DET ETISKE RÅD

International handel med menneskelige æg, rugemoderskab og organer

En redegørelse fra Det Etiske Råd

International handel med menneskelige æg, rugemoderskab og organer

En redegørelse fra Det Etiske Råd

International handel med menneskelige æg, rugemoderskab og organer
En redegørelse fra Det Etiske Råd

ISBN: 9788791112003
Udgivet af Det Etiske Råd 2013
Grafisk tilrettelæggelse, omslag og illustration:
Oktan, Peter Waldorph
PDF: Rosendahls Schultz Grafisk
Publikationen findes på
Det Etiske Råds hjemmeside
www.etiskraad.dk

Indhold

Forord

Nærværende redegørelse er udarbejdet af en arbejdsgruppe i Det Etiske Råd bestående af Thomas Ploug (formand), Jacob Birkler, Lillian Bondo, Jørgen Carlsen, Mickey Gjerris og Ester Larsen. Udtalelsen er behandlet og vedtaget af Det Etiske Råd på møder i september og oktober 2013.

Rådet og arbejdsgruppen ønsker at takke en række personer for at have bidraget til debatten og stillet deres viden til rådighed for arbejdet undervejs. Det drejer sig om:

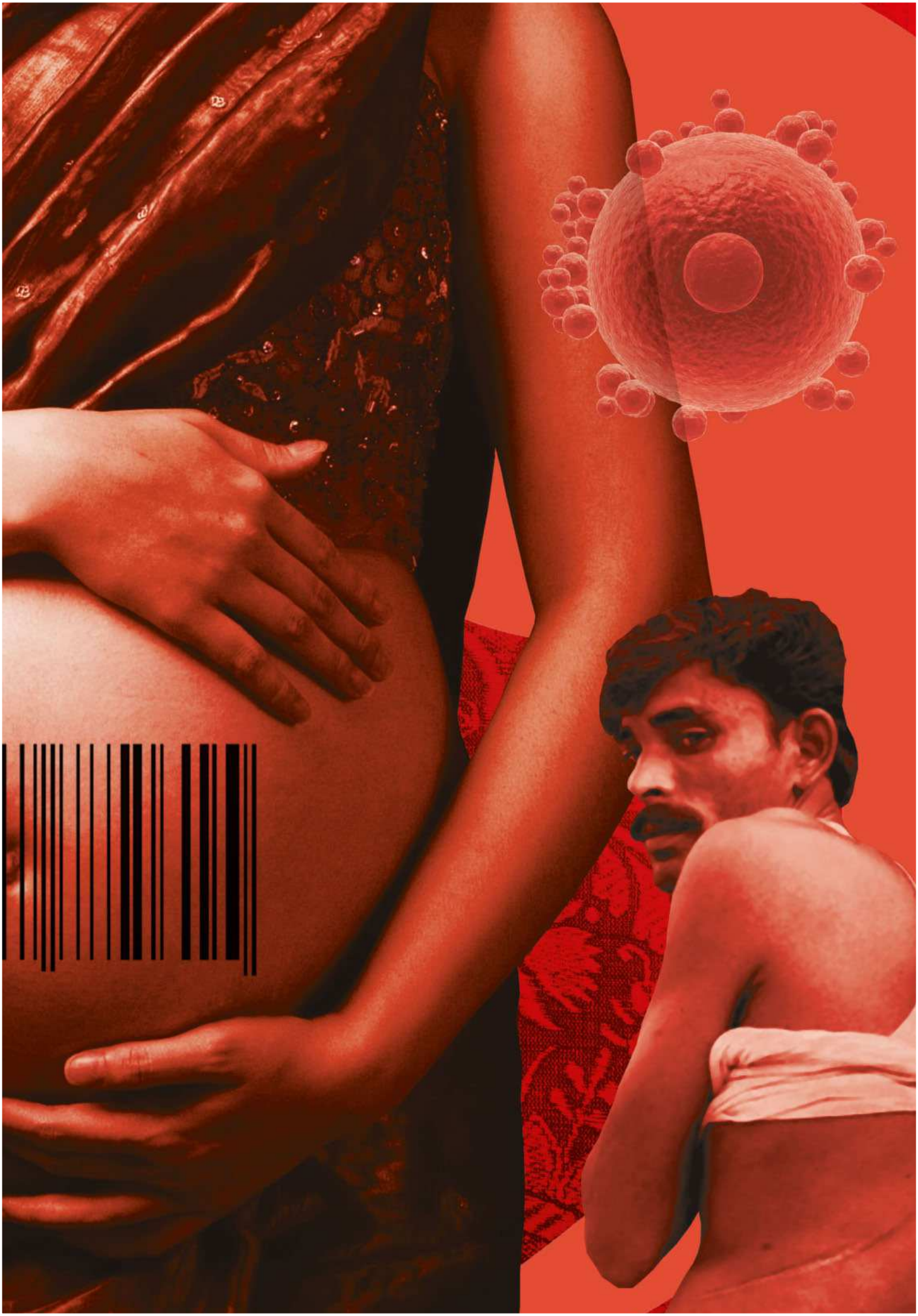
Souschef Rikke Koefoed-Nielsen i Ankestyrelsens Familieretsafdeling
Chefkonsulent Thomas vom Braucke, Justitsministeriets Strafferetskontor
Senior Advisor, Legislative Affairs Salla Silvola, Statsrådet, Finland
Lektor, ph.d., Janne Rothmar Herrmann, Det Juridiske Fakultet på Københavns Universitet
Forskningsårsstuderende, Malene Tanderup Kristensen, Institut for Klinisk Medicin ved Aarhus Universitet
Fuldmægtig Peter Dalberg, Udenrigsministeriets borgerservice
Chefkonsulent Jette Samuel Jeppesen, Udenrigsministeriet
Seniorrådgiver Grethe S. Foss, Bioteknologinemnda, Norge
Fuldmægtig i Sundhedsstyrelsen, Bjørn Ursin Knudsen
Overlæge, phd. Claus Bistrup, Odense Universitetshospital
Professor Jesper Ryberg, Roskilde Universitet
Professor Gorm Toftegaard Nielsen, Aarhus Universitet

I Det Etiske Råds sekretariat har Anne Lykkeskov været projektleder for arbejdet og har sammen med Henrik Kjeldgaard Jørgensen og Ulla Hybel udarbejdet manuskriptet på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen og i Rådet.

November 2013

Jacob Birkler
Formand for Det Etiske Råd

Christa Lundgaard Kjøller
Sekretariatschef



Resume

Behandlingsturisme er et felt, som vokser i takt med globaliseringen. I denne redegørelse ser det Etiske Råd på de etiske dilemmaer, der er forbundet med behandlingsturisme, som involverer køb og salg af menneskelige kropsdele.

