indledningsvis omtalte, ikke er realistisk. De nye teknikker har potentielt revolutionære perspektiver, hvis de blev frigivet ville familiestrukturer opløses og privat eugenik florere. Ønsket om at skabe børn i sit eget billede, ved hjælp af de nye teknikker er stort, og presset altid til stede. I den traditionelle kultur var legitime børn forbeholdt de normale, gifte, sunde og heteroseksuelle kvinder. Når de abnorme, arveligt belastede, enlige eller homoseksuelle tidligere fik eller søgte at få børn, opstod der et socialt problem. Det samme gælder i dag. Stadig kan lesbiske og enlige kun vanskeligt få børn efter kunstig insemination og må udsætte sig for smitterisiko hvis de søger sædhjælp på det frie marked. Det er paradoksalt, at læger i Danmark har haft problemer med at sætte grænser for at fx alkoholister eller personer der vurderedes uegnede som forældre fik kunstig befrugtning, blot der var tale om heteroseksuelle gifte personer. De har ikke følt de havde lov at sige nej. Her er den erklærede målsætning om fri reproduktion for de normale kommet i konflikt med sociale hensyn. Måske er kunstig befrugtning et middel til at styrke normaliteten, ikke primært afhjælpe barnløshed. Den norske etiker Jan Helge Solbakk henledte for

nogle år siden opmærksomheden på, at man nu i Norge talte om at give kunstig befrugtning til folk på en ny indikation, ikke barnløshed, men enkeltbørns behov for søskende. Så længe det drejer sig om personer, der af samfundet betragtes som uegnede forældre, er der altså heller ikke tale om, at friheden øges.

Jeg vil sammenfatte: den frihed vi taler om her er en anden end den klassiske ret til at slippe for statslig indblanding i individets forhold. Der er tale om, at friheden søges udfoldet indenfor en kollektiv finansieret ramme, hvor alle skatteydere bidrager til finansieringen af de nye friheder. Tillige har de teknologiske muligheder skabt mange nye rettighedshavere, hvis indbyrdes konflikter staten må regulere. Friheden består nu af adgang til statsfinansierede goder - staten leverer ydelser og lægger livets valgmuligheder til rette for os - et helt andet frihedsbegreb end det klassiske.

Det store spørgsmål, især for en værdikommission, er hvilke værdier disse friheder skal tilrettelægges efter. På det niveau er den politiske debat meget spinkel - vi diskuterer de muligheder der er bragt til veje igennem den nye teknik. Det burde være klart for enhver, at de friheder og de ydelser vi her kan vælge imellem er tilrettelagt via markedets mekanismer, og den bestemmende værdi er kommerciel: det er det der kan sælges, der bliver lanceret på markedet. Salgbarheden er den væsentligste kriterium for markedsføringen.

I Danmark har vi i mange år diskuteret teknologi-styring, og i den sammenhæng er det afgørende med en politisk debat om, hvilke menneskelige værdier vi mener skal styre teknologien. Taler vi om barnløshed, findes der jo mange løsninger, også ikke teknologiske løsninger. Lettere adgang til adoption, lettere adgang til at få børn inden fertiliteten falder, og forebyggelse af de sygdomme og forhold der gør folk barnløse er alternative veje at gå, og alternativer, der bør inddrages i den samlede diskussion af, hvordan barnløshedsproblemerne i samfundet skal løses.

## Kunstig befrukting og prioritering av helsetenester

Fylkeslege Geir Sverre Braut  
Fylkeslege i Rogaland

Synspunkta i dette innlegget vil handle om medisinske tiltak som er aktuelle ved barnløyse og ikkje vere avgrensa til det som har å gjere med dei teknologiane som kan gå under nemninga kunstig befrukting. Grunnen til at eg vel å gjere det slik, er at eg vurderer dei verdimeslige sidene, både i etisk og økonomisk forstand, ved dei vanleg brukte metodane til å vere rimeleg like.

Eg vel også å sjå bort frå eksperimentelle metodar og eg vel å kutte ut verdimeslige vurderingar kring bruk av framanddonorar av sæd og egg, overtallige egg og nødvendige inngrep på fertile kvinner for å kompensere for infertilitet hjå menn.

Dette gjer eg fordi dei særlege problemstillingane på desse områda har lite å gjere med vurderingar av tiltak ved infertilitet i forhold til den allmenne problemstillinga om prioritering av helsetenester, i alle fall slik tilhøva framleis er her i landet.

### Er kunstig befrukting ei helseteneste?

Kunstig befrukting og andre medisinske tiltak ved infertilitet må utan tvil sjåast på som ei helse-teneste. Det ligg medisinsk kompetanse til grunn for tiltaka og denne kompetansen skal utøvast på ein fagleg forsvarleg måte. Ut frå juridiske og forvaltningsmessige synsmåtar er det såleis udiskutabelt at den norske helsetenestelovgjevinga gjeld for slike tiltak. Sagt på ein annan måte: Når helsetenesta tek på seg slike oppdrag, skal dei gjennomførast i samsvar med gjeldande helse-tenestelovgjeving.

Men sjølv om helsetenestelovgjevinga omfattar slike tiltak, er det ikkje dermed sagt at årsaken til at dei blir gjennomførte er å sjå på som sjukdom. Frå andre område innan medisinen, til dømes kosmetisk kirurgi og førebyggjande medisin, kjenner vi godt til at helsetenestetiltak blir etablerte utan at det ligg føre sjukdom.

### Er infertilitet sjukdom?

Det neste blir difor å ta stilling til om barnløyse er sjukdom. Det må utan tvil vere slik at friviljug barnløyse ikkje kan kallast sjukdom, sjølv om det nok kan påvisast tilfelle der sjukdom er årsak til at nokon avstår frå å få barn. Meir tvil vil det vel vere når ein skal ta stilling til om ufriviljug barnløyse er å sjå på som sjukdom. Utan tvil er det slik at somatisk sjukdom av meir eller mindre alvorleg art ofte

er årsak til ufriviljug barnløyse. Og utan tvil er det slik at ufriviljug barnløyse kan føre til psykiske plager av ein slik art at det både subjektivt og objektivt kan kallast sjukdom.

Men den ufriviljuge barnløysa i seg sjølv då – er den sjukdom? Vi skal la dette spørsmålet hengje ei lita stund.

### Kva er sagt om prioritering av tiltak ved ufriviljug barnløyse i Noreg?

NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringar innan norsk helseteneste (Lønning I) er hyppig sitert i samband med dette spørsmålet. I denne utgreiinga er det sett opp fem prioriteringsnivå, med null prioritet som den lågaste. I denne gruppa finn ein tiltak som er etterspurde, men som ikkje er nødvendige eller ikkje har klårt dokumentert nytteverdi. Lønning-utvalet sette *ikkje* kunstig inseminasjon og befrukting utanfor kroppen i denne gruppa. Dei plasserte slike tiltak under fjerde prioritet; altså tiltak som har helse- og livskvalitetsfremjande effekt, men der skade-verknadene ved svikt er klårt mindre tungtvegande enn ved svikt i tiltak av høgare prioritet.

Og så kjenner alle soga om statsråd Strand Gerhardsen som kort tid etter flytta tiltak ved ufriviljug barnløyse lenger fram i prioriteringsklassane; eller var det då eigentleg det som skjedde? Eg tolkar Lønning-utvalets plassering slik at dei ved å plassere tiltak ved infertilitet ikkje på nullnivå, men på fjerde nivå, seier at det her skal vere rom for prioritering. Når då statsråden i praksis vel å setje slike tiltak noko lenger fram, tyder det berre etter mi meining at ho valde å leggje noko anna vekt på ulike moment i vurderinga enn det utvalet gjorde.

Dette lærer oss noko viktig i prioriteringsarbeidet; det er ikkje slik at prioriteringar berre kan byggje på medisinske moment. Dette har også det neste Lønning-utvalet teke høgde for i NOU 1997:18 Prioritering på ny, der dei i tillegg til tilstandens medisinske alvorsgrad også meiner at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet skal vektleggjast. Dei opnar også for at store sosiale behov kan takast med i den konkrete kliniske avveginga, jf. punkt 8.9.5 side 95 i denne utgreiinga.

Før vi kjem attende til spørsmålet om infertilitet er å sjå på som sjukdom, må vi ein tur innom hovudspørsmålet for denne samlinga:

### **Har vi alle rett til å få barn?**

Eg ser på dette som eit retorisk snedig spørsmål. Uansett korleis vi vrir og vender på det meiner eg at svaret på eit så direkte spørsmål må vere nei. Om vi svarar ja på det, har vi store problem både juridisk, etisk og praktisk. Det blir like umogeleg som å svare ja på om vi alle har rett til fråvere av sjukdom. Det vi har ein rett til med omsyn til sjukdom, er t.d. nødvendig helsehjelp; rett nok ikkje i uendelege mengder, men ut frå ei prioritering av dei tilgjengelege ressursane til slike tiltak.

I og med at helsetenesta ikkje berre steller med sjukdom, men gjev helsetenester også til folk utan sjukdom, må også tiltak ved infertilitet stille seg i denne rekkja av helsetenestetiltak som er underlagt prioritering. Dersom vi ser slik på det, trur eg ikkje at spørsmålet om infertilitet er sjukdom eller ikkje, vil vere det som er avgjerande for prioritering av helsetenester ved infertilitet isolert sett.

Og med det som utgangspunkt er det ikkje så farleg å avsløre kva eg personleg har som svar på spørsmålet om infertilitet er å sjå på som sjukdom. Eg meiner at infertilitet ikkje skal sjåast på som sjukdom i seg sjølv. Rett nok kan det vere eit symptom på sjukdom, men frå allmenn sjukdomsteoretisering meiner eg det er ein farleg veg å gje seg ut på dersom vi i større grad enn vi alt gjer i dag, set diagnostiske merkelappar på symptom. Det har ikkje berre verknader på utgiftsnivået til helsetenesta. Ikkje minst påverkar det også korleis kvar einskild av oss ser på ulike avvik frå ein meir eller mindre klår "normal" som samfunnet tilsynelatande har til ei kvar tid. Eg har også merka meg at ei arbeidsgruppe nedsett av den danske sundhedsministeren for å vurdere brukarbetaling ved kunstig befruktning m.v. la same synspunktet til grunn. Vidare skal det nemnast at ingen av dei internasjonale konvensjonane som Noreg har slutta seg til gjev uttrykk for at det er ein menneskerett å ha barn, sjølv om rett til giftarmål og stifting av familie blir omtala.

### **Er det då ein verdi å få barn?**

Dersom vi seier at ein verdi er noko som er av det gode; noko som er verd å gjere til mål for livet, for å nytte ein definisjon frå Stein Ringen i Verdikommisjonen, er det utan tvil slik at det å få barn er ein verdi både for kollektivet og einskildmenneske flest.

Utbygginga av ei rekkje viktige sosiale institusjonar tyder på at det å få og å ha barn blir sett på som ein vesentleg verdi. Vi kan tenkje på barnetrygda og skatteordningane, skulestellet og barnehagane samt arbeidstidsordningar og økonomiske tiltak i samband med barnefødsel.

