

... ergo er mor Karen en sten!

Portræt af en disput

Belysning af debatten om lesbisk adgang til barnløshedsbehandling

med

kildesamling

"[Et flertal mener, at] også lesbiske par bør have mulighed for kunstig befrugtning"

Det Ethiske Råd, 1989

"[Et flertal anbefaler, at en retlig] regulering indeholder bestemmelser om, at der som betingelse for barnløshedsbehandling i såvel offentligt som privat regi stilles krav om heterosexuelt parforhold"

Det Ethiske Råd, september 1995

"[Et flertal mener] ikke, at der skal udstedes lovforbud imod kunstig befrugtning til enlige og lesbiske kvinder"

Det Ethiske Råd, november 1995

Tekst og redigering
Søren Laursen

Landsforeningen for bøsser og lesbiske
1996

INDHOLD

Debatten om lesbiske og kunstig befrugtning - med udgangspunkt i Det Etske Råds redegørelser

- Bilag 1 Medlemmerne af Det Etske Råd 1995 og 1989
- Bilag 2 Tekstafsnit fra Det Etske Råds redegørelser 1989 og 1995
- Bilag 3 LBLs kritik af Udkast til Redegørelse om kunstig befrugtning
- Bilag 4 Kurt E. Ernulf og Sune M. Innala 'Homosexuella män och lesbiska kvinnor som föräldrar: En sammanfattning av aktuell forskning', *Nordisk Sexologi* 1991; 9:65-74
- Bilag 5 Vedr. rundspørge foretaget af LBL (1990): Resumé af svar afgivet af overlæger om holdning til insemination af lesbiske
- Bilag 6 Fortegnelse over materiale fra LBL til Det Etske Råd ifm. kritikken af Udkast til Redegørelse om kunstig befrugtning
- Bilag 7 Medlemmerne af Sundhedsministeriets arbejdsgruppe vedr. behandling af ufrivillig barnløshed, 1992
- Bilag 8 Tekstafsnit fra Behandling af ufrivillig barnløshed, Sundhedsministeriet 1992
- Bilag 9 Korrespondence fra Århus Kommunehospital og Uddrag af forhandlingsprotokol for Århus Amtsråds Sygehusudvalg (20.06.95) vedr. insemination af lesbiske
- Bilag 10 Til The hos Tonnie, PAN-Bladet nr. 7 1995

Debatten om LESBISKE OG KUNSTIG BEFRUGTNING

- med udgangspunkt i Det Etske Råds redegørelser

INTRODUKTION

Det Etske Råd udgav i november 1995 'Kunstig befrugtning - en redegørelse'. Forud for dette forelås 'Udkast til Redegørelse om kunstig befrugtning', som var et debatoplæg til en høring, som Rådet afholdt 5. september. Af udkastet fremgik, at et flertal i Rådet ønskede at indføre en juridisk restriktion mod at lesbiske kunne blive behandlet på såvel offentlige som private fertilitetsklinikker. Landsforeningen for bøsser og lesbiske gik i dialog med Rådet, og i den endelige redegørelse var flertallet vendt.

Der er to årsager til, at insemination af lesbiske debatteres nu: I foråret 1996 er fremsat et nyt lovforslag om kunstig befrugtning. Redegørelsen fra Det Etske Råd er en del af det lovforberedende arbejde. Lovforslaget er blevet mødt med så megen kritik, at det er opgivet at få det gennemført i folketingssamlingen 95/96.

Desuden debatteres prioriteringer i sundhedsvæsenet, og dette er den anden årsag, idet en række amtsfolk har benyttet insemination af lesbiske som et eksempel på en behandling, som man i hvert tilfælde ikke skal tilbyde i offentligt regi. De to debatter er uafhængige, for såvidt den første vedrører landspolitik, mens den anden vedrører amtspolitik. De argumenter, som præger debatten er imidlertid for en stor dels vedkommende sammenfaldende.

I det følgende tages udgangspunkt i debatten omkring redegørelsen fra Det Etske Råd. Denne debat er særlig interessant, fordi den i vid udstrækning foreligger på skrift. Det gør det muligt at studere, hvordan en gennemdiskuteret argumentation for at kræve forskelsbehandling af homoseksuelle, tager sig ud. Udover Rådets arbejder inddrages materiale fra sundhedsområdet.

En række tekster følger i bilag som kildemateriale.

DET ETISKE RÅD OG REDEGØRELSERNE

DET ETISKE RÅD

Det Ethiske Råd er nedsat af Folketinget, og skal skabe debat om de etiske spørgsmål, der viser sig som følge af den biomedicinske udvikling. Det skal afgive indstillinger til sundhedsministeren om en række specifikke spørgsmål, f.eks. vedr. teknikker til kunstig befrugtning. Rådet tager initiativer til at fremme den offentlige debat for at give politikere det bedst mulige grundlag for en stillingtagen.

