

Har inseminasjon med donorsæd en fremtid med ikke-anonyme givere?

Ved årsskiftet innføres en betydelig endring i norsk praksis når det gjelder donorinseminasjon som behandlingsform for mannlig infertilitet. Stortinget har vedtatt at sædgivers anonymitet skal oppheves – barnet har rett til å kjenne sitt biologiske opphav. Det er knyttet usikkerhet til rekruttering av tilstrekkelig antall sædgivere og til hvordan etterspørselen etter behandlingen vil bli med den nye ordningen. Det er forventet at mange par vil reise til utlandet for å få inseminasjon med sæd fra anonym giver.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Trine B. Haugen

t.b.haugen@rh.uio.no

Tom Tanbo

Seksjon for barnløshet og assistert befruktning
Kvinneklinikken
Rikshospitalet
0027 Oslo

Inseminasjon med donorsæd som behandling for barnløshet forårsaket av betydelig nedsatt sædkvalitet har vært praktisert i Norge siden 1930-årene, men først fra 1970-årene i organiserte former (1). Fra 1987 har behandlingen vært lovregulert, først gjennom lov om kunstig befruktning (1987), senere etter lov om medisinsk bruk av bioteknologi (1994) og senest i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (2003). Lovverket har blant annet regulert indikasjon for behandling, samlivsform og ikke minst sæddonors status. Inntil den siste loven ble vedtatt, har sæddonors identitet ikke vært tilgjengelig, verken for barnet som ble resultatet av behandlingen eller for paret som har fått behandling. Den nye loven opphever sæddonors anonymitet i forhold til barna.

Helt frem til første halvdel av 1990-årene ble det brukt fersk donorsæd til inseminasjon, men etter at det ble krav om testing av donor med tanke på smitterisiko for alvorlige sykdommer som hepatitt B, hepatitt C og HIV, ble sæden fryst ned og lagret i minst tre måneder før bruk. Nedfrysing av sæd resulterer som oftest i dårligere sædkvalitet, spesielt gjelder det spermienes bevegelighet, noe som medfører et økt behov for donorsæd. Selv ved bruk av fersk sæd var det i perioder vanskelig å få rekruttert nok donorer, og overgangen til fryst sæd gjorde situasjonen enda vanskeligere. Alle behandlingsinstitusjonene i Norge har derfor gått over til å bruke fryst donorsæd fra Danmark.

Behandlingen

Metoden er enkel og medfører liten fare for komplikasjoner. Hovedindikasjonen har vært azoospermi eller betydelig oligospermi, men inseminasjon med donorsæd brukes også på genetisk indikasjon. Selv om en betydelig del av tilfellene av ufri-villig barnløshet skyldes nedsatt sædkvalitet, har bruk av donorsæd aldri utgjort noen stor del av infertilitetsbehandlingen i Norge. Det er grunn til å anta at mange par har kviet seg for å benytte seg av dette alternativet og heller adoptert eller akseptert situasjonen. Da intracytoplasmatiske spermieinjeksjon (ICSI) ble tillatt som behandlingsmetode ved betydelig nedsatt sædkvalitet høsten 1995, ble det forventet en betydelig reduksjon i etterspørselen etter inseminasjon med donorsæd. En viss reduksjon kom da også, men ikke så stor som forventet, og etterspørselen målt i antall behandlinger per år har ligget stabilt på 500–600 i mange år.

Inseminasjon kan gjøres intracervikalt, intrauterint, intratubart eller til og med intraperitonealt. Behandling kan skje i en naturlig menstruasjonssyklus, men ofte kombineres inseminasjon med en lett form for stimulering av ovariene, enten med klomifen eller en lav dose follikkelstimulerende hormon (FSH), eventuelt med en kombinasjon av begge. Hensikten er å øke sannsynligheten for å bli gravid, men samtidig holde risikoen for flerlinger lav. I større materialer ligger kumulativ fødselsrate etter seks behandlingsforsøk på ca. 60 %. Faktorer som i størst grad påvirker resultatet, er kvinnens alder og inseminasjonsmetoden. For kvinner over 35 år blir