I Danmark og resten af Europa er lovgivningen indrettet efter, at vi finder det forkert at handle med kropsdele, men med den stigende behandlingsturisme kan danske borgere vælge at købe sådanne behandlinger i udlandet.

Rådet har valgt at fokusere på tre forskellige typer af turisme, som involverer danskeres køb af kropsdele i andre lande. Det drejer sig om køb af:

- Ubefrugtede æg med henblik på fertilitetsbehandling
- Rugemoderskab/surrogatmoderskab, og
- Nyrer

De tre cases er valgt, fordi de adskiller sig på nogle etisk betydningsfulde parametre, selvom de alle vedrører salg af kropsdele eller kropsfunktioner: Køb af ubefrugtede æg og 'leje' af livmødre (surrogatmoderskab) indebærer sædvanligvis ikke, hvad man kunne kalde skade, herunder funktionstab, for den, der leverer dem. Anderledes forholder det sig med salg af nyrer. Disse foregår illegalt og under forhold, hvor donoren meget ofte er fysisk værre stillet efter salget.

Sådanne forskelle rejser spørgsmålet om, hvad der gør kommercialisering af kropsdele etisk problematisk, og om alle former for salg af kropsdele er lige problematiske.
Bør de nævnte forskelle føre til, at vi graduerer vores syn på kommercialisering af kropsdele? Kan de åbne for, at man i nogle tilfælde vil kunne afveje problemerne ved kommercialiseringen mod den lettelse, betalingen for ydelsen trods alt vil udgøre for mennesker, der lever under desperat fattigdom, og selv anser salget for at være deres bedste mulighed for at forbedre deres situation? Vil det overhovedet være muligt at opstille kriterier for, hvornår salg af kropsdele bør være tilladt, og hvornår det ikke bør? Disse spørgsmål tager Rådet op i denne rapport.

Kapitel 1 beskriver temaet behandlingsturisme, som i de sidste årtier er vokset i takt med, at internetannoncering og billige rejsemuligheder har gjort det attraktivt at rejse efter behandlinger, der er billige eller forbudt i hjemlandet. OECD beskriver fænomenet som voksende men bemærker, at der er mangel på "hard research evidence" på området. Rapporten baserer sig derfor på den tilgængelige viden, givet at der er mangelfulde registreringer af aktiviteterne – især den del af dem, som foregår illegalt eller i lande, hvor myndighederne savner ressourcer til at opsamle data eller håndhæve gældende lovgivning.

Kapitel 2 diskuterer fire etiske temaer, som knytter sig til kommercialisering af kroppen, nemlig motivation, udnyttelse, autonomi og værdighed. Disse begreber er tilbagevendende i debatten om medicinsk turisme og kommercialisering, og i kapitlet gennemgås forskellige forståelser af begreberne for at opstille en fælles ramme for diskussion af de etiske problemer forbundet med de tre cases.

I kapitel 3 gennemgås de tre cases hver for sig: hvilken viden er tilgængelig om omfang og trafik, hvor foretages behandlingerne, hvad siger dansk og international lovgivning om handel med de tre typer kropsdele eller kropsfunktioner, og hvilke etiske problemer er forbundet med dem?

Handel med æg er tilladt i en række lande, herunder USA og Indien. De fleste danske par, der køber æg i udlandet, får foretaget behandlingerne i andre europæiske lande som Spanien eller Tjekkiet, hvor egentlig handel med æg ikke er tilladt, men hvor der betales en kompensation af en størrelse, der får mange, især fattige, kvinder til at afhænde æg til fertilitetsklinikker.

Surrogatmoderskab er tilladt i en lille håndfuld lande, herunder Indien, Rusland og 18 stater i USA. Der er dog store prisforskelle mellem USA og de øvrige lande, som gør, at Indien er blevet et knudepunkt for kommercielt rugemoderskab. Indiske rugemødrene rekrutteres blandt fattige, uuddannede kvinder, ofte fra landet, som ofte beskriver, at de er presset af fattigdom til at blive surrogatmødre, men at de ikke har andre alternativer til at komme økonomisk på fode og sikre deres børns uddannelse.

Handel med organer er forbudt i stort set alle lande (med Iran som eneste undtagelse). Globaliseringen og udviklingen af internettet har dog gjort det muligt for patienter fra velstående lande at omgå manglen på tilgængelige organer i hjemlandet. De kan på nettet finde klinikker i andre lande, hvor de kan købe sig til operationer. Der er tale om lande, hvor forbuddet mod salg af organer ikke bliver håndhævet, og hvor der er mange fattige, som er villige til at sælge deres organer.

Kapitel 4 ser på, i hvilket omfang danskere, der rejser til udlandet for at benytte sig af fertilitetsbehandling med købte æg, surrogatmoderskab og organhandel, kan straffes her i landet, når de vender hjem. Idømmelse af straf her i landet for handlinger foretaget i udlandet forudsætter, at handlingen udover at være strafbar her i Danmark også skal være strafbar i det pågældende land (dobbelt strafbarhed). Det er i reglen ikke tilfældet, hvor det gælder handel med æg og betalt surrogatmoderskab. En yderligere betingelse for straf er, at den danske straffebestemmelse skal have eksterritorial virkning, dvs. at den angiver, at også handlinger foretaget uden for Danmarks grænser kan straffes efter bestemmelsen. Dette er ikke opfyldt, hvor det gælder handel med organer.

Kapitel 5 indeholder Rådets anbefalinger.

Et enigt råd tilslutter sig det overordnede synspunkt, at den menneskelige krop og dens dele principielt set ikke bør kunne købes eller sælges. Medlemmerne lægger vægt på en række forskellige begrundelser for synspunktet: Det krænker menneskers værdighed at behandle dem som varer, handel med kropsdele undergraver det altruistiske princip, donation i sundhedsvæsenet hviler på, og handlen med især æg fører til en rangordning af mennesker.

Endelig indebærer handlen med kropsdele et betydeligt element af udnyttelse af klodens fattigste mennesker. Donorerne er ikke i en situation, hvor de kan foretage et reelt

autonomt valg om at sælge deres kropsdele, hvorfor flertallet af Rådets medlemmer finder, at det på den baggrund er rigtigt at forhindre handlen med kropsdele.

Et mindretal af medlemmerne finder ikke, salg af kropsdele adskiller sig fra andre handlinger, meget fattige mennesker kan presses til at foretage, såsom meget farligt eller nedslidende arbejde, og som vi ikke forhindrer. Derfor må vi acceptere rationelle menneskers ret til selv at vælge mellem de ofte dårlige muligheder, de har.

Nogle af disse medlemmer finder, at den bedste hjælp, man i denne ulykkelige situation kan give disse mennesker, er at etablere certificeringsordninger, der sikrer, at salget i det mindste sker med størst mulig hensyntagen til donoren. Flertallet af medlemmer finder det imidlertid helt usandsynligt, at en certificeringsordning kan opfylde denne funktion og frygter tværtimod, at sådanne ordninger vil legalisere handlen og dermed fremme den.