Selvom Rådets område er en etisk vurdering af teknikker, anlægges sædvanligvis en bred indfaldsvinkel, og det har betydet at Rådet i flere omgange - i 1989 og i 1995 - er kommet ind på spørgsmålet om, hvem der skal have adgang til kunstig befrugtning. Dette har hver gang indbefattet spørgsmålet om lesbiske skal have en sådan adgang.

Det Ethiske Råd består af 17 personer. Af bilag 1 fremgår hvem der var medlem i 1989 og hvem der er i dag. Der er ingen gengangere.

Redegørelserne er bygget op som diskussioner af en lang række delemner. I nogle tilfælde når man frem til koncensus, hvilket da lægges frem som Rådets anbefaling eller holdning. I andre tilfælde er der flere uforenelige synspunkter repræsenteret, og da griber man til afstemning. I redegørelsen skriver man så hvem der mente hvad og med hvilke begrundelser. Derfor findes der altså tre kategorier af anbefalinger fra Rådet, nemlig Rådets anbefaling, et flertals anbefaling og et mindretals anbefaling. Alle bliver fremlagt af hensyn til belysning af de forskellige holdninger.

Det at lave afstemninger om holdninger kan forekomme noget uhensigtsmæssig, da den enkelte holdning ikke kan opfattes som bedre eller dårligere afhængig af en afstemnings udfald. Ikke desto mindre får den betydelig vægt ved at man kan sige, at et flertal af Det Ethiske Råd mener dette og hint. Det man får frem er alene et billede af holdningsfordelingen i Rådet, og da melder der sig selvfølgelig det spørgsmål, om dette afspejler holdningsfordelingen i samfundet generelt, og om denne i øvrigt er relevant i debatten. Når man ser på redegørelserne fra 1989 og 1995, fremgår det, at der er tale om et væsentligt skred i de holdninger, som kommer til udtryk. Så væsentlige, at det forekommer helt usandsynligt, at de modsvarer en udvikling i det danske samfund. Snarere er der tale om, at de afspejler, at medlemmerne af Rådet er blevet skiftet ud, og at en meningsudvekslende forsamling på 17 personer er for labil til at matche en langsomt fremadskridende holdningsændring i samfundet.

Det betyder imidlertid hverken at man skal underkende vægtigheden af Rådets udtalelser eller at man skal overse betydningen af den debat Rådet skaber.

Rådets arbejder benyttes som referencer f.eks. i diskussioner indenfor sundhedsvæsenet og indenfor familieretten. F.eks. blev afventningen af Etisk Råds arbejde benyttet som svar til Landsforeningen, da man i '89 lavede en rundspørge til en række fertilitetsklinikker, om deres syn på insemination af lesbiske. Og netop hvad dette spørgsmål angår, er der ikke officielle regler eller retningslinier som debattører og beslutningstagere kan benytte til en legalisering af diskrimination af lesbiske i forhold til andre kvinder. En flertalsanbefaling fra Det Ethiske Råd af en sådan diskrimination ville derfor være en adgangsbillet til forskelsbehandling, som sikkert hurtigt ville blive betragtet som et partout-kort i visse kredse. Det er altså ikke alene et spørgsmål om, hvorvidt Rådets anbefalinger bliver udmyntet i lovgivning, men at redegørelserne i sig selv kan blive toneangivende, eller i hvert tilfælde et

beslutningsværktøj i anden end lovgivningssammenhæng.

Rådets diskussion af lesbiskes rettigheder på området har sat focus på emnet i efteråret '95 og fremkaldt en omfattende offentlig debat, hvilket har været afgørende for synliggørelsen af homo-familien som en del af det danske samfund.

REDEGØRELSENS ANBEFALINGER OG FORSKELLEN IFT. UDKASTET

Der er en række forskelle mellem udkastet og den endelige redegørelse. Dels er der indføjet et nyt kapitel 1, en sammenfatning, dels er visse anbefalinger og afstemninger forandret. Her følger i kort form redegørelsens anbefalinger, idet disse sættes i relation til behandlingen i udkastet og i 1989-redegørelsen.

Rådet anbefaler

- En styrkelse af forskning i forebyggelse af ufrivillig barnløshed. Dette aspekt, som er kraftigt pointeret i redegørelsen, er ikke med i udkastet.
- En samlet regulering. Dette punkt er opprioriteret ift. udkastet.
- At der sikres vejledning og rådgivning af behandlingssøgende, herunder oplysning om risici og alternativer. Punktet er væsentligt opprioriteret ift. udkastet, hvor det nærmest blot omtales *en passant*.