resultatet dårligere med økende alder, og intracervikal inseminasjon gir lavere graviditetsfrekvens enn intrauterin og intratubar (2–5). Det er uavklart om inseminasjon etter hormonstimulering med klomifen eller FSH gir høyere graviditetsfrekvens enn inseminasjon i spontan menstruasjons-syklus, men stimulering gir klart høyere frekvens av flerlinger. Ved Kvinneklinikken, Rikshospitalet, har vi siden 1996 benyttet kombinasjonen stimulering med klomifen og intrauterin inseminasjon. Dersom stimuleringen har resultert i utvikling av mange egg, er behandlingen blitt avbrutt av frykt for trillinger eller flere. Etter at den siste loven trådte i kraft, er det i slike situasjoner blitt mulig å gjøre in vitro-fertilisering med donorsæd. På den måten kan antall befruktete egg som settes inn begrenses. Sannsynligheten for å bli gravid har variert mellom 15 % og 22 % per inseminasjonsforsøk, og flerlingfrekvensen har ligget på ca. 10 %.

Den nye ordningen

18.11. 2003 vedtok Odelstinget at sædgivers anonymitet skal oppheves, men en sædbank med identifiserbare sædgivere var da ennå ikke etablert. Derfor har det i en overgangsperiode frem til 31.12. 2004 vært tillatt å benytte sæd fra anonym giver. Dette betyr at tidligere ordning med sæd importert fra Danmark praktiseres ut året 2004.

Stortingsvedtaket bygger på barnets rett til å kjenne sitt biologiske opphav, som er nedfelt i FNs barnekonvensjon fra 1989, artikkel 7. Dette innebærer at det er kun barnet som har rett til å få kjennskap til givers identitet, ikke foreldrene eller andre. Informasjonen kan barnet få når det har fylt 18 år. I praksis betyr dette at import av donorsæd fra Danmark må opphøre og at det må rekrutteres givere her i Norge. For å etablere et slikt behandlingstilbud ble det i 2003 nedsatt en arbeidsgruppe administrert av Sosial- og helsedirektoratet. Gruppens mandat var å utrede det faglige grunnlaget og foreslå praktiske løsninger for hvordan sædbanker med kjent donorsæd skal organiseres i Norge. Dette resulterte i en rapport som gir et detaljert forslag til organisering (6).

Europeisk lovgivning og praksis

Sverige var første land i verden der det ble lovbestemt at sædgiver skulle være identi-



Sædkvaliteten må i utgangspunktet være svært god fordi spermienes bevegelighet ofte reduseres ved frysing og tining. Ut fra dagens behandlingsbehov vil det være nødvendig å rekruttere 15 nye sædgivere i året. Foto SCANPIX/Tom-Egil Jensen

serbar. Dette skjedde i 1985. Flere europeiske land har fulgt etter, og per dags dato praktiserer også Sveits, Østerrike, Tyskland og Nederland inseminasjon med identifiserbar giver. Island tillater bruk av sæd både fra anonym og identifiserbar giver, mens i Finland er det ingen lovregulering med hensyn til anonymitet. I Storbritannia er det nylig vedtatt at anonymiteten skal oppheves, og ny lov trer i kraft i april 2005. Italia, som ofte er i nyhetsbildet med sensasjoner innen reproduksjon, har nettopp vedtatt Europas mest restriktive lov om kunstig befruktning, som blant annet innebærer at behandling med donorsæd ikke lenger er tillatt. I Danmark ble det i år fremmet forslag om at sædgivers anonymitet skulle oppheves, men regjeringen valgte å bevare den eksisterende ordningen.

Fra norsk side har det vært naturlig å se på hvordan ordningen har vært praktisert i Sverige. Dette gjelder spesielt strategien for rekruttering av donorer (7). Inntil nå har ingen av de aktuelle svenske donorbarna fylt 18 år, så erfaringer rundt identifisering

av biologisk opphav mangler. Selv om rekrutteringen synes å ha fungert på en tilfredsstillende måte i vårt naboland, er det klare svakheter ved det svenske systemet i forhold til å få kjennskap til identitet. Dette skyldes hovedsakelig at det ikke er opprettet et sentralt donorregister. Det er ikke kjent hvor stor andel av inseminasjonene med donorsæd som utføres med identifiserbar giver i Sverige i forhold til hvor mange svenske par som får behandling i utlandet med anonym giver (for eksempel Danmark).