Et enigt Råd finder stadig, at donation af menneskelige æg bør foregå altruistisk. Flertallet finder, at den etisk set bedste løsning på den nuværende mangel på ægdonorer ville være at stimulere den altruistiske ægdonation. Nogle af medlemmerne foreslår også at åbne for donation af befrugtede æg, der er til overs fra fertilitetsbehandling. Et mindretal af medlemmerne mener, at indtil det er lykkes at skaffe tilstrækkeligt med donorer ad denne vej, bør der åbnes for køb af æg i regi af en certificeringsordning, som beskytter donorerne. Et enkelt medlem er imod enhver form for ægdonation.

Alle medlemmerne finder, at betalt surrogatmoderskab er etisk problematisk, og et mindretal er imod enhver form for surrogatmoderskab. Flertallet mener dog ikke, at surrogatmoderskab bør forbydes i enhver situation, og syv medlemmer opfordrer lovgiverne til at se på muligheden for at lempe adgangen til altruistisk surrogatmoderskab i Danmark. Et mindretal finder derudover, at muligheden for en form for certificeret, kommercielt surrogatmoderskab bør fremmes.

Alle medlemmerne af Det Etiske Råd betragter den handel med organer, der foregår internationalt og illegalt, med den største alvor, men anerkender samtidig, at manglen på organer til alvorligt syge eller livstruede mennesker er et meget stort, samfundsmæssigt problem, som der bør gøres mere for at løse. Et mindretal anbefaler, at dette omfatter at indføre formodet samtykke til donation i Danmark, men et flertal finder, at problemerne herved er så væsentlige, at ordningen ikke bør indføres. Endelig mener enkelte medlemmer også her, at indtil problemet med mangel på organer er løst, bør man også her åbne for et vist, certificeret salg af organer.

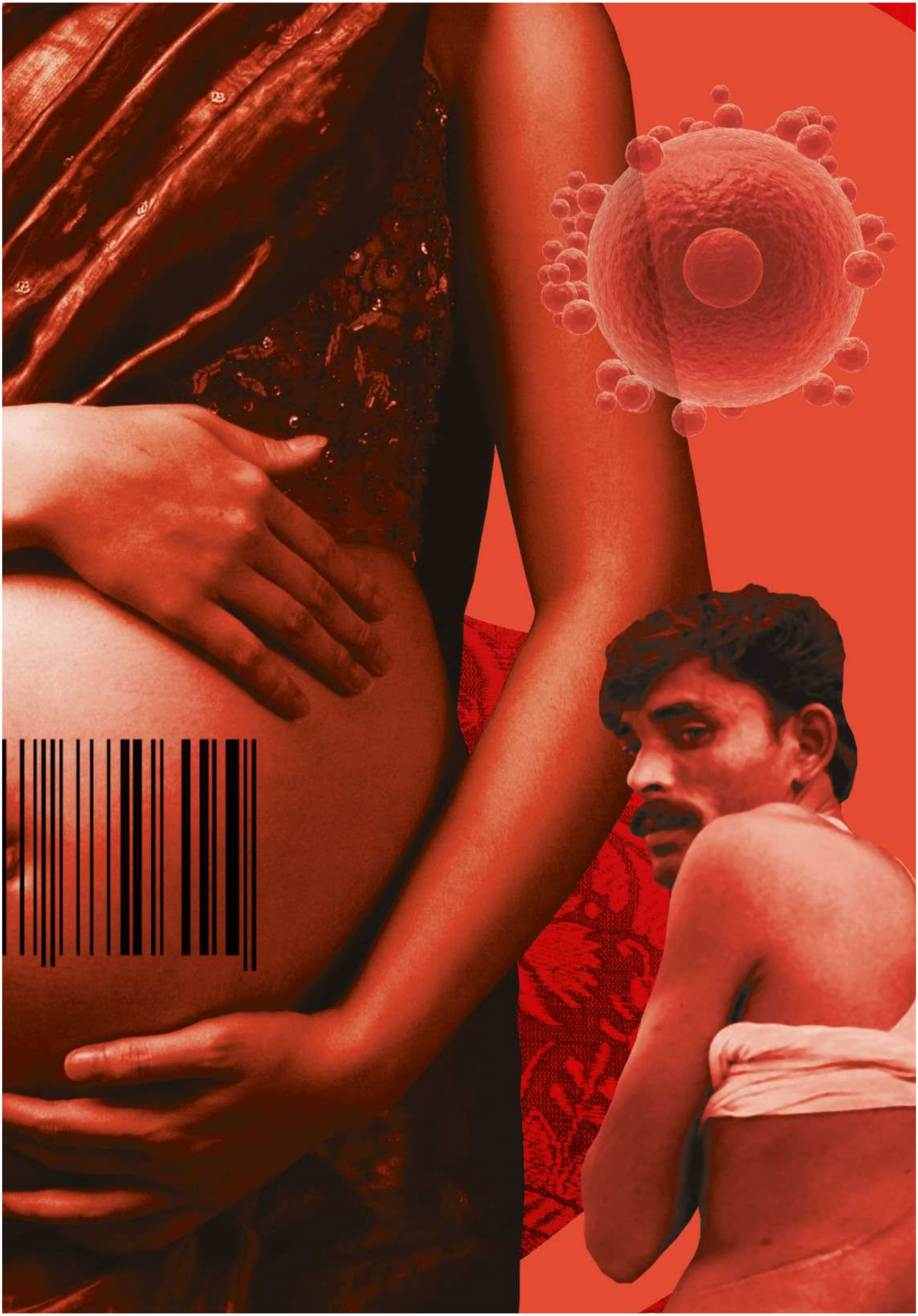
Hvad angår indførelse af sanktioner mod danske borgere, som køber kropsdele eller -funktioner i udlandet, anbefaler Rådets medlemmer:

Køb af æg i udlandet skal efter flertallets mening ikke straffes i Danmark, i stedet bør myndighederne arbejde på at forebygge, at borgerne vælger denne mulighed. Enkelte medlemmer ønsker dog sanktioner for denne forseelse, og et stort mindretal ønsker sanktioner mod danske mellemmænd, som formidler sådan handel.

Køb af surrogatmoderskab skal efter flertallets mening heller ikke straffes, når køberne vender hjem; også her bør midlet være oplysning og forebyggelse. Et mindretal ønsker indførelse af sanktioner, som dog i videst muligt omfang bør udformes sådan, at de ikke rammer barnet. Endelig finder et mindretal, at mellemmænd i højere grad end i dag bør kunne straffes.

Køb af organer i udlandet er mere problematisk, men alligevel finder flertallet af medlemmerne også her, at myndighederne bør informere og forebygge frem for at straffe danskere, som kommer hjem med en 'købt' nyre. Nogle af medlemmerne går dog ind for frihedsstraf til køberne i alle eller i særligt alvorlige tilfælde. Endelig finder nogle medlemmer, at danske mellemmænd bør kunne straffes.