Efter disse tre fremhævede anbefalinger følger de yderligere anbefalinger, som er

- At insemination med partners sæd og nedfrysning af sæd fortsat skal være tilladt.
- At forbyde kloning af befrugtede æg, anvendelse af æg fra aborterede fostre, transplantation af ægestokke, samt nedfrysning af ubefrugtede æg.
- At kommercialisering af rugemoderskab forhindres.
- At en regulering indeholder en vejledende aldersgrænse for, hvem der har adgang til behandling, en aldersgrænse, som skulle gælde både for offentlige og private klinikker. Ift. udkastet har Rådet slækket på kravet, idet man nu kun taler om en vejledende grænse, som i visse tilfælde kan tilsidesættes.
- At der sker en tilnærmelse mellem reglerne for adoption og barnløshedsbehandling med hensyn til forudsætninger og økonomi. Dette punkt fik nyhedspræget pressedækning, men findes også i 1989 redegørelsen.
- At befrugtningsteknikker skal baseres på videnskabelig forskning.
- At der skal foretages en løbende kvalitetssikring.
- At reguleringen suppleres med en øget offentlig information og debat.

Et flertal anbefaler

- At reagensglasmetoden fortsat tillades. 11 for, 6 imod (i '89: 12 for, 4 imod)
- At forbyde nedfrysning af befrugtede æg. 9 for, 8 imod (i '89: 4 for, 13 imod)
- At mikroinseminationsteknikken fortsat skal være tilladt. 10 for, 7 imod.
- At befrugtning med donorsæd fortsat skal være tilladt. 15 for, 2 imod.
- At donation af ubefrugtede æg forbydes. 10 for, 7 imod. Donation er i dag tilladt for kvinder i reagensglasbehandling.
- Fortsat forbud mod donation af befrugtede æg. 12 for, 5 imod.
- Ophævelse af donoranonymiteten ved æg- og sæddonation. 14 for, 3 imod ('89: 6 for, 11 imod). Dette spørgsmål er interessant, da det også indbefatter hensyntagen til et kommende bars vilkår, og vil blive diskuteret nedenfor.
- At der ikke stilles krav om heteroseksuelt parforhold som forudsætning for

- barnløshedsbehandling. 9 for, 8 imod (i '89: 11 for, 6 imod, i udkast '95: 8 for 9 imod).
- At kunstig befrugtning fortsat tilbydes i det offentligt finansierede sundhedsvæsen. 14 for, 3 imod.

RETLIG REGULERING

Situationen i Danmark

I redegørelsen findes en gennemgang af den retlige regulering på områder vedrørende barnløshedsbehandling. Her skal berøres de forhold, som har noget at gøre med ikke-medicinske vurderinger. En del af formuleringerne er taget direkte fra redegørelsen.

Der er i Danmark ingen lov- eller bekendtgørelsesregler hverken for insemination eller reagensglasbehandling.

Der er fra regeringens side som grundlag for Sundhedsstyrelsens vejledning fra 1993 lagt op til en aldersgrænse for behandling.

Hvad angår insemination stilles i praksis krav til samliv mellem parterne. Ifølge Sundhedsministerens redegørelse om etiske problemer i forbindelse med forplantningsteknologien (1992) skulle der i praksis stilles krav til parterne om, at de garanterer, så vidt det er muligt, at barnet vil vokse op med både en far og en mor.

Hvad angår reagensglasbehandling har fire offentlige fertilitetsklinikker (Odense Universitetshospital, fertilitetsklinikken, Århus Kommunehospital, gynækologisk-obsterisk afd., Københavns Amts Sygehus i Herlev, gynækologisk-obsterisk afd., Rigshospitalet, København, føde- og gynækologisk afd. og fertilitetsklinikken) i fællesskab opstillet nogle kriterier for behandling i den offentlige sektor:

- 1) Der er medicinsk indikation for behandlingen.
- 2) Kvinden er ikke fyldt 37 år, når parret opføres på ventelisten; behandling afsluttes, hvis kvinden fylder 40 år.
- 3) Fast etableret parforhold af mindst tre års varighed.
- 4) Ingen fælles børn i hjemmet.

Aftalen forpligter alene de læger, som har indgået den, så andre klinikker kan altså vælge andre kriterier. Der er en praksis for at en kvinde bliver tilbudt tre reagensglasbehandlinger på offentlige klinikker. En praksis er ikke regelreguleret.

Situationen i udlandet

I Norge, Sverige, Frankrig og Østrig er det ved lov bestemt, at såvel insemination som reagensglasbehandling kun kan udføres på en kvinde, som er gift eller lever i fast parforhold med en mand.

I England fastsætter loven at barnløshedsbehandling kun må foretages, når der er taget vare på barnets velfærd, inklusive barnets behov for en far, men der er ikke et krav om ægteskab eller samliv.