Sjølvsagt er det også heilt nødvendig for eit samfunn at folk får barn; nærast slik at mange vil sjå det som ei samfunnsplikt å sørgje for at folket og slekta blir ført vidare. I vår kultur er det ikkje urimeleg å vise til 1. Mosebok 1. kapittel 28. vers der Gud seier etter at han har skapt mennesket: "De skal vekse og aukast, fülle jorda og leggje henne under dykk."

### **Er det mindreverdige å vere utan barn?**

Dersom det å ha barn er "verdige" – og det er ikkje urimeleg å gå ut frå at det også i vår tid er slik – er det lett å hoppe på motsatsen at det å vere utan barn er "mindreverdige". Det er ikkje vanskeleg å kjenne att eit snev av ei slik kjensle når ein er barnlaus. Eg trur ikkje vi gjenopprettar "verdigeheiten" gjennom å sjå på barnløyse som sjukdom, snarare tvert om. Ved å halde fram barnløyse som sjukdom intruerer vi den "urørlege" sonen og der er vi eigentleg ganske sårbare. Dei som då ikkje blir med barn etter behandling, vil snarare bli endå meir "mindreverdige" og sårbare.

### **Konklusjon**

- Det er ingen rett å få barn.
- Men det er ein verdi å ha barn, både for samfunnet og den enkelte.
- Samfunnet må difor ha ordningar som gjer det ettertrakta å få og å ha barn.
- Slike ordningar må også omfatte tiltak ved ufriviljug barnløyse.
- I og med at helsetenesta også tek for seg tiltak overfor friske menneske, bør ein ikkje dvele for mykje ved spørsmålet om infertilitet er å sjå på som sjukdom.
- Medisinske tiltak ved ufriviljug barnløyse er helseteneste.
- Denne helsetenesta må prioriterast i høve til andre helsetenester.
- Korleis skal ein då forhalde seg i den praktiske prioriteringa?

### **Mitt personlege framlegg:**

#### *A Utgangsprioritering*

Tiltak ved ufriviljug barnløyse skal gjevast prioritet ein stad mellom psykoterapeutiske tiltak ved ikkje-livstrugande psykisk sjukdom og kosmetisk kirurgiske inngrep hjå personar som har manifesta psykiske plager av korleis dei ser ut.

#### *B Oppfølgingsprioritering*

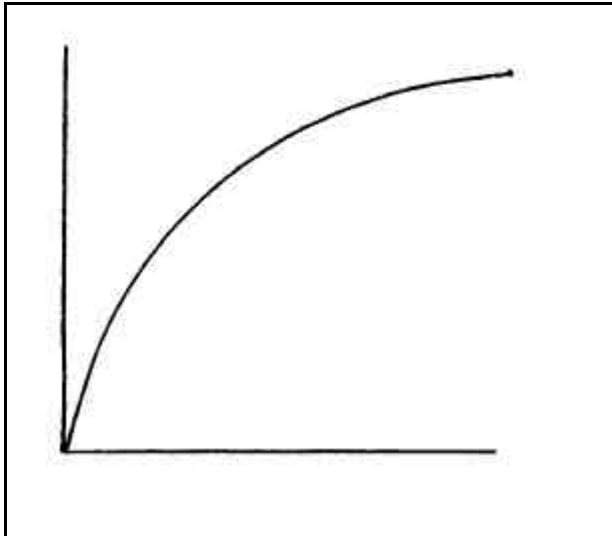
Kor langt ein skal gå med gjennomføring av tiltak må avgjerast ut frå kliniske vurderingar av den avtakande grensenytten, som grafisk sett kan uttrykkest som ei metningskurve, figur 1. (I praksis verkar det ofte som kliniske vurderingar

meir følgjer ei eksponensiell vekstkurve, figur 2 – ”dess meir ein har prøvd, dess meir innsats står att å gjere”!)

Likeins bør eventuelle betalingsordningar og private løysingar sjåast i dette perspektivet.

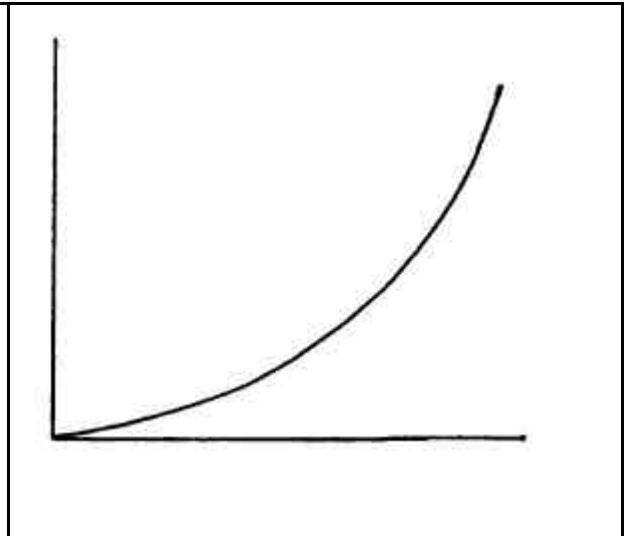
**Figur 1.**

Klinisk effekt som funksjon av innsats



**Figur 2.**

Klinisk interesse som funksjon av innsats



## Debatt

**Ruth Kleppe Aakvaag:** Lov om medisinsk bruk av bioteknologi skal evalueres i år, og Bioteknologinemnda har startet på sin del av arbeidet, det er noe av bakgrunnen for denne åpne høringen.

Hvor langt skal samfunnet strekke seg for at jeg og alle de andre ufrivillig barnløse, hele 16 prosent av befolkningen, skal få sine ønsker om barn oppfylt? Vi har hørt en rekke meget interessante foredrag som belyser problemet fra forskjellige synsvinkler – nå er det salens tur til å komme med spørsmål og kommentarer. Det er gledelig at det er så mange unge tilstede her i dag – det er dere som må ta stilling til den utviklingen som skjer på dette området, særlig i USA. Vil vi ha det slik her hos oss også? Kan det være bra for et barn å vite at far ble funnet på internett og at det kom fra et førsteklasse egg kjøpt i dyre dommer fra et prestisjeuniversitet – og at surrogatmoren er en ferm og hyggelig dame? Det er rimelig å tro at slike barn, og de finnes allerede, kan få identitetsproblemer når de vokser til. Den norske lovgivningen tillater ikke den slags konstruksjoner for at en kvinne skal bli mor, men den inneholder deler som man nok kan sette spørsmålsteget ved, slik Nina Karin Monsen så klart formulerte i sitt innlegg, om bruk av sæd fra anonym donor.

Men – nå er det salens tur. Hvem vil ta ordet først?

**Are Næss:** Jeg er fra Kristelig Folkeparti og er medlem av Sosialkomiteen. Først synes jeg at dette har vært et veldig bra møte med stor spennvidde. Jeg tror det er viktig at vi fokuserer på barn og barnets identitet. Det er blitt lagt kanskje vel mye vekt på at barnløshet er et traume; det er vondt for de fleste som opplever det og løsningen på dette problemet er et barn. Men det er viktig å holde fast på at et barn er et subjekt, og ikke et objekt, og et menneske er ikke et middel for å tilfredsstille andres behov. Dette skal om noe tid til politisk behandling. Forskjellige instanser, blant annet Bioteknologinemnda skal gjøre grunnarbeidet og departementet skal gjøre sin del, men jeg synes at det er viktig at vi fokuserer på følgende problemstilling: Hvis vi fortsetter å satse på teknisk behandling av barnløshet, og stadig yter mer for å avhjelpe barnløshet ved finurlige teknikker og stor satsing, vil vi oppnå at den gruppen som fortsatt er ufrivillig barnløs vil bli mindre. Men vil vi da ikke oppnå at denne gruppen vil bli ytterligere stigmatisert? Vil det ikke bli enda verre å være barnløs, fordi denne gruppen blir mindre og mindre og at tross iherdig innsats oppnås ikke det en ønsker? Jeg ser på det som et alvorlig problem. En ytterligere satsing her vil føre til at det å få barn blir enda mer en grunnleggende – om ikke menneskerett, så blir

det et basalt kjennetegn på menneskeverd. Det er det jeg mener blir den store problemstillingen i fremtiden og jeg mener vi heller må fremheve menneskeverdet i det kvinner og menn gjør. Jeg har ikke sans for menn som viser seg som mannfolk ved å gå på ski til Sydpolen eller klatrer i fjell, men jeg mener at menneskeverd er noe man har uavhengig om man er kvinne eller mann og enten man får barn eller ikke.

**Bjørn Erikson:** Jeg er ansatt i LO, men jeg taler på egne vegne. Med mitt utgangspunkt er det, å kunne bruke samfunnets helsetjenester for å skaffe seg barn, et aktverdig formål, som jeg i utgangspunktet er positiv til. Samtidig er det klart at det skapes et nytt individ som både har krav på visse oppvekstvilkår og som kanskje får behov for å kjenne sitt genetisk opphav. Mitt spørsmål til panelet er: Betyr det egentlig noe for et barn å kjenne sitt genetisk opphav, eller er det mer vesentlig at dette spørsmålet håndteres på en fornuftig, god måte, slik at man ikke skaper problemer. Forholdene rundt oppveksten kan være slike at både det å vite de gale tingene og det å ikke vite de gale tingene skaper problemer. Men hvis atmosfæren er slik at man stort sett møter problemene og avklarer dem etter hvert, er det da overhodet et problem å ikke kjenne sitt opphav? Vi har gjennom alle tider hatt barn som har vokst opp uten kjent far. Vi har også et uttrykk på norsk at du ljuger det ikke fra deg, hvor familielikheter er så stor at det ikke er noe tvil om det. Men i utgangspunktet, hvis man har vokst opp uten å kjenne sin far, men det er taklet på en fornuftig måte, er det da overhodet et problem? Eller omvendt, har vi forskningsresultater som viser at det å ha både det jeg vil kalle sosiale foreldre, og andre biologiske foreldre, er et problem hvis spørsmålet håndteres fornuftig? Min konklusjon er da – det betyr mye mer hvordan samfunnet forholder seg til disse spørsmålene enn om man har et biologisk opphav som man i alle henseende kjenner til.

**Ruth Kleppe Aakvaag:** Dette var et veldig viktig spørsmål. Jeg vil bare sitere hva den tidligere leder i nemnda har sagt. Hun var gynekolog og arbeidet blant annet med kunstig befruktning. I Norge er i dag minst 6 % av barna ikke barn av de som de tror de er barn av. Det betyr at de få hundrede som lages denne måten er en liten gruppe i forhold til disse som aldri har visst eller vil få vite det. Når de ikke vet det, så viser det seg å ikke være et problem.

**Sidse Roalkvam:** Jeg mener at dette har med håndtering å gjøre. Som antropolog er jeg forpliktet å si at jeg ikke tror vi er født med et genetisk behov for å vite vårt opphav. Jeg mener at hvis vi lever i et samfunn, som velger å se på "rene" og "urene"



måter å komme til verden på, og vil skille på barn på den måten, da er dette et problem. Jeg tror at teknologien er kommet for å bli. Det kan virke fatalistisk, men det betyr at vi må finne måter å demme opp foran en slik "urenhets"-tankegang som finnes mye i debattene. Vi skal huske på, at i den veldig fokusering på teknologien glemmer vi den sosiale delen av det å være menneske, og den kulturrelle kraft og kreativitet som skaper mødre og fedre for barn uten den kjente biologiske forbindelsen. Vi er ikke bare en biologisk forbindelse, vi er også sosiale foreldre. Slektskap og måter å være foreldre på er mer enn blod og genetik.