Endelig finder et enigt Råd, at det danske sundhedsvæsen helt grundlæggende bør sikre alle lige adgang til den nødvendige behandling, uanset patientens eventuelle egen medvirken til sin situation. Derfor bør alle danskere, uanset om de har købt æg, surrogatmoderskab eller organer i andre lande, være sikret relevant medicinsk efterbehandling på danske sygehuse.



1. Fænomenet behandlingsturisme og dets overordnede omfang

Behandlingsturisme er et felt, som vokser i takt med globaliseringen. Den kan være en udfordring for de nationale lovgivere i det omfang, deres borgere opsøger behandlinger, som er ulovlige i hjemlandet, for eksempel fordi de anses for at være etisk problematiske. Udfordringen består ikke mindst i, at det er vanskeligt for regeringer at kontrollere eller eventuelt straffe deres borgeres handlinger, hvis de foregår udenfor landets grænser.

En OECD-rapport fra 2011[1] angiver, at fænomenet behandlingsturisme har fået voksende betydning i de sidste årtier i takt med, at internetannoncering og billige rejsemuligheder har gjort det attraktivt at rejse efter behandlinger, der er billige eller forbudt i hjemlandet. Organisationen bemærker dog også, at der er mangel på ”hard research evidence” på området.

Det stigende omfang er baggrunden for, at det Etiske Råd har valgt at se på de etiske dilemmaer, der er forbundet med behandlingsturisme, som involverer køb og salg af kropsdele. Det er ikke Rådets ærinde at forholde sig til kommercialisering i almindelighed.

Det kan dog indledningsvis være værd at bemærke, at der har været en tendens til, at debatten om disse spørgsmål i nogen grad tager udgangspunkt i en accept af, at vi som samfund befinder os i en ”mangel-situation”. I debatten refereres således til manglen på organer og æg. I denne redegørelse gøres primært en række overvejelser over, hvilke midler, der er etisk forsvarlige at tage i brug for at løse problemerne med stor efterspørgsel. Med til debatten hører imidlertid også en kritisk refleksion over, om og i hvilket omfang, sådanne problemer altid bør løses.

I Danmark er lovgivningen indrettet efter, at vi finder det forkert at handle med kropsdele, men med den stigende behandlingsturisme kan danske borgere vælge at købe sådanne behandlinger i udlandet.

Rådet har valgt at fokusere på tre forskellige typer af turisme, som involverer danskeres køb af kropsdele i andre lande. Det drejer sig om køb af:

- Ubefrugtede æg med henblik på fertilitetsbehandling
- Rugemoderskab/surrogatmoderskab, og
- Nyrer

Rådet vil, ud fra en kortlægning af den tilgængelige viden om disse fænomener, fremlægge anbefalinger i forhold til myndighedernes håndtering af de rejste problematikker på området. Det gør Rådet ud fra en overbevisning om, at tendenserne til en globalisering af udbuddet af sundhedsydelser vil fortsætte - at vi kun har set starten af udviklingen i dag.

1 Lunt et al. 2011. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OECD

Mens ventelisterne på donation af ægceller og nyrer og antallet af barnløse ikke viser tegn på at falde, bliver mulighederne for at finde frem til kommercielle udbydere af æg, surrogatmoderskab og nyrer i andre lande stadigt bedre.

Rådet ønsker også at bidrage til en offentlig debat om de etiske dilemmaer, disse typer af behandlingsturisme rejser: Hvordan kan vi bedst imødekomme samfundets barnløse eller alvorligt syge mennesker og samtidig sikre, at fattige og sårbare mennesker i andre lande ikke udnyttes i processen, og at vigtige værdier ikke ofres?

De tre cases: Salg af æg, surrogatmoderskab og nyrer er valgt, fordi de adskiller sig på nogle etisk betydningsfulde parametre, selvom de alle vedrører salg af kropsdele: Køb af ubefrugtede æg og 'leje' af livmødre (surrogatmoderskab) indebærer sædvanligvis ikke, hvad man kunne kalde skade, herunder funktionstab, for den, der leverer dem – æg findes i en mængde, der sandsynliggør, at man kan undvære nogle (dog er selve indgrebet for at fjerne dem ikke uden risiko og kan evt. medføre skader), og gennemførelse af surrogatmoderskab påfører sædvanligvis ikke kvinden skader ud over den fysiske belastning, som en graviditet kan udgøre (dog kan flerfoldsgraviditeter og kejsersnit – en meget hyppigt anvendt forløsningsmetode med omkring 80 % i nogle undersøgelser – øge kvindens risiko ved fremtidige graviditeter, og kan medføre senskader på hendes helbred).

Anderledes forholder det sig med salg af organer. De fleste og mest veldokumenterede tilfælde vedrører handel med nyrer. Her er donoren meget ofte fysisk værre stillet efter salget, da operationerne i reglen foregår under mindre end optimale forhold, og der spares på efterbehandlingerne. Mange oplever blandt andet fysisk svækkelse og nedsat arbejdsevne, men også psykiske gener som depressioner efter operationen.

Det rejser spørgsmålet om, hvad der gør kommercialisering af kropsdele etisk problematisk, og om alle former for salg af kropsdele er lige problematiske. Man må skelne mellem salg af hele kroppe, af kropsdele og af kropsfunktioner. Nogle har den opfattelse, at der allerede foregår salg af kropsdele eller kropsfunktioner, også i Danmark, såsom salg af hår, eller prostitution. Der ser ud til at være etisk relevante forskelle på forskellige kropsdele. Det rejser spørgsmålet om, hvordan man kan trække en grænse for, hvilke kropsdele eller kropsfunktioner, man bør kunne sælge.

Bør de nævnte forskelle føre til, at vi graduerer vores syn på kommercialisering af kropsdele? Kan de åbne for, at man i nogle tilfælde vil kunne afveje problemerne ved kommercialiseringen mod den lettelse, betalingen for ydelsen trods alt vil udgøre for mennesker, der lever under desperat fattigdom, og selv anser salget for at være deres bedste mulighed for at forbedre deres situation? Vil det overhovedet være muligt at opstille kriterier for, hvornår salg af kropsdele bør være tilladt, og hvornår det ikke bør? Disse spørgsmål vil Rådet se på i denne rapport.

Men først en beskrivelse af behandlingsturismen ud fra den viden, der er tilgængelig, givet at der er mangelfulde registreringer af aktiviteterne – især den del af dem, som foregår illegalt eller i lande, hvor myndighederne savner ressourcer til at opsamle data eller håndhæve gældende lovgivning.