I Italien er der en mere eller mindre anerkendt "code of practice", som indbefatter, at reagensglasbehandling normalt kun kan udføres på en kvinde, hvis hun er gift.

I Canada anbefales en lovgivning hvorudfra adgang til insemination og reagensglasbehandling skal være afhængig af lægelige krav og ikke af sociale, ægteskabelige, økonomiske mv. krav.

DE IKKE-MEDICINSKE SPØRGSMÅL

Den endelige redegørelse er udstyret med en sammenfatning. Efter at have gennemgået Rådets overvejelser om forskellige teknikker og praksis omkring disse, redegøres for, at der yderligere er 3 centrale spørgsmål i debatten: i) donoranonymitet, ii) enliges og lesbisk adgang til behandling, og iii) spørgsmålet om offentlig finansiering. Disse tre spørgsmål har det til fælles, at de ikke vedrører medicinske aspekter af barnløshedsbehandling, men alene personlige, sociale og økonomiske.

Donoranonymitet

Spørgsmålet om donoranonymitet deler i almindelighed debattørerne. Det er da også karakteristisk, at der på dette område er forskel på lovgivningen i forskellige lande.

F.eks. er der i Norge og England donoranonymitet, mens der i Sverige, Tyskland og Østrig ikke er donoranonymitet.

Ligeledes er afstemningsresultatet i Rådet i 1995 modsat det i 1989.

Det er forestillingen om et fundamentalt menneskeligt behov for at kende sit genetiske ophav, som er begrundelsen for at ophæve anonymiteten. Man mener også, at dette vil tilskynde de sociale forældre til at være åbne omkring barnets tilblivelseshistorie.

Modstandere siger hertil, at den nuværende ordning ikke synes at give anledning til problemer. Omvendt vil en fokusering på eksistensen af en anden forælder kunne true med at dequalificere relationen mellem barnet og dets sociale forældre. En sådan trussel kunne foranledige forældrene til at hemmeligholde barnets tilblivelseshistorie. I 1989 redegørelsen brugtes også som modargument de mulige ubehagelige konsekvenser af, at en donor bliver opsøgt af et barn, han eller hun har lagt kønsceller til, men ellers intet har haft med at gøre. Det kan siges, det er et spørgsmål om hvem, der skal beskyttes: Det kommende barn eller de genetiske og sociale forældre.

Adgang for hvem?

Situationen vedr. anonymitet er i en vis grad parallel til spørgsmålet om adgang til barnløshedsbehandling. Enliges og lesbisk adgang til behandling kan begrundes i en lighedsbetragtning, mens modstandere opfatter det som vigtigere, at et barn sikres en far.

Dette spørgsmål diskuteres under overskriften 'hvem skal have adgang til barnløshedsbehandling?' (se kildesamlingen) som også inkluderer spørgsmålet om en aldersgrænse for behandling. Sammenlignes med '89-redegørelsen, fremgår det, at det sidste spørgsmål ikke blev debatteret dengang. Som nævnt bliver det heller ikke nævnt i fremhævelsen i sammenfatningen i '95-redegørelsen.

Der er to særlige forhold i diskussionen i '89-redegørelsen, som skiller sig ud fra de senere diskussioner. For det første bliver, under begrundelsen for en liberal indstilling til adgang til barnløshedsbehandling, familiestrukturen med en enlig mor fremhævet som et positivt valg. For det andet er konklusionen hos modstanderne, at behandling ikke skal tilbydes i det offentlige system, hvilket synes snarere at være konklusionen på en politisk vurdering end på en etisk vurdering. Modstandernes eneste begrundelse er, at et barn bør have både en far og en mor.

Hvad angår '95-diskussionerne er disse udstyret med begrundelser for at tage spørgsmålet op til debat. Men begrundelsen er forskellig i udkast og redegørelse. I udkastet udtrykkes nærmest uvilje, idet man siger, man præsenterer en stillingtagen, fordi spørgsmålet er til offentlig debat. Man har foretaget en rundspørge til klinikkerne, som har vist, at der er meget få henvendelser fra lesbiske, enlige og kvinder, som er over klimakteriet. Heraf konkluderer

man, at dette emne fylder for meget i den offentlige debat. Men når der nu ér så megen debat, laver man en vurdering. I den endelige redegørelse står til gengæld, at man finder anledning til at diskutere emnet, fordi nogle offentlige klinikker opererer med et sæt kriterier for hvem, der kan komme i behandling. Her henvises til et tidligere afsnit, hvori disse kriterier omtales, et afsnit som er uforandret i forhold til udkastet.