**Nina Karin Monsen:** Jeg tror ikke at teknologien er noe som er uavvendelig. Det er mange eksempler i menneskehetens historie hvor samfunn har gått tilbake på såkalte teknologiske fremskritt og forandret disse. Det, at man må kaste seg på en teknologisk utvikling fordi det finnes et marked, er bare overtro og fantasier. Man stiller seg moralske spørsmål. Hvis vi har fremdeles lyst å være medlemmer i et humanistisk tenkende samfunn, stiller vi oss moralske spørsmål hele tiden. Vi spør oss selv om hva som er av det gode og hva som er av det onde, og det er vel det spørsmålet som er et av de viktigste spørsmålene menneskene kan stille seg. I vårt samfunn er vi flinke til å spørre om hva ting koster. Jeg er sikker på at dere alle hver eneste dag stiller dere spørsmål om hva koster det og hva koster det ikke, gidder jeg eller gidder jeg ikke, eller har jeg lyst til eller har jeg ikke. Men man må også føye til spørsmålet: "Er dette av det gode, og er det noe som er i det godes tjeneste?" Dette er det viktigste spørsmålet i et humanistisk samfunn. Jeg tror ikke vi noen gang kan definere bort samfunnet vårt og si at vi kan få barn på alle mulige måter, bare samfunnet takler det fornuftig nok. Jeg tror at definisjonen på et samfunn er at det skiller mellom de som er viktige og de som ikke er viktige i samfunnet. Det finnes ikke noe samfunn hvor begreper som ære og skam, mindreverd og merverd ikke blir vesentlige. Vårt samfunn er dyktig til hypotetisk, illusorisk, idealistisk, idyllisk tenkning. Vi later som om vi kan skape himmelen her og nå. Vi tror man skal kjenne at et samfunn eksisterer og at samfunnet vil ha oss innen normer hvor alltid noe utelukkes. Jeg mener vi skal tenke litt nøyer over om barnløshet har noe med menneskeverd å gjøre i det hele tatt. Er det ikke ære det har noe å gjøre med? Jeg har lest mye filosofi om menneskeverd og menneskerettigheter og har aldri støtt på en tenker som mener at å ha barn eller være fruktbar, er en del av menneskeverd. Menneskeverd springer ut fra en forestilling om at menneske er skapt av Gud, og som sådant er mennesket hellig og har en iboende hellighet. Hvis man avskaffer Gud, har man kanskje litt problemer med å bevare menneskeverd, men vi kan like fullt si om oss selv og til hverandre, at vi har denne iboende verdigheten. Uansett om vi har tre armer og tre øyne eller

hvordan vi ser ut; livet i seg selv er hellig og der kommer menneskeverd fra. Sosial skam og sosial mislykkethet er noe annet, noe som også er veldig viktig for de fleste mennesker, men det er ikke menneskeverd. Det er ikke en del av den moralske forståelsen av hva det er å være menneske. Man må kanskje velge her og si at moral er viktig. Den moralske forståelsen er viktig – det moralske universet er viktig. Dette er svært vesentlig da det hjelper oss over en masse konflikter, og det er fruktbar håpssigende tenkning. Skal vi tenke i ære og skam, kan vi få det mye vanskeligere. Jeg har valgt å ikke få barn og jeg har aldri følt meg mindreverdig og aldri tenkt slik, selv om jeg har møtt mennesker som har tenkt i disse baner. Det dreier seg om menneskeverd. En har fullt menneskeverd, uansett om en har barn eller ikke og uansett hvor mange barn en har.

**Terje Bongard:** Jeg er helt enig med Nina Karin Monsen i det siste, og selvfølgelig må alle mennesker ha lik verdi, uansett lyter og hudfarge og barnløshet. Det er vi helt enige om. Men vi har diskusjonen om hvorfor er det så viktig å kjenne sitt genetisk opphav. Hvorfor har vi i hele tatt denne diskusjonen? Kan det være et felles menneskelig trekk, at det hadde vært morsomt å vite hvem som var den ordentlige mammaen og ordentlige pappaen din. Det, at vi i hele tatt har den diskusjonen viser at det kanskje er et felles behov. Jeg tar ikke stilling til om det skal være nødvendig å tilfredsstille dette behovet, men det er viktig å tenke over det. Når det gjelder genetisk bakgrunn så sitter vi her og har 98 % av arvestoffet felles med sjimpanser, så det er ikke viktig å vite akkurat. Når det er sagt er det også viktig å huske på, at i de genene vi har, kan det ligge et trekk som sier at jeg ville likt å vite hvem som var mammaen og pappaen min. Men det må takles på en fornuftig måte, som det ble sagt her. Dette er viktig.

**Geir Sverre Braut:** Når det gjelder spørsmålet til Are Næss om menneskeverd, så er jeg langt på vei eng i det som Nina Karin Monsen sa om menneskesyns-elementet som et Guds-bilde. I tillegg til menneskesynet har jeg lyst til å trekke inn natursynet og samfunnssynet som grunnlag til menneskeverd, altså verdensbilde-problematikken. Menneske i verden. Trekker vi inn natursynet, kommer det genetiske aspekt litt mer nærmere oss enn om vi utelukkende holder oss til elementet om mennesket er skapt i Guds bilde. Da blir dette med å kjenne sitt eget genetisk opphav, som Bjørn Erikson stiller som spørsmål, veldig relevant. Erikson etterlyser forskningsresultater, men jeg stiller spørsmål om dette vil hjelpe oss særlig langt på vei? Sannsynligvis vil ikke for eksempel kvantitativ forskning hjelpe oss særlig langt. Hva folk måtte mene om det i 1999 er ikke nødvendigvis gyldig i år 2001. Narrativ kunnskap vil kanskje være mer relevant. Vi kan for eksempel lese Det

gamle testamentet, første Mosebok, som er stappfull av historier om dette. Vi kjenner historien om Sara og Abram og historien om hva døtrene til Lot gjorde for å sikre Lot arvtaker. Så på et vis har vi i vår kulturkrets narrative forestillinger om nettopp æresbegrepet mer enn om menneskeverdsbegrepet. Når det gjelder spørsmålet om å kjenne sitt genetisk opphav, er jeg ikke sikker på at den objektive kunnskapen er den virkelig relevante, men at det er vektleggingen av ærbarheten i vår kulturelle kontekst som det er vesentlig å ha en viss ærbødighet i forhold til.

**Johanne Sundby:** Gener er på en måte ganske trygt. Hvis du får barn med en du vet hvem er, kan du forutsi ganske mye. Du kan si noe om hudfarge og hårfarge, om barnet blir musikalsk eller ikke, om barnet blir ordblind eller ikke og andre slike ting. Det går i familien som det heter. Det er klart at vi kunne finne uortodokse løsninger på barnløshet hvis vi var noe mer fleksible enn å bare bruke teknologien. Jeg kunne for eksempel spurt søstrene og brødrene mine, som er kjempefruktbare, om de kunne gi meg et barn, som genetisk sett ville vært ganske lik meg; eller sæd eller egg, slik at det ble i familien. I Zimbabwe for eksempel er det den eneste mulige løsningen, fordi man der har sterk tilknytning til sine forfedre. Dette gjør det vanskelig å adoptere barn fra en annen klan, for da blir det tull med forfedre. Derfor har de tradisjonelle ordninger med familiesæddonasjon, hvor en tante i familien sørger for at broren til den infertile mannen gir sæd til kona. Det er litt hemmelig, men det er ikke mer hemmelig at man vet at dette skjer. Men vi gjør ikke på denne måten her i dette landet.

Jeg tror at tingene kommer til å forandre seg. Jeg er ikke spesielt stor motstander av at man bruker en del teknologiske løsninger for å skaffe barn til alminnelige normale barnløse som har et alminnelig normalt behov for å skape alminnelige normale forhold i familien. Jeg synes at det av og til blir vanskelig når vi beveger oss langt vekk fra det som skal være det normale, samtidig som jeg er overrasket over hvor fleksible barn kan være. Barn er ikke alltid så opptatt av sitt genetiske opphav som vi tror at de er. Det er kanskje slik som noen andre har vært innom her, at når vi mystifiserer og gjør det vanskelig så blir det vanskelig for barna. Jeg har selv overvært en samtale mellom barn, som har kjørt i min bil, hvor den ene ikke hadde noen pappa fordi pappaen er død og den andre hadde to pappaer, og hvordan de ble enige om at det går an å ha en eller to eller tre eller ingen pappaer og det er helt greit, og etterpå snakker man om fotball. Jeg tror at det blir diskusjoner om det i framtiden, fordi vi lever på nye måter, og derfor synes jeg at det er litt skremmende hvis vi legger både menneskeverd og menneskerettigheter veldig tungt på slikt som dette, som er på en måte bare en del av livet. Det er ikke så mystisk. Hvis alle sluttet å få barn, fordi det

å få barn var så skrekkelig egoistisk og vanskelig, så vil vi også få et problem. Men søstersolidariteten om å gi bort en unge, at de som har fire barn eller flere kan gi meg en fordi jeg ikke har noen, synes jeg for så vidt er en god løsning.

**Thomas Åbyholm:** Jeg skal ta kort tre punkter. Det første er dette om det er en menneskerett å få barn. Det synes jeg er helt unaturlig problemstilling. Jeg mener at det er ingen menneskerett å få barn, men at det er en rett for par å få utredning og behandling for sin barnløshet. Jeg synes at på samme måte som de gravide følges opp under graviditet og fødsel, på samme måte som med prevensjon og med aborter, bør barnløse ha sine rettigheter når det gjelder utredning og behandling.

For det andre var det snakk om at det stadig utvikles nye behandlingsformer og at dette må gjøre det enda vanskeligere for de som sitter igjen uten barn. Hvis vi skulle tenke slik når det gjelder andre funksjonsforstyrrelser eller sykdommer i samfunnet, er dette en meget passiv og negativ holdning. Et eksempel er ødelagte eggledere. Hvis vi får en behandling som er bedre enn å operere eggledere, som prøverørsbehandling, så er det rimelig at pasientene får den beste behandlingen. Dette sett ut fra en leges synspunkt. Hele helsevesenet er innrettet på at naturen ikke skal gå sin gang, vi griper jo inn for å gjøre helsen bedre. Ved problemer med leveren, opererte man tidligere, i dag utføres levertransplantasjoner osv. En må huske på det også ved infertilitet og behandling av dette. Man prøver å hjelpe de på best mulig måte, akkurat slik som helsevesenet er innrettet på å bruke milliarder av kroner hvert år for at ikke naturen skal gå sin gang.