1.1 Et fænomen med voksende global betydning

Behandlingsturisme som bredere fænomen kan ses som en del af disse års globalisering af markederne; udflytning af produktionen fra især vestlige lande til lande med lave

lønomkostninger har taget fart siden 1970'erne. Udviklingen er gået fra, at det i starten især var ufaglærte job, som blev outsourcet, til at også mere specialiserede funktioner, som for eksempel indenfor IT, i dag flytter til lavtlønslande.

Mange har dog betragtet det medicinske område som et, der ikke i større omfang ville blive omfattet af udflytningen til billigere lande. Det ville blandt andet kræve, at patienterne skal være villige til at rejse, i mange tilfælde langt, for at få foretaget behandlinger i andre lande. Udover risikoen ved at transportere syge mennesker, involverer dette også usikkerheder vedrørende kvaliteten af behandlingen og manglende mulighed for at gøre ansvar gældende, hvis der opstår komplikationer. Alligevel har faktorer som udvikling af billig transport, hurtig informationsudveksling og den generelle globalisering i de senere år gjort medicinske ydelser til en vare, som handles på det internationale marked, hvor mange lande er ivrige efter at få del i den voksende industri.[2]

Motivet til at opsøge behandlinger i andre lande kan være økonomisk, men det kan også være motiveret af, at behandlingerne er svært tilgængelige i patienternes hjemlande, fordi der er lange ventelister på at modtage dem; for nogle patienter fatalt lange.

En medvirkende årsag til ventelisterne er, at de fleste vestlige landes lovgivning hviler på principper om, at donation skal være altruistisk; det anses for moralsk forkert at kommercialisere kroppen og dens dele. Dette princip kan genfindes i mange internationale dokumenter. Efter Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin (1997)[3] må den menneskelige krop og dennes bestanddele ikke som sådan give anledning til økonomisk gevinst (artikel 21). Af EU's Charter on Fundamental Rights (2000) fremgår af artikel 3, punkt 2, at "I forbindelse med lægevidenskab og biologi skal især følgende respekteres – et forbud mod kommercialisering af menneskekroppen og dele heraf som sådan (litra c). Det fremgår af artikel 12 i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om fastsættelse af standarter for kvaliteten og sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler (2004), at medlemsstaterne bestræber sig på at sikre frivillig og vederlagsfri donation af væv og celler. WHO vedtog en resolution i 2004, som opfordrede medlemslandene til at tage skridt til at forhindre transplantationsturisme og salg af væv og organer[4], og i 2008 blev Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ transplantation vedtaget. Følgende fremgår af princip 5: "Celler, væv og organer bør kun doneres frivilligt og uden monetær betaling eller anden belønning med økonomisk værdi. At købe eller tilbyde at købe celler, væv eller organer til transplantation eller salg af disse fra levende personer eller fra slægtninge til afdøde personer bør forbydes."

Det er altså ikke behandlingerne i sig selv, der anses for at være moralsk forkerte, når vi for eksempel taler om ægdonation, surrogatmoderskab (under særlige omstændigheder) og organtransplantation. Det, der anses for at være forkert, er at købe (eller leje) dele af menneskekroppen for at få adgang til behandlingerne.

Den medicinske turisme har gjort det muligt for velhavende patienter at omgå sådanne etisk motiverede regler i deres hjemlande og få adgang til et marked for behandlinger, der involverer handel med kropsdele. Disse markeder findes i lande, der enten ikke har regler mod sådanne praksisser eller ikke har kapacitet til at håndhæve eventuelle forbud.

---

2 McMahon, D. 2013. Medical Tourism and Cross-border Care. Background Paper. *Nuffield Council on Bioethics Forward Look,* 2.

3 Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine.

4 WHO. 2004. *Resolution on human organ and tissue transplantation.* Geneva.

Der er dermed flere faktorer, der er med til at fremme behandlingsturismen: Dels ønsket om billigere behandlinger, dels omgåelse af hjemlige ventelister og dels omgåelse af hjemlige forbud mod behandlinger, der involverer salg af kropsdele. Man kan ud fra dette skelne mellem tre typer af behandlingsturisme[5]:

1.1.1 Turisme som vedrører behandlinger, der er lovlige i såvel patientens hjemland som i destinationslandet

Motiverne for sådanne rejser er ofte økonomiske, hvilket ikke mindst er en faktor i lande uden offentlig sundhedsdækning, som fx USA. Især for de mange uden sygeforsikring kan det være attraktivt at kunne spare 50%-80% af omkostningerne ved en operation ved at få den foretaget i udlandet. Men også de amerikanske forsikringsselskaber er begyndt at interessere sig for at sende patienter til udlandet og give rabatter til patienter, som er villige til at få foretaget operationer i et billigere land. Typiske behandlinger i denne kategori kan være bypass- eller hofteoperationer.[6] For danskere kan der være tale om at opsøge behandlinger, som ikke er omfattet af den hjemlige sygeforsikring, eller som har en meget høj brugerbetaling, såsom tandlægebehandlinger og kosmetiske operationer.

1.1.2 Turisme som vedrører behandlinger, der er ulovlige i patientens hjemland men lovlige i destinationslandet

To af de valgte cases i denne rapport, nemlig kunstig befrugtning med handlede æg og kommercielt surrogatmoderskab, falder indenfor denne kategori. Disse behandlinger anses som bekendt for moralsk forkerte i Danmark; så moralsk forkerte, at vi har forbudt udførelsen af dem ved lov. Men i andre lande finder man dem ikke etisk problematiske, faktisk gøres der i lande som Indien en del fra statslig side for at promovere dem som en del af behandlingsturismen, der ses som et økonomisk satsningsområde for landet.

Moralsk set opstår derfor spørgsmålet, om danske lovgivere skal søge at håndhæve danske regler også overfor statsborgere, der befinder sig i lande, der har andre moralske normer? Tilsvarende kunne man spørge, om det danske politi skal bistå myndigheder i andre lande ved at pågribe deres borgere, hvis disse udfører handlinger i Danmark, som her anses for uproblematiske, men som er forbudt i hjemlandet? Bør man indføre sanktioner for danske statsborgere, der vender hjem efter at have købt ægceller eller surrogatmoderskab i udlandet, og hvilke sanktioner er i givet fald hensigtsmæssige? Hvordan undgår man, at sanktionerne rammer barnet fremfor forældrene?

1.1.3 Turisme som vedrører behandlinger, der er forbudt i såvel patientens hjemland som i destinationslandet

Nogle typer af handel med kropsdele er forbudt i stort set alle lande, fordi de alle steder anses for at være etisk uacceptable. Det gælder handel med organer, som er den sidste case i denne redegørelse. Internationale organisationer har taget emnet op. Således arbejdes der for tiden i regi af Europarådet på en *Convention against Trafficking in Human Organs.*[7] Iran er så vidt vides det eneste land, som tillader køb og salg af menneskelige organer. Her er tale om indgreb, som er ret omfattende, for organer regenereres ikke og operationen er ret indgribende. Hvis den ikke gennemføres forsvarligt, og der ikke gives tilstrækkelig efterbehandling, vil donoren få varige mén ved at gennemgå den. Også for modtageren er der risici ved behandlingen, og vedkommende vil have behov for livslang efterbehandling.