Rekruttering av givere

Et av de aspektene det er knyttet mest usikkerhet til, er om det kan rekrutteres nok givere. Det er også usikkert om behovet i fremtiden vil bli like stort som ved dagens ordning, fordi det må forventes at mange par vil benytte seg av ønsket behandlingstilbud i utlandet. Dette har vi erfart i forbindelse med andre former for assistert befruktning. Dessuten er ICSI-behandling med spermier hentet ut fra enten testikkel eller epididymis blitt godkjent som en prøveordning, og dette vil etter all sannsyn-

lighet redusere behovet for inseminasjon med donorsæd noe.

For mange år siden ble donorer forsøkt rekruttert blant medisinstudentene. Deretter ble også andre studenter rekruttert, og i de senere år har rekrutteringsgrunnlaget vært menn mellom 18 og 50 år med normalt god helse. Dette gjelder også de danske donorene som blir brukt ved inseminasjon med donorsæd i Norge i dag. Selv om det har vært ønskelig med altruistisk motiverte donorer, kan et økonomisk motiv ha vært fremtredende, siden en stor del av donorene har vært under utdanning. Bekymringen over mangelfull tilgang på donorsæd baserer seg på at det tidligere viste seg å være vanskelig å rekruttere nok sædgivere. Målgruppen denne gangen er imidlertid en annen – det er menn over 25 år, helst med egne barn, som ønskes som givere. Det er derfor vanskelig ut fra tidligere erfaringer å forutsi hvordan rekrutteringen vil bli. Høyere alder og et stabilt parforhold antas å være avgjørende for en moden overveielse og for hvordan donor takler å bli kontaktet av sitt biologiske avkom mange år senere. Givere med egne barn kan være lettere å rekruttere, ut fra ønsket om å hjelpe andre. Dessuten kan dette medføre færre problemer senere enn dersom donor skulle vise seg å bli ufrivillig barnløs. I Frankrike er det krav om at donor skal ha egne barn, men der innebærer ordningen fortsatt anonymitet.

Mange av parene som i dag ønsker inseminasjon med donorsæd, har en annen etnisk bakgrunn enn norsk. Det er derfor viktig at det rekrutteres givere av ulike etniske opprinnelse, men for å muliggjøre identifisering må vedkommende enten være norsk statsborger eller ha bosettingstillatelse i Norge.

En sædgiver kan ikke være opphav til flere enn seks barn. Dette er et kompromiss ut fra hensynet til giver og behovet for donorsæd og er lavere enn det som antas å kunne gi en viss risiko for ubevisst incest mellom halvsøsken som begge er donorbarn. Det kan være problematisk for donor å tro at han har svært mange barn og å bli kontaktet av mange barn i ettertid. En sædgiver har ingen juridiske eller økonomiske forpliktelser overfor barn han har gitt opphav til.

I tillegg til sædanalyse og en samtale med lege, der det må gis opplysninger om egen helse og arvelige sykdommer i familien, må giver testes for hepatitt B, hepatitt C, HTLV, HIV, syfilis, Chlamydia og gonoré. Det blir ikke gjort genetiske tester. Denne avgjørelsen ble tatt ut fra en samlet vurdering av arbeidsgruppen og i samråd med medisinsk-genetisk og medisinsk-etisk fagmiljø (6). Sædprøvene lagres i flytende nitrogen (-196°C) og kan brukes etter en karantenetid på tre måneder.