Det tredje er sæddonasjon og nødvendigheten av å vite sitt genetiske/biologiske opphav. Jeg tror at dette er sterkt overdrevet. Jeg mener man legger altfor stor vekt på gener og genetikk, og jeg synes at man kommer tilbake til den gamle diskusjonen om er dette et ekte eller uekte barn. Det må jo være den sosiale sammenhengen, sosiale aspekter og sosiale ramme som betyr mest.

**Lene Koch:** Alle disse diskusjoner har vi hatt i Danmark tidligere. Jeg startet for ti år siden med den holdningen som mange her gir uttrykk for, hvor barnets genetiske opphav var mindre viktig og at det var de sosiale relasjoner og det sosiale foreldreskap som var avgjørende. Det som er problemet i dag, er at den genetiske forskningen har utviklet seg så kraftig at de barna som er blitt født ved donasjon, vil kunne oppdage den løgn som de har vært utsatt for hele deres liv. Det kunne de ikke før, men i dag kan et hvilket som helst barn som har et hår eller en blodprøve fra sin mor eller far kunne få dokumentert om moren eller faren er genetisk beslektet med seg selv. Det betyr at samfunnet bidrar til å skape usanne og løgnaktige forhold mellom foreldre og barn, og jeg mener at samfunnet i dag

har en forpliktelse til å skape hederlige forhold mellom foreldre og barn. Vi kan da ikke være med på å lage usanne, fordekte og hemmelighetsfulle forhold mellom foreldre og barn. Dessuten unndrar man donorbarn en viten om sin egen genetik hvis man nekter dem viten om hvem deres genetiske foreldre er. I Danmark har man hatt en sak med en sæddonor, som det viste seg var bærer av en alvorlig arvelig sykdom. Opplysningene om hvilke barn som var skapt på grunnlag av hans sæddonasjoner var destruert, men man visste at man hadde skapt omtrent hundre barn som var potensielle bærere av en arvelig sykdom. Det gir helt nye perspektiver på hemmeligholdelse av hvem som er genetisk opphav til hvem. Og det er noe man ikke liker eller ikke så har den genetiske kunnskapen utviklet seg på en slik måte at man ikke lenger kan diskutere disse spørsmålene på samme måte som tidligere.

Jeg har lyst til å si en ting om det med å ha rett til å få barn. Selvfølgelig har man ikke rett til å få barn, men man har rett til å få behandling. Etter å ha arbeidet med dette lenge, ser jeg at det kan være aktuelt å komme med henvisning til FNs menneskerettighetskonvensjon. Der står det at man har rett til å stifte familie. Det vil si at samfunnet ved å nekte adgang til de tjenester som faktisk finnes, hindrer vedkommende i å utnytte de muligheter som er til stede for å stifte familie. På den måten kan en snu hele diskusjonen om rettigheter. Hvis man avviser folks adgang til reproduksjonsteknologi har man hindret dem i å stifte familie og dermed brutt FNs menneskerettighetskonvensjon.

**Arnt Steier:** Jeg er ansvarlig for IVF-behandlingen på Haukeland sykehus. Jeg kan jo ta med at et takksamt foreldrepar kalte meg Vår Herrens stedlige representant på området. Det er litt sterkt sagt, men det er for å illustrere hvor mye det kan bety for enkelte å få barn.

I 1997 hadde professor Bergsjø et innlegg i tidsskrift for det Norske legeforsamling med tittel "Å få barn er ingen menneskerett." Han konkluderte med at det å få barn er et biologisk anliggende og det vil jeg fortsatt hevde med styrke og ikke blande mye, i alle fall ikke filosofi, i det. Når vi snakker om at det er et biologisk anliggende å få barn, må vi også tenke på at menneskene har en begrenset tid og mulighet hvor de kan få barn og vi må ta vare på de mulighetene. Den variabelen som først og fremst begrenser er kvinnenens alder. Kvinnen bør få barn i en alder da hun er i stand til å bære det fram. Paret som sådan bør også få barn i alder da de er i stand til å ta seg av avkommet. Tiden er viktig. Det er viktig at de ufrivillig barnløse som ønsker å få barn kommer tidlig til behandling og at vi ikke lar de gå årevis til utredning. Det er viktig å få dem undersøkt, stille en diagnose og gi dem nødvendig behandlingen. Jeg vil også ta med at vi lever i en

verden som åpenbart er blitt farlig. Det er en del stoffer som vi omgir oss med, de østrogenlignende stoffer, som skaper problemer både for menn, kvinner og fosteret. I mange produkter, som for eksempel hudkrem og p-piller finnes det stoffer som har østrogenhermende effekt og som påvirker både mennesker og dyr. Vi vet at når det gjelder menn, så er det økende forekomst av for eksempel testiscancer, misdannelser på genitalia og infertilitet. Kvinner som får for mye østrogen risikerer å få for eksempel brystkreft og reproduksjon kan bli vanskeligere. Det siste punktet som jeg vil ta opp er det livet vi lever, det såkalte moderne og stressende liv. Jeg tror at det er på tide at også disse faktorene kommer inn i debatten når det gjelder å få barn.

Etter å ha arbeidet med infertile par i mange år på Haukeland sykehus, har jeg skjönt at det å få egne barn er veldig viktig. Adopsjon er naturligvis også noe man kan gjøre, men slik som jeg oppfatter det, er det prioritert nummer to. Mitt budskap til de veldig mange unge her er: "Få barn mens dere kan få det." Jeg vet at det er dessverre visse problemer som man vil møte, men de lar seg løse. Jeg er helt overbevist om at politikerne kan gjøre noe for å lette på situasjonen slik at par kan få barn når de er unge og er i stand til å få dem.

**Lene Koch:** Når vi diskuterer moral, mener jeg at det mest moralske de barnløse kan gjøre er å adoptere, fordi det allerede finnes et barn i verden som har behov for foreldre og hjem. Som neste alternativ er infertilitetsbehandling.

**Ruth Kleppe Aakvaag:** Det er et riktig syn, men adopsjon bør finansieres. Det er mange som ønsker å adoptere, men det er for kostbart og man bør i hvert fall likebehandle disse alternativene.

**Thomas Åbyholm:** Adopsjon kan være en god løsning for enkelte par, men de fleste foretrekker et eget biologisk barn. Jeg vil også spørre hvorfor bare infertile skal adoptere de barna som har problemer og vanskeligheter rundt omkring i verden? De som har barn har like store forpliktelser og like stort ansvar for disse barna.

**Thorvald Sirnes:** Jeg er samfunnsviter og medlem av Bioteknologinemnda. Med det siste innlegget kommer fram et paradoks. På den ene siden er mye av logikken bak kunstig befruktning det at folk ønsker egne genetiske barn, men på den andre siden forteller man at det ikke er viktig for barn å vite hva slags genetik de egentlig er og hvor de kommer fra. Utviklingen innen genetikken gjør at stadig flere av våre menneskelige egenskaper blir plassert inn i genene, enten det dreier seg om psykiske eller fysiske egenskaper. En vet at genetiske tester blir stadig vanligere. Stadig flere av de framtidige sykdommene blir lagt inn i genene og de genetiske testene fører til at sykdom blir en familiesak, en familieskjebne. Samtidig skal en fortelle mennesker, at det ikke er viktig å vite sitt genetiske

opphav. Dette paradokset skaper teknologien selv. Den skaper et psykologisk paradoks for folk som de må løse på egen hånd.

Jeg har også en kommentar angående Lønning-utvalget. Selvfølgelig var det ikke noe uskyldig sak at kunstig befruktning og lignende saker ble plassert på fjerde prioritering i 1988. Det var tross alt tre prioriteringsnivåer over og dette fikk store konsekvenser. Når man leser Stortingsdebatter før og etter Lønning-utvalget kan en finne et radikalt klimaskifte. Før Lønning-utvalget ble kunstig befruktning i Norge prioritert omtrent på linje med andre alvorlige sykdommer, mens den etterpå ble prioritert veldig lavt. Noe av årsaken til at Lønning-utvalget resonnererte slik de faktisk gjorde var at de skilte mellom helse og sykdom. De ville ikke legge et diffust, alminnelig helsebegrep til grunn for prioriteringene. Derimot ville de konsentrere seg om sykdomsbegrepet, og at dette skulle styre prioriteringene i helsevesenet. Er det mulig, at det finnes et begjær hos mennesker for å få en sykdomsdiagnose? Dette henger blant annet sammen med hvilke rettigheter man får. Historisk utløses for eksempel trykderettigheter og gjør at søkerne ikke blir betraktet som bedragere, men det blir legitimt når de ber om noe fra staten. De har gått innenfor normaliteten, med aktverdige krav i kraft av en sykdomsdiagnose. Og det skal ikke bare være en diffus diagnose, men helst en svært spesifikk diagnose, da dette gir større legitimitet. Det finnes et drag i samfunnet for å få definert noe som sykdom, og hvis folk som ønsker kunstig befruktning får definert sin tilstand som sykdom, er det mye lettere å utløse rettigheter og forståelse for disse i samfunnet. Jeg tror at det finnes også et dypereleggende behov for å få en sykdomsdiagnose, da en diagnose gir forklaring på tilstand. Jeg tror at det blir en beskyttelse for folk å få en sykdomsdiagnose. Det fritar de fra en rekke anklager om for eksempel bedrageri, gir en definitiv rettighet og forklaring på deres tilstand, og gir et framtidig løfte om behandling.

**Sissel Rogne:** Jeg er direktør i Bioteknologinemndas sekretariat. Det er klart, at det er store biologiske forskjeller på sæddonasjon og eggdonasjon og i den forbindelse vil jeg gjerne spørre om panelets synspunkter på etiske forskjeller på sæd- og eggdonasjon.

**Lisbeth Tranehjærg:** Jeg er dansk og avdelingsoverlege på medisinsk-genetisk avdeling i Tromsø. Jeg har arbeidet ni vintre med mørketid her og har merket forskjeller i mentalitet mellom Danmark og Norge. Etter Lene Kochs innlegg har jeg lyst til å komme med en kommentar, fordi det er ganske betydelige mentalitetsforskjeller som jeg ikke klarer å finne et enkelt svar på. Jeg tror at dette er veldig komplekst, mye mer komplekst enn det Lene Koch antydde.

Jeg mener at i det øyeblikk en person spør eller paneldeltager tar ordet og velger om en vil si assistert eller kunstig befruktning, har vedkommende uttrykt politisk farge. Jeg personlig er tilhenger av ordet assistert befruktning, og synes at man har en moralsk fordømmelse når man bruker ordet kunstig, noe som jeg personlig ikke mener det er belegg for.

Blant mange stimulerende innlegg vil jeg fremheve en kommentar som står veldig klart for meg. Sidsel Roalkvam sa at de som er foreldre er de som står opp om natten og skifter bleie og som tar seg av barnet. Dette er mye pragmatisme i et nøtteskall, noe som jeg synes er veldig bra. Jeg vil også fremheve at jeg håper diskusjonen om det er en rettighet å få barn, er noe vi nå har lagt bak oss og vi kan gå et steg videre.