---

5 Cohen. G. 2010. Medical Tourism: The View from Ten Thousand Feet. *The Hastings Center Report* vol. 40, no. 2: 11-12.

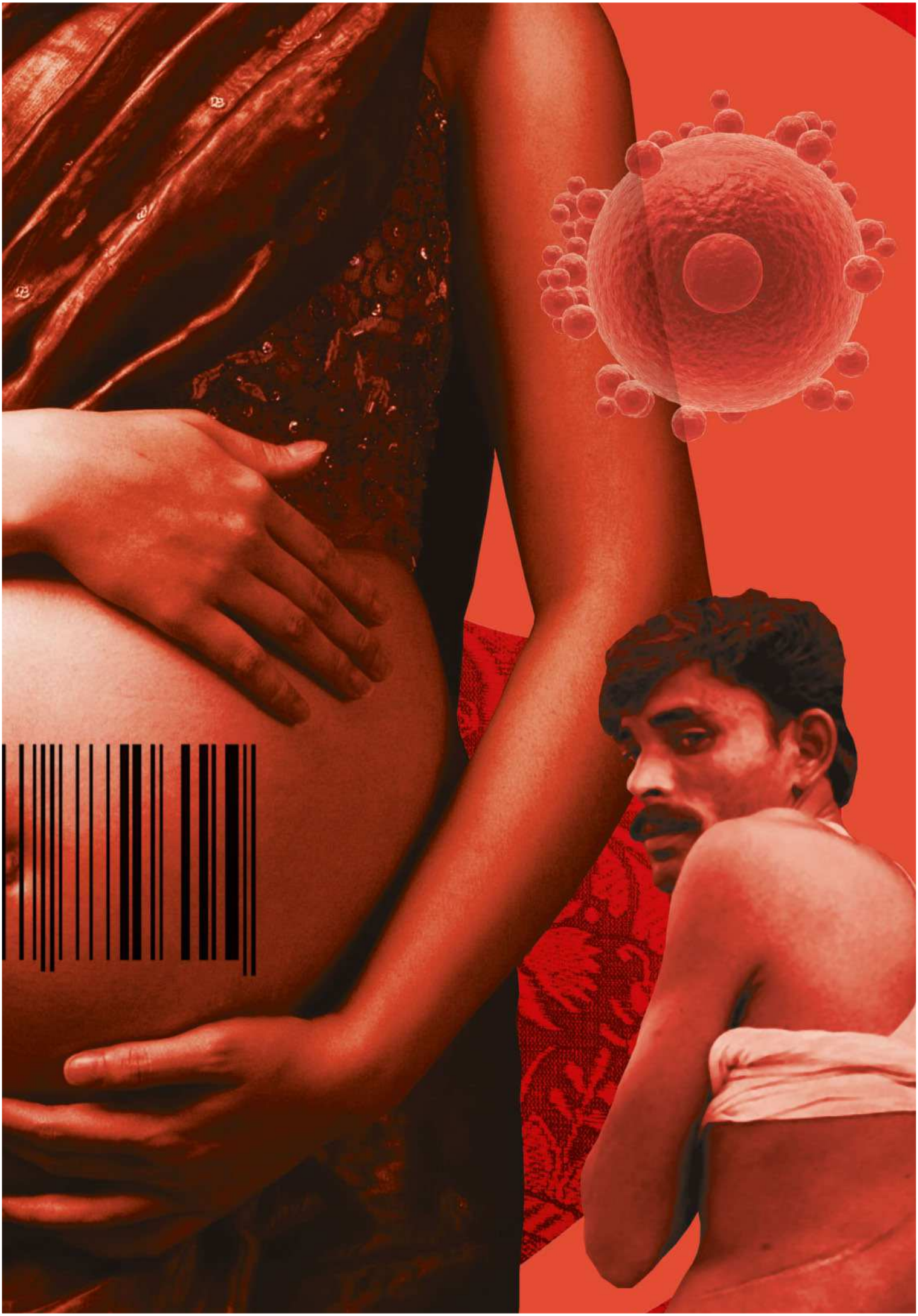
6 Pafford, B. 2009. The third wave – medical tourism in the 21st century. *Southern Medical Journal* vol 102, no 8.

7 Se: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/CDPC%20documents/CDPC%20(2012)%2021%20-%20e%20-%20Draft%20Convention%20against%20Trafficking%20in%20Human%20Organs.pdf

På trods af disse faktorer er der en omfattende international handel med organer som nyrer, den foregår bare illegalt eller i lande, hvor myndighederne mangler mulighed for effektiv implementering af forbud mod operationerne. Meget fattige mennesker er mange steder i verden villige til at sælge deres organer, eller de lokkes til det under falske forudsætninger af kyniske mellemmænd. Igen kan man spørge, om danske myndigheder bør indføre sanktioner mod de borgere, som rejser ud og køber nyretransplantationer, givet at der er tale om handlinger, som også udgør lovovertrædelser i de lande, hvor de udføres? Og hvilke sanktioner er egnede? Bør de offentlige sygehuse fx undlade at efterbehandle patienterne, givet at dette vil give stor risiko for afstødelse af organet og udgøre en alvorlig sundhedsrisiko for patienten?

Behandlingsturisme og handel med menneskelige kropsdele rejser altså en række etiske dilemmaer og lovgivningsmæssige vanskeligheder, som er emnet for denne redegørelse. I de efterfølgende kapitler gennemgås situationen for henholdsvis handel med ægceller, surrogatmoderskab og nyrer. Udgangspunktet for den efterfølgende etiske diskussion vil være, at handel med menneskelige kropsdele i udgangspunktet er etisk problematisk, men det vil blive diskuteret, om alvoren af de etiske problemer kan siges at veksle i de tre tilfælde, og om andre omstændigheder, som for eksempel donorernes mangel på alternative muligheder for at skaffe sig basale livsfornødenheder, taler for, at man lovgivningsmæssigt bør behandle områderne forskelligt. Det sidste kapitel indeholder Rådets anbefalinger til spørgsmålet.

Generelt skal det bemærkes, at dette er et område præget af mangel på præcise empiriske data. Det har derfor været et vilkår i arbejdet med nærværende redegørelse, at Rådet har været nødt til at basere sig på de tilgængelige og ofte utilstrækkelige data. Det gælder de overordnede opgørelser over antallet af behandlingsturister, men også undersøgelser af patienter og donorer og konsekvenserne af forskellige indgreb. Undersøgelser af sådanne faktorer baserer sig ofte på ret små populationer, og resultaterne skal læses med dette forbehold.