Flertallet, som i 1995 redegørelsen går ind for, at enlige og lesbiske ikke skal forholdes adgang til behandling, begrundet dette ud fra en lighedsbetragtning. Man mener, at der ikke er grund til at tvivle på, at disse vil kunne være gode forældre, samt at et forbud ville betyde, at disse kvinder, hvis de vil have børn, er overladt til et gråt marked. I forhold til udkastet er blevet indføjet en passus med ordet diskrimination.

Modstanderne mener, at et barn bør have både en far og en mor. Det vil kunne give barnet problemer under opvæksten (i den endelige redegørelse er tilføjet 'eller senere') hvis det skal vokse op uden en far.

Offentlig finansiering

Et flertal går ind for, at kunstig befrugtning skal tilbydes i offentligt regi. Alt andet vil være et brud på lighedsprincippet, som ellers er gældende på området: Behandling på private klinikker er relativt dyr, hvorfor nogle måtte fravælge behandling af økonomiske årsager. Modstanderne mener til gengæld, at offentlig finansiering er et uønsket signal om etisk og kulturel accept af barnløshedsbehandling, at barnløshed er en skæbne, og at barnløshedsbehandling er urimelig, når der er overbefolkning i verden.

SUNDHEDSMINISTERIETS ARBEJDSGRUPPERAPPORT, 1992

I 1992 nedsatte sundhedsministeren en arbejdsgruppe, som, under inddragelse af såvel sundhedsfaglige, juridiske og etiske aspekter, skulle undersøge behovet for en regulering af behandlingen af ufrivillig barnløshed. Udvalgets sammensætning fremgår af bilag 7.

Også denne arbejdsgruppe kom ind på spørgsmålet om insemination af lesbiske - det relevante tekstafsnit findes i bilag 8. Rapporten beskæftiger sig fortrinsvis med insemination og reagensglasbehandling. Spørgsmålet om adgang til behandling bliver kun drøftet i afsnittet om insemination. I dette afsnit af rapporten bringes også en gennemgang af den ombudsmandssag, som behandlede spørgsmålet om insemination af lesbiske.

Sundhedsminister Ester Larsen benyttede rapporten som udgangspunkt for sin Redegørelse af 10/12 92 om etiske problemer i forbindelse med forplantningsteknologien. (Redegørelse nr. R 11)¹. Hun resumerer:

'Det andet problem knytter sig til insemination af enlige kvinder, der ikke lever i faste parforhold, og af lesbiske. I rapporten "Behandling af ufrivillig barnløshed" er der i afsnit 11.3 redegjort udførligt for denne problemstilling. Det drejer sig grundlæggende om at afveje en række hensyn mod hinanden, hvoriblandt især skal nævnes:

- hensynet til, at et barn bør vokse op i et hjem, hvor der både er en far og en mor,
- hensynet til at reducere smitterisiko fra ukvalificeret insemination ved at tilbyde

¹ Folketingstd. 92/93, 10/12 92, sp. 3580

behandlingen i det offentlige.

'Arbejdsgruppens analyser fører til den konklusion, at der kan tales om et lovgivningsbehov i to diametralt modsatte situationer, nemlig hvis man:

- klart vil forbyde insemination af enlige kvinder og lesbiske kvinder, eller
- vil give enlige kvinder og lesbiske kvinder en *ret* til insemination, uanset om der foreligger en ufrivillig barnløshed eller ej.

'I den første situation må forbudet rette sig mod enhver, altså ikke blot mod læger og andet sundhedspersonale. Man vil dermed stå i en situation, som når man diskuterer en autorisationsordning, nemlig at kontrollerbarheden vil være meget ringe.

'I den anden situation ville man blive nødt til at give par samme ret til insemination, uanset om der foreligger ufrivillig barnløshed eller ej. Det ville fjerne begrundelsen for, at behandlingen gives i sundhedsvæsenet.

'Jeg er af den opfattelse, at analysen klart fører til, at den gældende praksis bør opretholdes uændret.'

BESLUTNING I ÅRHUS AMT

Som det første amt i denne omgang tog Århus Amt spørgsmålet om insemination af lesbiske op. Dette var udløst af en konkret henvendelse, og derfor blev spørgsmålet om enlige og alderskriteriet ikke berørt.

Overlægerne på Gynækologisk/Obstetrisk afd. Y rettede en forespørgsel til sygehusledelsen, som sendte spørgsmålet videre til Amtsrådets Sygehusudvalg. Dette behandlede sagen sammen med et spørgsmål om kriterier for IVF-behandling (reagensglasbehandling) og indførelse af mikroinjektion som behandlingstilbud. Hvad angår de to sidste punkter foreligger lange vurderinger og baggrundsmateriale, mens donorinsemination af lesbiske behandles yderst kortfattet på baggrund af nogle få faktuelle oplysninger fra overlægernes oprindelige henvendelse. Denne og udskrift af forhandlingsprotokollen for Århus Amtsråds Sygehusudvalg findes i kildesamlingen, bilag 9. I overlægernes henvendelse hedder det:

'Hidtil har de offentlige klinikker haft den holdning, at man kun tilbyder heteroseksuelle par denne behandling [donorinsemination] ud fra tanken om, at et barn bør have en far og en mor. I Århusområdet har de lesbiske par mulighed for at modtage behandling på Fertilitetsklinikken i Højbjerg.