Jeg synes det er viktig at de forskjellige typer behandling for barnløse foregår i en atmosfære av valgfrihet, åpenhet og informasjon, og med respekt for integriteten til de to partnere som blir foreldre, sosialt eller genetisk. Av den grunn syns jeg at det er sterkt betenkelig når man gjør det til et krav at det barn som blir produsert skal presenteres for en adresse på en biologisk far. Jeg vil gi et praktisk eksempel på hvorfor dette er urealistisk i Norge. Store delen av sæden som blir brukt i Norge er frossen sæd importert fra Danmark. Kan dere forestille den situasjonen? Jeg synes at det er ganske absurd og jeg tror at det er voksenes projiserte behov for å kjenne sitt opphav som blir overført på barnet. Jeg har personlig to barn; ett adoptivbarn og ett som jeg har født selv. Vi har hatt mange diskusjoner angående genetisk opphav og jeg mener at det ikke er så enkelt at alle har et sterkt behov for å kjenne dette. Det er mange andre forhold som spiller inn ved foreldreskap og kjærlighet mellom barn og foreldre. Når det handler om sæddonasjon så er det viktig at det foregår under åpent forhold, ikke som utlevering av en sædprøve på Drammen stasjon eller lignende. Smittehensyn er viktig, men det er også spørsmålet som Lene Koch bragte fram om arvelige sykdommer. Det gir mulighet for til enhver tid å velge ut et fornuftig antall alvorlige arvelige tilstander og undersøke donorer for det. Dette er den beste måten man kan legge en slik behandling til rette på. Man har i medisinsk genetikk ganske lang erfaring med å håndtere slike situasjoner hvor man undersøker for en dominant arvelig sykdom og svært overraskende ikke finner den hos noen av foreldrene. Min erfaring etter hundrevis av genetiske veiledninger er at mennesker nesten alltid er istand til å håndtere ekstremt vanskelige situasjonene når det handler om deres egen familie. Og andre skal være ekstremt varsomme med å gi råd til naboen, men la den ramme være for autonomi eller frivillighet og tro på at den enkelte kan ta vare på det som er relevant.

Til sist har jeg spørsmål til Thomas Åbyholm. Du nevner at 25 % av parene går fra klinikken ni måneder senere med et barn. Da blir det 75 % som ikke får barn. Jeg er ikke i tvil om at du har fått mange erfaringer fra ikke vellykkede behandlinger og vil gjerne vite hvordan du nytter disse erfaringene i din håndtering av parene.

**Thomas Åbyholm:** Vi har et langvarig og godt forhold til de infertile par. De har vært barnløse i mange år og gått til utredning i lang tid før de kommer så langt som til prøverørsbehandling. Man har i de fleste tilfellene diskutert alternative løsninger, enten å godta situasjonen som den er, adopsjon eller behandling med assisterte befruktningsteknikker. (Jeg foretrekker også å bruke det uttrykket.) Vi forteller hvilken prognose det er; hvilke muligheter de har for å få barn ved disse metodene. Resultatene bedres, og det er 20-25 % som får barn ved hvert forsøk. Hvert par får to til fire forsøk. Dette er avhengig av hvor godt vi mener de passer for behandlingen og av resultatene. De vi har god tro på får 3-4 forsøk, de som vi har mindre tro på får 1-2 forsøk. Det er viktig at man kommer til en avslutning på parets infertilitetsproblem, enten ved vellykket behandling eller at vi sier nei til videre utredning og behandling. Vi tar et standpunkt til hvordan behandlingen skal avsluttes. Hvordan dette håndteres er like viktig som det å få barn. Målet ved vår infertilitetsavdeling på Rikshospitalets kvinneklinikk er at selv om de ikke får barn ved utredning og behandling, skal de være godt fornøyd med den behandlingen de får hos oss.

Vedrørende spørsmålet om eggdonasjon, er det etter mitt syn ikke noe prinsipiell forskjell når det gjelder donasjon av egg eller spermier. Det er nesten kvinnediskriminerende.

**Lene Koch:** Jeg mener noen ganger det stikk motsatte av Åbyholm. Sæd har jo alltid vært kjent for å bli spredt omkring, mens egg kun kan komme ut av kroppen ved et medisinsk inngrep. Dermed er det en biologisk fundamental forskjell mellom menn og kvinner. Situasjonen for menn og kvinner nærmer seg hverandre når farskapet blir sikrere og morskapet mer usikkert. Dette er en teknisk frambragt likestilling, og jeg finner det meget diskutabelt om det er ønskelig.

**Arnt Steier:** Jeg vil komme med en kommentar til den prinsipielle forskjellen mellom egg og sæd. Selvsagt er det en biologisk forskjell. Hos et pikefoster skapes alle egganleggene i veldig tidlig stadium, mens hos mannen produseres sæden kontinuerlig. Den biologiske forskjellen er i alle høyeste grad tilstede. Dessuten er det også forskjell på egg og sæd når vi betrakter dem som celler. Sædcellen inneholder arvestoff, eggcellen inneholder en god del mer, blant annet næringen for det tidlige individ.

**Ruth Kleppe Aakvaag:** Jeg tror at når man snakker om eggdonasjon så er det alltid i forbindelse med overskudd av egg ved en vanlig in vitro fertilisering. Man har jo de eggene, alternativet er å kaste dem og dermed kan man stille det spørsmålet som Sissel Rogne stilte. Når man først har dem, er det da en etisk forskjell?

**Liv Arum:** Jeg sitter i Bioteknologinemnda for Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. Barnets opphav og behov for å kjenne mor og far var det som gjorde at jeg ba om ordet. I de fleste sammenhenger på den barnepolitiske arena er det nettopp barnets rett til å kjenne sitt opphav som vi er opptatt av, og som legges til grunn i det norske samfunnet. Hvorfor vektlegges ikke dette sterkere i denne sammenhengen? Jeg har forstått at 6 % av oss er utro mødre. Like fullt, når vi diskuterer sæddonasjon, er anonymitet den fanen som heises og det reises tvil om viktigheten å kjenne sitt opphav. Hva vet vi om mennesker som er blitt adoptert, som nå er voksne og hva de har hatt av behov for å kjenne sitt opphav? Det er blitt gjennomført undersøkelser på dette, og de viser at det var et behov for slik viten. Hva får oss til å tro, hva får panelet til å tro, at det behovet er endret? Derfor spør jeg om vi ved anonym sæddonasjon tar mer hensyn til mannens behov enn barnets?

En annen ting er bildet av at teknikk løser alt. Jeg har hørt Thomas Åbyholms foredrag mange ganger og det gir en nydelig fremstilling av hva assistert befruktning er. Men Lisbeth Tranebjærg spurte om hvordan det blir med de som ikke lykkes med gjennom denne behandlingen. Det er en nyanse i dette bildet som også hører med. Jeg er assisterende generalsekretær i FFO, og derfor vet jeg at teknikken ikke løser alt. Helsetjenester og helsevesenet i Norge løser ikke alle problemer, og anonymiteten ved sæddonasjon kan være helt uproblematisk, kanskje, helt til det dukker opp en genetisk sykdom gjennom for eksempel recessiv arv. Dette kan ikke finnes ut av uten at du vet hvem som er opphavet. Da blir spørsmålet mitt – hva gjør vi med dette?

**Lars Østnor:** Jeg er til daglig professor i etikk på menighetsfakultetet, og er medlem av Bioteknologinemnda. Jeg har noen kommentarer, først angående diskusjonen om interessen av å vite sitt opphav. Vi hadde denne diskusjonen i Norge også for 15-20 år siden, men vi har nå fått den på nytt fordi bioteknologiloven skal evalueres. Jeg er veldig i tvil om hvor interessant spørsmålet om barns egentlige behov er. Jeg tror ikke vi løser dette på empirisk grunnlag uansett. Derimot tror jeg at det er spørsmål om menneskesyn; om forholdet mellom menneske som biologisk og som sosialt vesen. Her er det viktige spørsmålet om helsevesenet, på statens vegne, har en prinsipiell rettighet til å frata et menneske muligheten til å kjenne sitt genetisk opphav, uansett hvorvidt det enkelte individ personlig skulle ha interesse av dette eller ikke. Jeg

tviler ikke på at mange aldri stiller seg spørsmålet, fordi den sosiale siden ofte er mye viktigere enn den rent genetiske-biologiske. Men i det øyeblikket staten tar seg til den myndighet å prinsipielt frata borgere muligheten til å få kunnskap om sitt biologiske opphav, da tror jeg staten har trådt over en grense som den ikke har rett til.

For det andre mener jeg vi har gjort en interessant standfesting i dag, hvis det virkelig er enighet om at det ikke er en menneskerett å få barn. Det synes jeg er en uttalelse som vi bør understreke. Men jeg vil snu dette spørsmålet rundt – er det en menneskerett for barn å ha en mor og en far? Det tror jeg er et spørsmål som i framtiden vil bli helt grunnleggende for oss, det vil melde seg når vi står ovenfor spørsmål om surrogatmor, om eggdonasjon og så videre. Eller kan vi si at det er helt i orden at staten, gjennom sitt helsevesen, legger til rette for at borgere av dette samfunnet har en genetisk mor, en surrogatmor og en tredje sosial mor. Tilsvarende kan denne personen ha en biologisk far og en sosial far. Eksempelvis kan denne personen ha fem foreldre istedenfor to. Er det en menneskerett å slippe å ha fem foreldre?

**Elisabeth W. Eide:** Jeg studerer biologi ved Universitetet i Bergen. Jeg synes det er skremmende hvor lite det blir snakket om adopsjon i en debatt om barnløshet! Adopsjon ble avfeid av Thomas Åbyholm som noe de fleste ikke ønsker, men det er faktisk par som ønsker å adoptere. Men per i dag er ikke dette et likestilt tilbud med det å få kunstig befruktning. Jeg mener det koster rundt 100 000 kroner å adoptere et barn, mens kunstig befruktning blir dekket av helsevesenet. Jeg tror at hvis utgiftene hadde vært de samme, hadde fordelingen mellom de som ønsker å adoptere og de som ønsker kunstig befruktning blitt svært annerledes.

**Marianne Presthus Hansen:** En liten kommentar til innlegget fra Arnt Steier som sa til alle unge her i salen om vi burde snart sette i gang, ellers ville det være for sent. Men dette er ikke bare opp til oss, det er også opp til de som tilrettelegger. Det må jo være et ønske om færrest mulig ufrivillig barnløse, og at det er færrest mulig som trenger å gå gjennom enten adopsjon eller forskjellige tekniske metoder for å bli foreldre. Man må lettere kunne få barn i ung alder uten at det går utover studier. Jeg synes det er et tankekors at man går ut ved Universitetet i Bergen og sier at den viktigste måten å stoppe befolkningsekspløsjonen i verden på, er å gi kvinner utdanning – da slutter de å få så mange barn. Det må være mulig å kombinere!

**Thomas Åbyholm:** Det ble nevnt at jeg avfeide adopsjon, som noe par ikke ønsker. Det jeg mente var at de fleste ikke velger adopsjon, men selvsagt kan det være en svært god løsning for mange. Vi gjennomførte en undersøkelse hos par hvor mannen hadde ekstremt dårlig sædkvalitet. Av disse ønsket

omtrent 20 % adopsjon, mens 67 % ønsket donorinseminasjon. Dette var en undersøkelse for å kartlegge hvordan parene selv ønsket å løse sitt infertilitetsproblem.