2. Etiske temaer om globalisering og kommercialisering

I debatten om medicinsk turisme og kommercialisering trækkes bestemte temaer ofte frem. Et af disse temaer er, hvilke indbyggede etiske problemer der knytter sig til kommercialisering. Dette diskuteres nedenfor. Et andet væsentligt tema er udnyttelse. Når velstillede par fra vesten fx tager til Indien og betaler dårligt stillede kvinder for at være surrogatmødre, er reaktionen fra mange, at det er uacceptabelt, fordi kvinderne udnyttes. Om dette er korrekt afhænger naturligvis af, hvordan begrebet *udnyttelse* mere præcist skal forstås. Dette diskuteres også nedenfor, idet hensigten hermed er at etablere en fælles platform for stillingtagen til de tre udvalgte cases, nemlig surrogatmoderskab, organhandel og ægdonation. På samme måde skal også betydningen af *autonomi* og *værdighed* diskuteres. Også disse begreber er tilbagevendende i debatten om medicinsk turisme og kommercialisering og er ligesom udnyttelse nødvendige at præcisere, før de kan danne udgangspunkt for en stillingtagen til de forskellige typer af aftaler og transaktioner.

2.1 Etiske problemer knyttet til kommercialisering

I Danmark og i de øvrige lande, der har tilsluttet sig *Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin,* er det forbudt at handle med kropsdele. Derimod er det tilladt at yde kompensation for at donere kropsligt materiale. Det er nærliggende at se denne skelnen som et udtryk for, at der kan være etiske problemer knyttet til at kommercialisere kropsligt materiale, mens disse problemer mere eller mindre kan undgås, hvis der alene ydes kompensation. I det følgende vil nogle af de problemer, der kan knytte sig til kommercialisering, kort blive beskrevet. Det skal bemærkes, at påpegningen af disse problemer ikke implicerer en generel kritik af kommercialisering.

Beskrivelsen af de mulige problemer ved kommercialisering tager udgangspunkt i Michael J. Sandel's nyligt udgivne værk *What Money Can't Buy*.[8] På baggrund af overvejelserne i dette værk kan man opdele de mulige faldgruber ved kommercialisering i tre sammenhængende hovedgrupper:

- Kommercialisering kan ændre de involverede personers motiver og dermed deres adfærd.
- Kommercialisering kan ændre forståelsen eller betydningen af det, der købes og sælges.
- Kommercialisering kan være i modstrid med værdier, som vi forbinder med det kommercialiserede objekt, og kan bidrage til at underminere disse værdier. Desuden kan kommercialisering medføre udnyttelse.

8 Sandel, Michael J. 2012. *What Money Can't Buy – The Moral limits of Markets*. Allen Lane, Penguin Books.

2.1.1 Kommercialisering og motivation

En meget vigtig pointe for Sandel er, at økonomiske incitamenter kan ændre de involverede aktørers motivation og dermed deres adfærd, hvilket kan have flere negative konsekvenser, hvoraf særligt to er alarmerende. Sandel illustrerer dette med en lang række eksempler. To af dem skal nævnes her.

Det første er et eksperiment, der blev udført af to økonomer. Økonomerne inddelte nogle studerende, der skulle samle penge ind til velgørenhed, i tre grupper. Den første gruppe fik ingen penge for at samle ind, mens den anden og den tredje gruppe selv fik henholdsvis 1 % og 10 % af det indsamlede beløb. Dette beløb blev betalt med eksterne midler, så beløbet til velgørenhed ikke blev mindre. Da indsamlingen var afsluttet, viste det sig, at den første gruppe havde indsamlet 55 procent mere end gruppen, der fik 1 % udbetalt, mens gruppen med 10 % lå imellem disse to grupper.

På baggrund af eksperimentet foreslår Sandel, at resultatet skal forklares på den følgende måde, idet denne forklaring også harmonerer med en række andre undersøgelser:

> *Det skyldtes sandsynligvis, at dette at betale de studerende for at gøre en god gerning ændrede aktivitetens karakter. At gå fra dør til dør for at samle penge ind til velgørenhed drejede sig nu kun i mindre grad om at gøre sin borgerpligt og mere om at få provision. Det økonomiske incitament forandrede en aktivitet motiveret af samfundssind til et betalt job.*[9]

At kommercialisering på denne måde kan underminere altruistiske og andre fællesskabsorienterede motiver eller dyder har længe været et tema i samfundsfilosofien. Et væsentligt indslag i denne debat har været Richard Titmuss' velkendte forsøg på at påvise en lignende forskel i motivation og effektivitet mellem altruistisk baseret og kommercielt drevet bloddonation.[10] For Titmuss var det imidlertid ikke kun relevant, at altruistisk drevet bloddonation så ud til at føre til en større mængde donationer og en bedre kvalitet af det donerede.[11] Det var også væsentligt, at en altruistisk og en kommercielt drevet donationspraksis ikke så ud til at kunne fungere parallelt, fordi den kommercielle logik tilsyneladende hen ad vejen kom til at infiltrere den altruistiske donationspraksis og medførte et væsentligt fald i antallet af altruistisk orienterede donorer.

En tredje helt central pointe for Titmuss var imidlertid også, at en altruistisk baseret donationspraksis sammen med andre lignende praksisser er et nødvendigt middel til at skabe sammenhængskraft i samfundet. Sådanne praksisser er nemlig ifølge Titmuss med til at skabe og understøtte de motiver og dyder, der er nødvendige for at få samfundet til at fungere som et hele. At altruistiske donationspraksisser kan bidrage til at skabe sammenhængskraft i samfundet er en påstand, det kan være vanskeligt at dokumentere. Men man kan også pege på, at udøvelsen af altruisme er et gode i sig selv, som det kan være værd at fremme. Formodentlig finder de fleste personer det mere tiltalende at leve i samfund med altruistisk donation end i et, hvor donationen sker mod betaling.

Det skal nævnes, at det ifølge Sandel ikke kun er modtageren af penge, der kan ændre motivation og adfærd i forbindelse med kommercialisering. Det gælder også betaleren.

---

9 Ibid. p.118, Rådets oversættelse.

10 Se Titmuss, Richard. 1970. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy.*

11 Det sidste fordi altruistisk orienterede donorer ikke har en interesse i at donere blod, der kan udgøre en smitterisiko, mens dette ikke nødvendigvis gælder for kommercielle donorer.

Sandel giver et pudsigt eksempel på dette. I en børneinstitution indførte man et bødesystem for forældre, der hentede deres børn efter lukketid. Men stik imod forventning førte disse bøder ikke til, at færre forældre hentede deres børn for sent. Tværtimod skete der med tiden det, at langt flere børn blev hentet senere – og denne virkning holdt sig endda efter, at bødesystemet blev ophævet. En mulig forklaring kunne ifølge Sandel være, at forældrene opfattede bøden som en betaling, de var villige til at betale, så de dermed også fik ret til at hente børnene senere. Og dermed blev de normale normer for ansvarlighed over for de ansatte og børnene suspenderet i en sådan grad, at de ikke uden videre lod sig genetablere ved, at der ikke længere blev opkrævet bøder.