'Hensynet til donorernes ønsker bør medtages i disse overvejelser. I en spørgeskemaundersøgelse blandt sæddonorer i sædbanken Cryos svarer 30-40% af donorerne, at de accepterer, at deres sæd anvendes til insemination af lesbiske, mens ca. 40% er direkte imod'.

Af protokollen fremgår det, at Sygehusudvalget bruger at søge uddybning af forskellige punkter og i den forbindelse retter forespørgsler til diverse instanser. I spørgsmålet om insemination af lesbiske nøjes man med, at konstatere at afgørelsen er amtets, og at henvise til overlægernes brev. På denne baggrund træffes afgørelsen: 'Sygehusudvalget anser ikke insemination af lesbiske for en sygehusopgave'.

DISKUSSION

Hvad er en patient og hvornår er barnløshed ufrivillig?

I Sundhedsministeriets rapport fra 1992 er det alene insemination af lesbiske, der diskuteres, mens det i Det Ethiske Råds redegørelser er kunstig befrugtning som sådan.

Insemination adskiller sig fra de fleste andre metoder til kunstig befrugtning derved, at der er tale om en behandling af en rask kvinde. I tilfældet reagensglasbehandling er der derimod (ofte) tale om en behandling, som skal overvinde visse fysiske problemer, f.eks. lukkede æggeledere eller lignende. Ved mikroinseminationsteknikken er det også en rask kvinde, som behandles, og hun udsættes ovenikøbet for ganske voldsomme indgreb.

Når det i den offentlige debat jævnligt fremhæves, at den lesbiske ikke skal tilbydes insemination, da hun jo ikke er ufrivillig barnløs, bygger det på en forestilling om, da hun jo bare kunne lade sig bedække. Hun har valgt at dele sit liv med et menneske, som hun ikke kan blive gravid med. Hvis dette argument betragtes som gyldigt, er der tale om en udtalt diskrimination af lesbiske, når argumentet ikke også bruges om heteroseksuelle kvinder: I det hele taget ligger det i sagens natur, at en kvinde, som vil have gavn af en insemination, ville kunne lade sig bedække i stedet. Der er altså tale om en usaglig forskelsbehandling, når dette argument benyttes mod insemination af lesbiske.

Modsat kunne man vælge at betragte parret som den behandlede. Dermed kunne nemlig argumenteres for, at der for det heteroseksuelle par som helhed ligger en sygdom til grund for barnløsheden. Der er under alle omstændigheder tale om en udvidelse af patientbegrebet i forhold til et traditionelt sygdoms-standpunkt: Enten at betragte tilstanden barnløshed i en bredere forstand, og dermed kalde den inseminations-egnede kvinde for patient, eller at opfatte parret som helhed som patient.

I Det Ethiske Råds redegørelser diskuteres dette spørgsmål - om lesbiske kan afvises som patienter - ikke. Det er derimod hovedindholdet i Sundhedsministeriets '92-rapport. Spørgsmålet er ikke her, hvem der er syg, men et afledt spørgsmål, nemlig hvorvidt barnløsheden er ufrivillig eller ej. Sundhedsministeriet svarede Ombudsmanden på dennes forespørgsel, at man mente, at der for lesbiske ikke var tale om ufrivillig barnløshed, hvilket han benyttede i sin vurdering. Hvis ufrivillig barnløshed betragtes som en tilstand, hvor en mand og en kvinde efter, gennem længere tid at have forøgt at opnå graviditet, stadig ikke er nået dertil, så er det korrekt, at et lesbisk par typisk ikke er ufrivilligt barnløst. Man kan modsat sige, at definitionen slet ikke giver nogen mening her, og at begrebsdannelsen burde følge med samfundsudviklingen.

Realiteten er den, at vi står med en række teknikker, som gør det muligt at skabe en graviditet på anden vis end ved kønsblandet samleje. Spørgsmålet er så, om udnyttelsen af disse nye muligheder skal begrænses til alene at simulere situationen i den traditionelle kernefamilie, eller om de skal inddrages i den udvikling, som er i gang.