**Johanne Sundby:** Jeg har en kommentar om adopsjon som nestbeste eller beste løsning. Adopsjonsmyndighetene sier man skal velge adopsjon som beste løsning, og at man ikke har anledning til å adoptere hvis man ikke er ferdig med infertilitetsbehandlingene. Jeg kjenner hundrevis av par som ikke forteller sannheten for å få adoptere et barn. Dette på grunn av de offentlige kravene. Da sier man at det er den beste løsningen, men det stemmer ikke alltid. Men det betyr ikke at adopsjon er noen dårlig løsning, det er bare en løsning som kommer etter at man har prøvd mye annet. De som kan få barn på vanlig måte, de adopterer jo ikke som første løsning de heller!

Når det gjelder eggdonasjon og sæddonasjon, ser jeg at det er ganske stor forskjell på de to, både biologisk og filosofisk. På annen side hadde det vært enklere om ikke mennesker var så eiendomsorienterte overfor genene sine, og kunne være villige til å dele sæd og egg med andre som ikke har det de skulle ha. De kunne kanskje gjøre det åpent slik at man kunne velge om man ville ha den ene eller den andre sæddonoren, men dit er det nok enda et stykke vei.

Min siste kommentar er til den som med litt triumf i stemmen sa at vi har slått fast, at det å få barn ikke er en menneskerett. Hva skal vi bruke denne triumfen til? Menneskerettigheter er noe positivt som gjelder alle mennesker, positive rettigheter som er helt uavhengige av om de er lesbiske eller 1.90 høye eller bor i Afrika og så videre. De gjelder alle mennesker og når man med triumf slår fast at noe ikke er en menneskerettighet, så betyr det at det gir rom for forskjellsbehandling. Da er det ikke noe alle har rett til. Jeg synes vi skal være litt forsiktige med å si at å få barn ikke er en menneskerettighet, på en aggressiv og negativ måte. Da gjør man det å få barn til litt lugubert og suspekt, og det åpner for diskriminering. Vi kan godt være enig om at det ikke skal være en menneskerettighet, men ikke med jubel i stemmen!

**Trude Duellien:** Jeg kommer fra Norsk Forening for Cystisk Fibrose. Det er en genetisk arvelig sykdom, hvor de alle fleste menn er sterile. De har spermier men kan ikke få de ut fordi de mangler sædledere. Det som kunne hjelpe dem til å bli fedre, var om man kunne gå inn i testikler eller bitestikler og hente ut sædceller. Denne teknikken er foreløpig ikke lov i Norge. Det er lov med IVF, hente ut eggceller og befrukte dem utenfor kvinnen, men det er ikke lov å hente ut sædceller og befrukte en eggcelle. Jeg kan ikke se den helt store forskjellen, og kan ikke se hvorfor ikke dette kan være lov når det andre er lov. Det er lov å hente ut sædceller fra tes-

tilker og bitestikler i Sverige og Danmark, men ikke i Norge. Jeg vil gjerne ha noen synspunkter på det.

**Irene Andersen:** Jeg er leder i Forening for Ufrivillig Barnløse her i Hordaland. Jeg har en kommentar til Geir Sverre Braut, som jeg gjerne vil at han skal ta med seg tilbake til departementet. Vi som har vært gjennom flere assisterte befruktninger savner en bedre psykologisk oppfølging da man får veldig liten hjelp. Legene kan fortelle oss hva vi går gjennom, men det hadde vært flott å få mer hjelp til å svare på alle de spørsmålene man går rundt med og som man ikke finner ut av selv. I Danmark og Sverige har de et svært bra tilbud til de infertile.

Jeg har selv vært gjennom fire slike forsøk, og det er klart at det er en belastning, uansett hvordan du ser på det. Men jeg har fått mye hjelp av legene. De har forklart hva jeg har vært gjennom og hvorfor det ikke har lyktes. Jeg har fått tilbud, jeg har vært gjennom disse assisterte befruktningene og jeg føler at jeg kan gå videre til neste steg. Hvis jeg vil kan jeg adoptere. Hvis vi vil, som Johanne Sundby sier, bare leve som ufrivillig barnløs, så kan vi ha det bra. Det er mange ting som gjør at vi kan få et annet liv og det synes jeg er utrolig viktig. I forhold til det Terje Bongard snakket om før i dag, så er det et iboende behov å få egne fødte barn.

**Renate Kristiansen:** Jeg er fra Laksevåg Gymnas. Det ble sagt tidligere at de ufrivillig barnløse vil ha eggdonasjon, fordi de vil ha sine egne biologiske barn. Men hvor mye eget biologiske barn er det når du har en eggdonor og en sæddonor – det blir jo ikke ditt eget biologisk barn da? Thomas Åbyholm sier at noen får en til to, mens andre får tre til fire forsøk. Hvem gir han rett til å ta fra de retten til å prøve fire ganger? Johanne Sundby sa at det er en menneskerett å få barn. Hvem gir da oss rett til å ta barn fra narkomane?

**Bjørn Erikson:** Jeg ba opprinnelig om ordet til en replikk til Nina Karin Monsen, fordi jeg føler at man stiller problemet helt på hodet. Jeg tror ikke at de fleste som skal ha barn ser dette som snakk om menneskerettighet. Jeg tror de fleste som ønsker seg barn ser dette som et spørsmål om å tilfredsstille egne lyster, ønsker, behov, kall det hva man vil; om nødvendig gå ut til instinkt. Derfor føler jeg at mye av den diskusjonen vi får rundt dette med ufrivillig barnløshet blir helt gal, for man stiller helt andre krav. Det har vært trukket fram spørsmålet med arvelig sykdommer. Hvem er det som spør om den slags i normale parforhold? Det er en rekke ting i et normalt parforhold som kan bety veldig mye for utvikling av barn. Det er klart at det er en viss forskjell mellom det som skjer uten samfunnets inngrep og det som skjer med samfunnets hjelp og støtte, slik som assistert befruktning. Men det blir galt når man plutselig gjør kontrollen ekstrem i forhold til de som er ufrivillige barnløse, mens man samtidig aksepterer nesten alt der det skjer uten

assistert hjelp. Hvilke rammer skal vi sette for å gi hjelp til ufrivillig barnløse så de kan få tilfredsstilt en eller annen form for behov? Skal vi akseptere enslige, skal vi akseptere parforhold av lik kjønn? Jeg sier ikke at vi skal det, men jeg skulle ønske vi fikk en debatt. Hvordan skal vi sikre barna som blir til etter assistert befruktning, best mulig rammevilkår for oppveksten. Dette føler jeg er den virkelige utfordringen, særlig i forhold til hvor samfunnet bruker ressurser.

**Lene Koch:** Jeg mener at det siste var et veldig viktig spørsmål. Hvis vi er enige om at alle mennesker har rett til barn, gjelder det da også da også narkomane, AIDS-rammede og pedofile? Skal de på statens regning ha assistert befruktning? Det er konsekvensen av det standpunktet at alle har rett til å få barn. Hvis vi tester for arvelig sykdom hos sæddonorer, driver vi eugenikk. Hvis vi hjelper folk med cystisk fibrose til å få barn, skaper vi arvelig barnløshet. Uansett hva vi gjør er det galt, det kan vi være helt sikre på. Vi møter uendelig mange etiske spørsmål som aldri vil kunne løses til alles tilfredshet.

**Sidsel Roalkvam:** Som ofte etter slike debatter, sitter man igjen med flere spørsmål enn svar og man har fått mye tenke på. Vi snakker så mye om genetikk, blod og tilknytningen til andre mennesker, om solidariteten og ansvarsfølelsen. Alt skal være fundamentert i en ide om en forlengelse av seg selv. Det er et etisk-moralsk spørsmål, det at vi på en måte ikke kan se oss selv eller skape relasjoner til det andre. Det kan godt være at dette kommer fra slektskapstanke. Vi tror at tanken om at vi skal vite vår genetikk og vårt genetisk opphav er evig gammel, men den er ikke det. Det er en ny kunnskap som har kommet nå og vi finne ut hvordan vi skal løse dette problemet. Men det er et etisk-moralsk spørsmål om det bare er forlengelsen av oss selv som krever vår solidaritet, vår omsorg og vårt moralske jeg.

**Terje Bongard:** Har vi et behov eller medfødt følelse for å få egne barn? Følelser har forskjellig styrke; noen er veldig sterke, for eksempel er behovet for å sove åpenbart veldig stort, behovet for å vite sitt genetiske opphav er også tilstede, selv om det er åpenbart ikke er så sterkt, mens behovet for å få egne barn nok er ganske sterkt. Med en gang du hindrer noen å tilfredsstille en følelse, tar du helt åpenbart bort livskvalitet. Men dette er noe som vi først og fremst må tenke over selv, og hvor vi må komme til enighet med oss selv. Årsaken til at vi i hele tatt har denne diskusjonen, er at vi alle helt åpenbart har disse behovene, både de som har og de som ikke har fått barn.

**Nina Karin Monsen:** Jeg har noen korte kommentarer, først og fremst til Arnt Steiner, som sa man ikke skulle blande filosofi inn i dette. Filosofi er ikke noe annet enn systematisk refleksjon og

tenkning over viktige spørsmål. Jeg tror ikke Steiner mente at vi ikke skulle tenke over viktige spørsmål. Biologi og genetikk er filosofi i aller høyeste grad. Jeg fikk en følelse av at det Steiner mente å si, var at man ikke skal blande moral inn i dette. Det er det jeg mener vi faktisk bør gjøre nå. Det er på tide å ta inn moral også i den akademiske verden og jeg kan ikke forstå hvorfor det skal være så vanskelig. Hvis man gjør det, så kan man faktisk svare på alle spørsmål utfra en tenkning om sannheten istedenfor å gjøre det som mange av dere må gjøre – nemlig å forsvare løgn og løgnaktige systemer. Det er mye enklere å forsvare sannheten.

Menneskerettigheter og menneskeverd er ikke et sosialt gode. Menneskeverd omhandler at et menneske ikke er en slave, ikke skal tortureres, ikke skal undertrykkes, ikke skal bombes og så videre. Menneskeverdet kommer fra tenkning om det onde og at man faktisk skal prøve å skape det gode. Det er ikke sosiale goder som er poenget. Jeg liker å tenke moralsk og synes det er mye viktigere å kjenne sin moralsk tenkning enn å kjenne sitt genetiske opphav.

**Geir Sverre Braut:** Først vil jeg si til lederen for Forening til Ufrivillige Barnløse i Hordaland, at jeg skal ta disse signalene tilbake til departementet. Det gjør jeg med lett hjerte fordi jeg også kjenner igjen meg selv i dette. Det var nevnt her om sykdom som rettighetsutløser, og om å oppleve diagnosen som en positiv verdi i seg selv. Jeg følger også den tanken, men jeg tror det ofte kan ende opp i noe som innen psykologien kalles sekundær gevinst. Noe som på kort sikt kan være noe positivt, men som på lang sikt kanskje ikke er det. Man har behov for annet enn biologien på denne arenaen; man har behov for filosofien, sosialantropologien og jeg tror at man også har behov for teologien. Hvordan er fluktuasjonene langs begrepslinjene som for eksempel "rent" versus "urent"? Dette kan ikke medisinen hjelpe særlig mye med, men vi har begrepsapparater innen andre fagområder som kan hjelpe oss.