Barnets rett til å få vite

Argumentene i diskusjonen om å oppheve sædgivers anonymitet varierer noe fra land til land, og forskjellig tolking av FNs barnekonvensjon har ofte bidratt til ulik lovgivning. Lovendringen i Norge tar utgangspunkt i barnets rett til å få vite, men resultatet av endringen vil stort sett være avhengig av om foreldrene informerer barnet om at det er blitt unnfanget ved inseminasjon med donorsæd. En studie fra Sverige med foreldrepar som frem til 1997 hadde fått barn ved hjelp av inseminasjon med sæd fra kjent giver, viste at kun 11 % av parene hadde informert barna, mens 59 % hadde fortalt det til andre enn dem (8). En studie av psykososiale aspekter ved inseminasjon med donorsæd i Sverige og Danmark viste at det ikke var noen forskjell i andelen av foreldre som ville holde tilbake opplysninger for barnet om dets biologiske opphav, ca. 50 % i begge land, til tross for at disse landene har ulik praksis når det gjelder givers identitet (9).

I henhold til den nye loven vil ikke foreldrene bli pålagt å fortelle barna at de er blitt unnfanget ved donorinseminasjon, og barna vil heller ikke få beskjed fra offentlig myndighet om biologisk opphav. Det blir derfor viktig å bevisstgjøre og veilede foreldrene om hvordan de skal informere barna, og dette bør inngå i en samtale før behandling. En forutsetning for at den nye ordningen skal fungere etter intensjonen, er at barnet, etter fylte 18 år, kan finne frem til identiteten til sin biologiske far på en enkel måte. Samtidig må personvernet ivaretas, og opplysningene må være skjermert for andre. Dette kan sikres i et sentralt donorregister som kun inneholder donors identitet.

Fremtidsperspektiver

Foreløpig er det uvisst om tilgangen på donorsæd vil være tilstrekkelig til at vi vil kunne tilby behandling. Vi vet heller ikke om det vil bli færre par som vil være interessert. Sannsynligvis vil det være redusert etterspørsel etter inseminasjon med donorsæd i en periode etter at den nye ordningen er innført, slik det skjedde i Sverige. Hvorvidt etterspørselen så vil øke til dagens nivå, vil være avhengig av tilgang på donorsæd, behandlingstilbud i utlandet, utvikling av nye behandlingsformer for infertilitet, og ikke minst hvilke holdninger som til enhver tid kommer til uttrykk i samfunnet.

Størst usikkerhet er likevel knyttet til hvordan «barnets rett til å få vite» vil bli ivarettatt, og hvordan dette vil virke inn på livssituasjonen til barnet, til donoren og til deres familier. Denne delen av «behandlingen» ligger langt frem i tid. Det er viktig å lære av de erfaringer som etter hvert vil bli høstet i andre land. Flere oppfølgings-

studier av familier med donorbarn viser at de er velfungerende og har få psykososiale problemer (10, 11) – behandlingen er altså vellykket for dem som velger dette alternativet.

Litteratur

1. Molne K. Donorinseminasjon. En oversikt og eget materiale. Tidsskr Nor Lægeforen 1976; 96: 982–6.
2. O'Brien P, Vandekerckhove P. Intra-uterine versus cervical insemination of donor sperm for subfertility (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2004.
3. Khalil MR, Rasmussen PE, Erb K et al. Intrauterine insemination with donor semen. An evaluation of prognostic factors based on a review of 1131 cycles. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 342–8.
4. Williams RS, Alderman J. Predictors of success with the use of donor sperm. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 332–7.
5. Botchan A, Hauser R, Gamzu R et al. Results of 6 139 artificial insemination cycles with donor spermatozoa. Hum Reprod 2001; 16: 2298–304.
6. Assistert befruktning med donorsæd – oppheving av sædgivers anonymitet. IS-1149. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
7. Lalos A, Daniels K, Gottlieb C et al. Recruitment and motivation of semen providers in Sweden. Hum Reprod 2003; 18: 212–6.
8. Gottlieb C, Lalos O, Lindblad F. Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. Hum Reprod 2000; 15: 2052–6.
9. Nielsen AF, Pedersen B, Lauritsen JG. Psychosocial aspects of donor insemination. Attitudes and opinions of Danish and Swedish donor insemination patients to psychosocial information being supplied to offspring and relatives. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 45–50.
10. Bendvold E, Moe N, Skjæraasen J. Social conditions of children born after artificial insemination by donor. Scand J Soc Med 1990; 18: 203–6.
11. Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT et al. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum Reprod 2002; 17: 830–40.