Hvorfor diskutere patientbegrebet? Hvis en behandlingssøgende kan konstateres ikke at være syg, kan vedkommende afvises, og er det det offentlige sundhedsvæsen, kan der dermed spares penge. Hvis blot det var et spørgsmål om økonomi, ville den eneste tilfredsstillende konklusion være, at afvise enhver inseminations-søgende kvinde, altså helt at ophøre med at tilbyde behandlingen i offentligt regi. Det er inkonsekvent fra et økonomisk synspunkt først at afgrænse patientgruppen, ved at argumentere for, at den behandlingssøgende kvinde ikke

er syg, for så bagefter at udvide patientbegrebet til at omfatte heteropar, således størsteparten af de pågældende kvinder alligevel skal tilbydes behandling.

Når det er sagt, må det så også siges, at det økonomiske argument er af vikarierende karakter: Behandlingen er så lavteknologisk og enkel, at det ikke ville kunne skelnes i regnskaberne, om lesbiske havde adgang til insemination eller ej.

De store offentlige klinikers kriterier for IVF-behandling (reagensglasbehandling) indbefatter kravet om stabilt parforhold, som underforstås at være heteroseksuelt parforhold. Disse kriterier er jævnlige blevet antaget også at gælde for al anden kunstig befrugtning, eller man har valgt en argumentation, på baggrund af en parallellisering med IVF-behandling.

Når IVF-behandling kommer på tale, er der typisk tale om kvinder, som på grund af forskellige helbredsmæssige årsager ikke kan opnå svangerskab ved at bringe sæd til livmoderen, altså heller ikke ved insemination.

I dette tilfælde er der tale om en decideret forskelsbehandling. Argumentet kan ikke her være økonomisk, da det ville være urimeligt, at lesbiske alene skulle aflaste samfundet for denne byrde. Samtidig er der tale om ufrivillig barnløshed: For at nå til IVF-behandlingen er det netop konstateret, at graviditeten ikke kan opnåes simplere.

Disse diskussioner er af ret teknisk karakter og er fra modstandernes side lagt an på at bevise, at lesbiske ikke indenfor de eksisterende rammer skal kunne behandles med kunstig befrugtning. Det Ethiske Råd går imidlertid videre, idet man forsøger at inddrage argumenter set fra barnets synspunkt.

Barnets tarv

Det argument, man oftest støder på i debatten, er kogt ned til begrebet barnets tarv. Det benyttes altid som en begrundelse for at nægte lesbiske adgang til insemination, eller bredere at fraskrive bøsser og lesbiske tilstrækkelig egnethed til at være forældre. Der er altså tale om en konservativ opfattelse, hvor den kønsblandede kernefamilie på forhånd betragtes som det eneste rigtige opvækstklime for et barn.

'Barnets tarv' bør ses i et historisk, samfundsrelateret perspektiv: Opfattelsen af, hvad der udgør det bedste miljø for en opvækst, f.eks. familiestruktur, og hvilke virkemidler, der skal tages i brug for at styre en opvækst, f.eks. opdragelsen, er i stadig forandring. Når man i dag kan påberåbe sig barnets tarv som argument mod lesbiske forældre og mod at inseminere enlige kvinder, synes det snarere at ligge i en forestilling om idealopvækst end i en vurdering af de faktiske forhold: Antallet af enlige mødre i Danmark er meget stort. Der har det til trods ikke været fremført krav om forbud mod enlige mødre. Overfor en sådan indvending svares typisk, at man ikke skal gøre noget ved de situationer, der er opstået, men at man omvendt heller ikke direkte skal tilskynde, at der opstår flere. Som nævnt, blev familieformen med den enlige mor fremhævet som et positivt valg i Det Ethiske Råds redegørelse fra 1989. Hvad angår spørgsmålet om homo-forældre er det uomgængeligt, at der, i sammenligning med enlige mødre og fædre, foreligger et væsentligt mindre materiale i form af eksisterende familier. Der er rundt om i verden lavet en række psykologiske, sociologiske o.lign. undersøgelser. Ernulf og Innala (se kildesamlingen) lavede i 1991 en oversigtsartikel over 60 studier og fandt, at disse viste, at det ikke var muligt at kende forskel på børn af homofamilier og børn af kønsblandede kernefamilier. Nogle mener, at en øget sandsynlighed for at et menneske bliver homoseksuelt er et handicap, og at dette må være et argument mod homofamilier, men der er ifølge de nævnte undersøgelser ikke belæg for, at børn af bøsser og lesbiske er mindre heteroseksuelle end resten af befolkningen.

Der kan sandsynligvis også findes undersøgelser i de forskellige grene af faglitteraturen, som kommer til andre konklusioner vedrørende lesbiske og bøsser som forældre - både at et barn får en dårligere opvækst, og at det får en bedre opvækst. Det er nødvendigt at fare med vare, når man vurderer anvendeligheden af sådan litteratur i debatten. Autoriteten i den ovenfor nævnte artikel ligger i, at det er en oversigtsartikel over et stort antal studier.