Og så var det problematikken angående menneskerettigheter og ulike eksistensielle og sosiale spørsmål som er allmenngyldige. Zygmunt Bauman filosoferer i boken "Postmodernity and its discontents" over at frihet nødvendigvis medfører forskjellsbehandling. Det er en stor utfordring i forhold til solidaritetsaspektet som omhandler det allmenngjørende, og det er i denne debatten jeg føler at vi i hvert fall vil trenge filosofien og samfunns-kunnskapen.

**Johanne Sundby:** Når man er ufrivillig barnløs, så blir man gjennom sitt barneønske mistenkeliggjort, utsatt for intoleranse, bestemt over, ens motiver blir sett på med lupe, og dette på en helt annet måte enn de som får barn på vanlig måte. Jeg tror at i hvert

fall denne dagen kanskje har åpnet litt opp for en større forståelse for de barnløsets dilemma og for en større aksept for at barnløse er normale mennesker med normale behov og ikke nødvendigvis skal diskrimineres. Det er alltid vært litt suspekt med barnløse; kanskje er de seksuelle avvikere, kanskje er de sosiale utskudd. Å utvide de sosiale rammene om hvem som skal få lov å få barn er kanskje like viktig som hvilken teknologi man skal bestemme seg for å bruke. Jeg er også veldig opptatt av den psykososiale støtten til barnløse par. Det er et område jeg har arbeidet mye med selv og jeg vet at omtrent halvparten av de som går til behandling for barnløshet innenfor det offentlig helsevesenet, sier eksplisitt at de trenger en kompetent psykososial omsorg. Dette betyr personer som både vet hva infertilitet er og som kan gi støtte til å komme gjennom det, slik at de som kommer hjem uten barn også føler at de er like hele som mennesker. Det er helt riktig at dette tilbudet ikke finnes i Norge og det er helt klart at det er noe man kunne jobbe med. Jeg synes at det er spennende at vi diskuterer disse tingene. Jeg synes at diskusjonen er løftet opp på et nytt og kanskje mer tolerant nivå og der håper jeg vi fortsetter å være.

**Thomas Åbyholm:** Det var en ung jente som spurte om hvem som skal ha rett til å bestemme hvor mange behandlinger pasienter kunne få. Det er ikke alltid lett å ta avgjørelser, men det er vår plikt som leger og spesialister å gjøre det. Alle kvinner som kommer til prøverørsforsøk kan i utgangspunkt få tre-fire forsøk, men hvis vi ser at hun reagerer dårlig på de hormonene vi gir, og tester viser at denne kvinnen vil få dårlig resultat, da kan vi nesten si med sikkerhet at hun ikke kommer til å få et barn, og hun får ikke flere forsøk. Hvis vi har god tro på at dette vil føre frem så får de flere forsøk. Det er også et ressursspørsmål, da vi har to til tre års venteliste. Det andre som jeg har lyst å nevne er at vi har søkt om å få tillatelse til å ta ut spermier fra testikler og bitestikler, men vi fikk foreløpig avslag og Bioteknologinemnda vil komme tilbake til dette etter drøftelser. Det tredje var oppfølging av de infertile særlig etter at de har vært til all behandling. Dette er også et ressurs-spørsmål. Vi hadde for noen år siden ca 500 prøverørsforsøk per år, i løpet av noen år har dette antallet økt til tusen uten at staben har økt. Vi må bruke ressursene for å få ned ventelistene fra tre år til kanskje et år, som er mer rimelig. Selvsagt ønsker vi å øke staben med sosionomer, psykologer og psykiatere for å kunne følge opp denne delen, men vi mener at henvisende lege også har en oppgave her. De bør også følge pasienten videre. Jeg har arbeidet med barnløshet i over 25 år, er jeg opptatt av å gi det paret som sitter foran meg en best mulig medisinsk behandling.



## Avslutning

*Inge Eidsvåg*

Nestleder i Verdikommisjonen

Ærede forsamling! En av Verdikommisjonens oppgaver er å bidra til gjennomtenkning av hvilke verdier vi ønsker å bygge vårt samfunn på, og hvilke verdikonflikter vi står ovenfor. Dessuten skal vi bidra til å skape demokrati, deltagelse, engasjement. Derfor er jeg glad for at denne dagen og denne debatten har vært et samarbeidsarrangement mellom Bioteknologinemnda og Verdikommisjonen. Jeg er også glad for det på egne vegne, vi er barnløse og har to adoptivbarn, som nå er 25 og 23 år gamle. For oss har adopsjon vært et godt valg og det eneste aktuelle valg. Men denne veien er for mange praktisk talt stengt fordi det medfører store økonomiske kostnader og en granskning av hjerte, nyrer, skuffer, skap, støvbøtter og ekteskapelig status som jeg synes nærmer seg det uverdige. Det er gjort svært lite i Norge for de foreldre som har adoptert, for å forberede de om utfordringer og problemer de vil kunne stå ovenfor i oppdragelse av adoptivbarn. Noe informasjon er samlet, men jeg tror det nesten ikke skjer noen form for veiledning eller orientering. Noe annet som er viktig er hvis noen adopterer for å avhjelpe nød og elendighet, bør de tenke seg meget grundig om. Vi gjorde det fordi vi ønsket å ha barn og fordi vi ville vokse sammen med barn. Det finnes mange andre måter å avhjelpe verdens nød på.

Dette er ikke noe ny debatt i Norge. En av de som satte i gang den mest gjennomgripende debatten om disse spørsmålene i Norge i 1952, var en dansk forfatter og innvandrers Aksel Nielsen. Han tok senere navnet Aksel Sandemose. Når han startet sitt tidsskrift "Årstidene" i 1952, var en av de første artiklene Aksel Sandemose skrev en 62 sider lang artikkel om assistert befruktning. Nesten 50 år senere er denne fremdeles vel verdt å lese. Kort kan sies at han syntes det var helt i orden at man hadde assistert befruktning innenfor ekteskapet, men det han reagerte mot var anonym sæddonasjon. Han sa at barn alltid skal unngås i kjærlighet, og det stod for meg som en ulykke for barna om så ikke var tilfelle. Dette var utgangspunktet hans og han mente at barn aldri kan redde noe ekteskap. Han skriver også mye om hvilken livsløgn og villfarelse det er, og er meget kritisk mot legevitenskapen. Legevitenskapelige personer bør lese denne artikkelen. Det er jo ikke de barnløse som har funnet på kunstig befruktning. Det er noe vitenskapen har sett en mulighet for og derfor ønsker å praktisere. Sandemose stiller en lang rekke kritiske spørsmål til den anonyme sæddonatoren. Blant annet sier

han: "Det er vanskelig å komme til noe annet resultat enn at hver som uoppfordret melder seg som sædleverandør må være fullstendig uskikket". Han argumenterer sterkt for sitt syn. Dette er vanskelige spørsmål, derfor er det viktig å holde denne diskusjonen ved like. Høringens form er jo nettopp at vi skal lytte for selv å lære og eventuelt endre oss, i motsetning til propagandaens mål. Dialogens form er en annen og jeg har i hvert fall lært mye gjennom denne dagen.

La oss vende tilbake til Sandemose igjen. Det han tidligere i sitt liv ga seg i kast med, var å skrive om barndommen og det samfunnet som møtte barna. Det mest fantastiske i romanen "En flyktning krysser sitt spor" fra 1933, er der han skildrer jantesamfunnet med alle dets avskygninger: Du må ikke tro at du er noe! Derfor er det viktig at vi har fokus rettet mot barna og barnas beste. Jeg tror at hvis vi holder fast på dette perspektivet blir det ikke et teknologisk spørsmål. For dette er et spørsmål om menneskesyn, det er et spørsmål om samfunnssyn og det er et spørsmål om den kulturen vi lever i.

Fra Verdikommisjonens side er det viktig å prøve å spre denne debatten. Faren er at det holdes innen denne dagens arrangement i Bergen, for en likevel lukket krets. Jeg skulle ønske at vi greide å løfte den ut av det lukkede rom og ut til de mange som måtte ha synspunkter, tanker og forestillinger om det. Verdikommisjonens medlemmer er blitt anklaget for at de har synset så mye i det siste. Jeg må si at jeg er overhodet ikke redd for synsing, jeg er mer livredd for en debatt i Norge der ulike spørsmål mer og mer blir definert som ekspertdebatt. At det er et rom som lukkes for oss andre og derfor synes jeg det er så forhåpningsfullt og flott at mange unge mennesker har deltatt her. Vår utfordring blir å løfte debatten videre etter dette, jeg tror at det blir å lage et rom som gjør at vi ser at dette er et spørsmål med mange aspekter og mange hensyn som må tas. Når vi snakker om menneskerettigheter er det en rettighet som er ufrakommelig for meg, og det er at alle barn som kommer til verden bør være elsket, få kjærlighet, omsorg og trygghet. Hvordan dette skjer det blir for meg mindre vesentlig. Det viktigste blir at det skjer.

Jeg vil på vegne av Verdikommisjonen og Bioteknologinemnda takke alle de som har deltatt med innledninger, som deltagere fra salen. Jeg vil takke for en stimulerende og tankeeggende dag og går klokere ut enn jeg kom inn, takk for i dag!

## Deltagerliste

### Deltagere:

Ahamath, Camilla	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Alibhai, Tahera	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Amundsen, Elise	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND
Andersen, Irene A.	FUB avd. Hordaland, Skorvatjørno 5, 5217, HAGAVIK
Andreassen, Margot	Sandsli helsestasjon, Aurdalslia 14, 5049, SANDSLI
Angelfoss, Helle	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Apold, Jaran	Avdeling for medisinsk genetik, Haukeland sykehus, 5021, BERGEN
Arum, Liv	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Postboks 4568 Torshov, 0404, OSLO
Aunaas, Kirsten	Norges sykepleierforbund, Sørbyhaugen 42B, 0377, OSLO
Austdal, Solveig	Postboks 1099 Lura, 4300, SANDNES
Bakke, Janet	Fiskarlaget vest, Postboks 4091 Dreggen, 5023, BERGEN
Bakkevik, Inga	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND
Berentsen, Tonje	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Bergesen, Anna	IVF-avdelingen, Haukeland sykehus, 5021, BERGEN
Bjørkvik, Jofrid	Foreldre og Barn, Hillarhaugen 72, 5415, STORD
Bjånesøy, Trine	IVF-avdelingen, Haukeland sykehus, 5021, BERGEN
Boge, Randi Hammer	Baktarmyrhaugen 17, 5918, FREKHAUG
Bohlin, Eva	Avd for medisinsk genetik, Haukeland Sykehus, 5021, BERGEN
Bolstad, Tore M.	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Breiehaugen, Anne	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Brunstad, Anna	Bønnesskogen 127, 5152, BØNES
Brørby, Inger-Lill	Lonevåg helsestasjon, , 5282, LONEVÅG
Bøe, Torbjørn Eidsheim	Austrheim vidaregåande skule, , 5136, MASTREVIK
Dale, Bodil Molander	Nordashøgda 12, 5235, RÅDAL
Dale, Else Marie	Manger helsestasjon, , 5938, SÆBØVÅGEN
Duelien, Trude	Norsk forening for Cystisk Fibrose, Reipslagergt. 4, 5035, BERGEN-SANDVIKEN
Dumben, May Britt	Strimmelen 20, 5097, BERGEN
Eide, Elisabeth W.	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Ekeberg, Ingvild	Eikelandsosen helsestasjon, Postboks 101, 5640, EIKELANDSOSEN
Engan-Skei, Kristine	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Engesland, Siri	Solvangsveien 53, 1370, ASKER
Eriksen, Renate	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Erikson, Bjørn	Landsorganisasjonen, Youngsgt. 11, 0181, OSLO
Evensen, Grethe	Alpharma AS, Harbitz alleén 3, 0275, OSLO
Fjeld, Eli	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND

Floen, Anette	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Fogstad, Karin Furenes	FUB avd. Rogaland Leaveien 13, 4312, SANDNES
Frøkedal, Sidsel	Haukeland sykepleierhøgskole, Haukelandsbakken 45, 5009, BERGEN
Gedde-Dahl, Solveig	Statens Helsetilsyn, Avd. for primærhel, Postboks 8128 Dep., 0032 OSLO
Gjertsen, Grete	Sosial- og helsedepartementet, Postboks 8011 Dep., 0030 OSLO
Gravås, Marianne	Askøy kommune, Jordmortjenesten, Kleppevegen 17, 5300, KLEPPESTØ
Hagen, Martin	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Halland, Magnus	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Hansen, Marianne Presthus	Zoologisk institutt, UiB, Allegaten 41, 5007, BERGEN
Hauge, Kristin	VG, Akersgt. 55, 0107, OSLO
Hegg, Anja	Nyhetsavdelingen, Dagbladet, Postboks 1184 Sentrum, 0107, OSLO
Henriksen, Else Lyssand,	Askøy vidaregåande skole, Søre Myrane 13, 5300 KLEPPESTØ
Hindar, Kjetil	Norsk institutt for naturforskning, Tungasletta 2, 7005, TRONDHEIM
Hofstad, Eivor	Legemidler og samfunn, Postboks 847, Sentrum, 0104 OSLO
Holtedahl, Kristin	Verdens Barn, Bogstadveien 18, 0355, OSLO
Høistad, Åse Berit	Sosial- og helsedepartementet, Pb 8011 Dep, 0030, OSLO
Høyland, Ingebjørg	Sagen, 5658, ÅRLAND
Høyland, Margunn	5353, STRAUME
Ingebrigtsen, Harald	Fyllingsdalen vidaregåande skole, Postboks 3647 Fyllingsdalen, 5845, BERGEN
Isaksen, Åsmund	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Iversen, Bjørn	2840, REINSVOLL
Iversen, Kim	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Iversen, Ole Erik	Haukeland sykehus, Kvinneklinikken, , 5016, BERGEN
Jacobsen, Per	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Johannessen, Jørn	Bragevn. 3B, 0452, OSLO
Johannessen, Lars Erik	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Johnsen, Synnøve Lian	Kvinneklinikken, Haukeland sykehus, Postboks 1, 5021 BERGEN
Jonsbu, Kjetil	Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032, OSLO
Jøsok, Jorunn	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Karlsruud, Per	Fosswinckels gt. 30, 5007 BERGEN
Kleiva, Jørn	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Knutsen, Geir	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Kraft, Nina	Erling Skjalgssonsgt. 23 D, 0267, OSLO
Kristiansen, Renate	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Kristianslund, Sverre Olav	Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032, OSLO
Kruse, Hilde	Veterinærinstituttet, Postboks 8156 Dep, 0033, OSLO
Langeland, Frode	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Langvatten, Turid	6847, VASSENDEN
Larsen, Grete	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND
Larsen, Sirgunn Marie	Indre Arna helsestasjon, Pb. 146, Indra Arna, 5888, BERGEN

Lien, Anne-Mari	Åsane videregående skole, Postboks 55 Nyborg, 5871, BERGEN
Lillehaug, Eirin	Åsaene videregående skole, Åsamyrene 283, 5131, NYBORG
Ljosnes, Eli	Solheimsviken helsestasjon, Fjøsangerveien 51, 5054, BERGEN
Lønnestad, Erlend	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Markhus, Sølvi	Stølsv. 10, 5260, INDRE ARNA
Marøy, Sissel	Lindås helsestasjon, , 5937, BØVÅGEN
Mirkovic, Cathrine	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Mosevoll, Audun	Norsk lærerakademi for kristendomsstudier, Postboks 74, 5035, BERGEN-SANDVIKEN
Nese, Lars	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Nilsen, Marianne	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Nilsen, Silje	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Nordal, Aud	Statens Helsetilsyn, Avd. for spesialis, Postboks 8128 Dep., 0032, OSLO
Nordgard, Andre	Austrheim videregående skule, 5136, MASTREVIK
Nummedal, Leif	Løvsangervn. 28, 4626, KRISTIANSAND S.
Nyberg, Kristin	Serono Nordic, Solheimveien. 32, 1473, SKÅRER
Næss, Are	Stortinget, KrFs Stortingsg, Karl Johans gt. 22, 0026, OSLO
Nørstebø, Ingrid	Fjellvn. 79, 5019 BERGEN
Osvold, Marianne	6843, SKEI i JOLSTER
Ottesen, Reidun	Helsestasjon i Sagvåg, Buneset 9, 5416, SAGVÅG
Palmer, Kesia Tabita	Austrheim videregående skule, 5136, MASTREVIK
Pettersen, Åse Marit	IVF-avdelingen, Haukeland sykehus, 5021, BERGEN
Ree, Hans	Adopsjonsforum, Valkendorfsgt. 9, 5012, BERGEN
Rein, Ingrid	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND
Rogne, Sissel	Bioteknologinemnda, Postboks 8027 Dep., 0030, OSLO
Sagevik, Elisabeth	Fødeavdelingen ved sentralsykehuset i S, , 6800, FØRDE
Sandlie, Inger	Biologisk institutt, UiO, Postboks 1050 Blindern, 0316, OSLO
Sandvoll, Aagot	IVF-klinikken, Fylkessjukehuset i Haugesund, 5500, HAUGESUND
Schorre, Hans-Jürgen	Kirkerådet, Postboks 5913 Majorstua, 0308, OSLO
Seglem, Kathrine	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5848, BERGEN
Sirnes, Thorvald	Inst. adm, org., Universitetet i Bergen, Christiesgt. 17, 5007, BERGEN
Skarstein, Anna	Traneveien 72, 5238, RÅDAL
Skauge, Karen	Fyllingsdalen videregående skole, Postboks 3647 Fyllingsdalen, 5845, BERGEN
Skjelbreid, Egil	Austrheim videregående skule, 5136, MASTREVIK
Skrede, Siren	IVF-avdelingen, Haukeland sykehus, 5021, BERGEN
Soldal, Jostein	SHD, Postboks 8011 Dep., 0030, OSLO
Soleim, Øyvind	Laksevåg gymnas, Postboks 34, 5034, YTRE LAKSEVÅG
Stafsnes, Agnes Maria	Fylkeslegen i Hordaland, Postboks 194, 5001, BERGEN
Stain, Jean Ravalo	Austrheim videregående skule, 5136, MASTREVIK
Steier, Arnt	Kvinneklinikken, Haukeland sykehus, 5016, BERGEN

Steinsland, Malene	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Stenersen, Margurethe	Rettsmedisinsk institutt, Rikshospitalet, Pilestredet 32, 0027, OSLO
Storaas, Sylvi	Statens Helsetilsyn, Helseerettsavdeling, Postboks 8128 Dep., 0032, OSLO
Sudmann, Torbjørg	Senter for kvinne og kjønnsforskning, U, Hermann Foss gt. 12, 5020, BERGEN
Svensson, Bjørg	Åsaene vidaregåande skole, Åsamyrene 283, 5131, NYBORG
Sygnabere, Olaus	Askøy vidaregåande skole, Søre Myrane 13, 5300, KLEPPESTØ
Sættersdal, Jarnfrid	Ulriksdal 34, 5009, BERGEN
Sætre, Nina	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Sætre, Trude	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Thommesen, Trude	for Den Norske Jordmorforening, Arne Garborgsgt. 4, 5052, BERGEN
Thorsen, Nina Alice	Austrheim vidaregåande skule, 5136, MASTREVIK
Tooming, Ave	Bioteknologinemnda, Postboks 8027 Dep, 0030, OSLO
Torres, Alan	Laksevåg gymnas, Postboks 34 Ytre Laksevåg, 5071, LODDEFJORD
Tranebjærg, Lisbeth	Avdeling for medisinsk genetik, Regionsykehuset i Tromsø, 9038, TROMSØ
Tvedt, Annbjørg Stjern	Fitjar helsestasjon, Postboks 73, 5419, FITJAR
Tyse, Siren	Fylkessjukehuset på Stord, , 5414, STORD
Ulltveit-Moe, Marte Rostvåg	Bekkelagsv 18, 1177, OSLO
Ulstein, Magnar	Haukeland sykehus, Kvinneklinikken, 5016, HAUKELAND SYKEHUS
Valle, Anne Louise	Sosial- og helsedepartementet, Pb 8011Dep,0030, OSLO
Weum, Frode	Zoologisk Institutt, UiB, Alltgt. 41, 5007, BERGEN
Wollen, Anne-Lone	Kvinneklinikken, Haukeland sykehus, Postboks 1, 5021 BERGEN
Ødegård, Lars	Norges Handikapforbund, Postboks 9217 Grønland, 0134, OSLO
Østerby, Hilde	Heggelia 9A, 1900, FETSUND
Østerby, Ingar	Heggelia 9A, 1900, FETSUND
Østnor, Lars	Det teologiske menighetsfakultetet, Postboks 5144 Majorstua, 0302, OSLO
Øyen, Nina	Avd. for medisinsk genetik, 5021 HAUKELAND SYKEHUS
Aakvaag, Ruth Kleppe	Bioteknologinemnda, Postboks. 8027 Dep., 0030, OSLO

### **Foredragsholdere:**

Bongard, Terje	NINA hovedkontor,Tungasletta 2, 7005, TRONDHEIM
Braut, Geir Sverre	Statens Hus,Postboks 680, 4001, STAVANGER
Eidsvåg, Inge	Gjøstiveien 3, 2600, LILLEHAMMER
Koch, Lene	Medisinsk anatomisk institutt, Plegdamsv. 3, 2200, København
Monsen, Nina Karin	Colbjørnsensg. 2, 0256, OSLO
Roalkvam, Sidsel	Seksjon for medisinsk antropologi, UiO,Postboks 1130 Blindern, 0317, OSLO
Rognum, Torleiv Ole	Rettsmedisinsk institutt, UiO,Rikshospitalet, 0027, OSLO
Sundby, Johanne	Seksjon for medisinsk antropologi, UiO,Postboks 1130 Blindern, 0317, OSLO
Åbyholm, Thomas	Rikshospitalet,Pilestredet 32, 0027, OSLO