Homoseksualiteten og biologien

Somme tider benyttes i den offentlige debat en stillingtagen til hvorvidt homoskesualitet er medfødt eller ej. F.eks. optræder argumentet, at homoskesuelle jo ikke kan gøre for det, hvorfor de bør hjælpes, f.eks. med at få børn. Et modsat argument om, at man snarere burde behandle lidelsen, høres sædvanligvis ikke længere - WHO har for længst fjernet homoseksualitet fra listen over sygdomme. Derimod vil nogle mene, at homoseksualitet er et valg, og hvis man gør det valg, fraskriver man sig retten til f.eks. barnløshedsbehandling. For fuldstændighedens skyld skal nævnes, at der ikke, heller ikke blandt lesbiske og bøsser, er nogen form for enighed om, hvorvidt homoseksualitet er biologisk betinget eller ej. I forrige århundrede gjorde man meget ud af at måle kroppen op med henblik på at finde særlige forhold, som kunne relateres til personlighedstræk. En undersøgelse mente at vise, at bøsser havde tragformede røvhuller. I dag er det særlige områder i hjernen, som gøres til genstand for opmåling og vejning, og man arbejder også med undersøgelser af gener. Nogle forskergrupper mener at have fundet relationer mellem disse ting og homoseksualitet, men undersøgelserne er genstand for sønderlemmende kritik og har hidtil ikke kunne reproduceres². Ikke desto mindre er historier om bøsse-genet o.lign. flittigt blevet brugt og misbrugt i dagspressen.

Det er for såvidt ligegyldigt, hvad resultatet af netop disse undersøgelser bliver, for de to væsensforskellige opfattelser vil bestå, nemlig i) den essentialistiske, som anser homoseksualitet som naturbestemt, biologisk, medfødt, og ii) den konstruktionistiske, som betragter homoseksualitet som kulturbestemt, som defineret i en historisk kontekst. Det kan nævnes at Karin Lützen, Wilhelm von Rosen og Henning Bech er tre danske forskere, som har beskæftiget sig indgående med emnet homoseksualitet, og som alle er konstruktionister (og humanister).

Det er altså omsonst at fremføre argumenter som 'fordi det er medfødt, så...' eller 'fordi det er et valg, så...', for det vil uværgeligt ende i en anden debat, nemlig om det er medfødt eller om det er et valg.

Sammenfattende bemærkninger

Debatten om kunstig befrugtning for lesbiske, som den har taget sig ud i efteråret '95 og foråret '96, har haft to forskellige udgangspunkter: Dels i det lovforberedende arbejde ifm. lov om kunstig befrugtning, dels i en aktuel diskussion om prioriteringerne i sundhedsvæsenet. Argumenterne har været temmeligt generelle og har drejet sig om barnets tarv og forudsætningen for ufrivillig barnløshed på den ene side og lighedsbetragtninger

² I maj 1994 havde Scientific American et tema-nummer om disse studier. Indlæggene var skrevet af Simon LeVay og Dean H. Hamer, som er blandt de centrale tilhængere af teorien om, at homoseksualitet er biologisk betinget, og af William Byne, som stiller sig kritisk. *Scientific American*, May 1994, Vol. No. . Se også John Horgan: 'Gay Genes, Revisited', *Scientific American*, November 1995, Vol. 273, No. 5, p.19.

omkring de vordende mødre på den anden side.

Den kategoriske afvisning af behandling af lesbiske med begrundelse i barnets tarv, har som forudsætning, at barnet skal vokse op i et "normalt" miljø. Det er altså et rigt repræsenteret standpunkt, at et barn skal beskyttes mod tilblivelse, hvis det på forhånd er givet, det ikke fødes ind i en heteroseksuel kernefamilie.

I diskussionen i sundhedsvæsenet hævdes det, der er tale om økonomiske prioriteringer. Nogle politikere har talt om ansvarlighed i den henseende. Man kan undre sig over, at nogle tør påstå, de løfter deres ansvar for sundhedsvæsenets økonomi ved at forbyde insemination af lesbiske!

Det allertungeste argument i debatten er utvivlsomt udtalt, nemlig angsten for det ukendte. Angsten for at et barn ikke vil få en god opvækst blandt homoseksuelle. Angsten for at barnet vil lide under de fordomme, man derved selv bliver eksponent for.

Spørgsmål om bøsser og lesbiske som forældre vil blive rigt debatteret. Til efteråret vil lovforslaget om kunstig befrugtning blive genfremsat, ligesom en arbejdsgruppe, som beskæftiger sig med revidering af adoptionslovgivningen, vil komme ind på emnet. Det er med nærværende rapport forsøgt at dokumentere status.

20.06.96 SL