Det første eksempel med indsamling af penge til velgørenhed demonstrerer, at der ikke er nogen garanti for, at man får flere donorer i et land som Danmark ved at indføre en betydelig kompensation eller hæve størrelsen på en allerede eksisterende kompensation i forbindelse med fx donation af organer eller æg. Det andet eksempel peger derimod på, at en kommercialisering af donationsforholdet også kan have betydning for modtagerens opfattelse af udvekslingen. Hvis der betales et større beløb for fx æg eller organer, kan materialet blive forstået ud fra en markedsøkonomisk logik og måske i højere grad blive betragtet som en vare, man har betalt for og derfor kan stille krav til – jævnfør også den kendsgerning, at prisen på æg i USA afhænger af donorens uddannelsesmæssige baggrund, mv.

2.1.2 Kommercialisering kan ændre forståelsen af det kommercialiserede objekt

Det er en gammelkendt sandhed, at penge ikke kan købe alt. Man kan fx ikke købe kærlighed, for den slags relationer forudsætter, at der etableres nogle gensidige følelser og forventninger, som man ikke kan skabe ved hjælp af betaling. En mindre kendt sandhed, som i virkeligheden knytter sig logisk til den første, er, at der er mange ting, man godt kan købe, men ikke uden at de ændrer betydning. Et eksempel på det er statsborgerskab. Hvis vi her i Danmark begynder at sælge dansk statsborgerskab til meget velbetalende personer – sådan som man er tæt på at gøre i USA – så er vi så småt ved at opløse den forståelse af statsborgerskab, som vi indtil nu har betjent os af. Ud fra den handler statsborgerskab blandt andet om graden af tilknytning til landet og ikke alene om vedkommendes økonomiske forhold.

På samme måde er det med nogle af de rettigheder og pligter, vi har som borgere i samfundet. Hvis vi tillader den enkelte borger at sælge sin mulighed for at stemme til andre eller at betale en anden for at aftjene sin værnepligt, er vi også godt i gang med at ændre forståelsen af borgerskab og af udvekslingen mellem den enkelte og samfundet som helhed. Hermed ikke være sagt, at denne type af ændringer nødvendigvis er til det værre. Men det er vigtigt at være opmærksom på, om man faktisk ønsker disse ændringer – og hvorfor de kommer i stand.

2.1.3 Kommercialisering og underlæggende værdier

I det allerede omtalte værk om kommercialisering giver Michael J. Sandel et bud på, hvornår kommercialisering kan ændre forståelsen af goder eller aktiviteter på en måde, som kan siges at virke korrumperende:

> *Vi korrumperer et gode, en aktivitet eller en social praksis, så snart vi opfatter den eller indgår i den ud fra en laverestående værdi eller norm end den, der i den givne sammenhæng er passende. Et ekstremt eksempel er, at hvis man får børn for at sælge dem, så korrumperer man forældreskabet, fordi man opfatter børn som ting, man kan bruge, og ikke som levende væsener, man skal elske*.[12]

12 Michael J. Sandel (2012), p. 46, Rådets oversættelse.

Eksemplet er velvalgt, fordi det bringer pointen tydeligt frem: I nogle tilfælde er vores forståelse af goder eller aktiviteter tydeligvis forbundet med værdier og normer, der er helt og aldeles uforenelige med kommercialisering.

De vanskelige tilfælde befinder sig midt imellem disse yderpunkter. Her er det nødvendigt at foretage en form for værdimæssigt udgravningsarbejde for at finde ud af, hvad det er for værdier og normer, der eventuelt kan korrumperes. Sandel giver et meget relevant eksempel på, hvilken karakter dette udgravningsarbejde har:

> *For at afgøre, om en kvindes reproduktionsevne kan indgå i en markedstransaktion, er vi nødt til at spørge, hvilken slags gode det er: Skal vi opfatte vores kroppe som ejendele, vi ejer og kan gøre brug af og disponere over, som vi har lyst til – eller udgør nogle måder at bruge vores krop på en selv-degradering? Dette er et stort og kontroversielt spørgsmål, som dukker op i debatter om prostitution, surrogatmoderskab og salg af æg og sæd. Før vi kan afgøre, om markedsrelationer er passende inden for sådan et område, må vi først tage stilling til, hvilke normer og værdier der bør regulere vores seksuelle og reproduktive livsudfoldelse.*[13]

At det stillede spørgsmål er yderst kontroversielt at besvare kan illustreres med diskussionen om begrebet værdighed, der indgår i Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin fra 1997. I denne konvention anføres det, at underskriverne af konventionen skal beskytte alle menneskers værdighed og identitet. Men i diskussionerne om ægdonation er der uenighed om, hvorvidt det er uforeneligt med menneskelig værdighed at kommercialisere æg.

Nogle mener, at der eksisterer en sådan uforenelighed, fordi det er at behandle mennesket som middel og ikke som mål i sig selv at handle med kropsdele. Andre har derimod den modsatte opfattelse ud fra den betragtning, at menneskets værdighed ikke anses for at være knyttet til anvendelsen af enkelte kropsdele.[14]

At der faktisk eksisterer sådanne uenigheder skaber komplikationer i forhold til spørgsmålet om, hvordan et givent område skal reguleres rent lovgivningsmæssigt. Udgør uenigheder om fx surrogatmoderskab og ægdonation fx et argument for at lave en liberal lovgivning og overlade beslutningen til de relevante aktører selv? Eller bliver vi som samfund tværtimod nødt til at bestemme, hvilke værdier vi ønsker denne type af transaktioner skal basere sig på, for derefter at bygge vores lovgivning op omkring denne beslutning?

2.1.4 Forskellige typer af incitamenter

I forlængelse af den ovenstående diskussion af kommercialiseringens mulige korrumperende effekt er det nærliggende at spørge, om det er muligt at skabe incitamenter til at donere eller fx være rugemor, som ikke er af rent økonomisk karakter. The Nuffield Council on Bioethics diskuterer dette spørgsmål i deres redegørelse *Human bodies: donation for medicine and research* (2011), hvor der skelnes mellem forskellige måder at motivere potentielle donorer til at donere på.

En type af tiltag er dem, der fokuserer på, og forsøger at understøtte, den altruistiske motivation, den potentielle donor allerede er i besiddelse af. Sådanne tiltag kan for eksempel bestå i:

---

13 Ibid. p. 47, Rådets oversættelse.

14 For en nærmere diskussion se fx kap. 4 i The Nuffield Council on Bioethics (2011): *Human bodies: donation for medicine and research.*

1. At informere om behovet for donation af kropsligt materiale til behandling af andre eller til forskning.
2. At udvise anerkendelse af og taknemmelighed for den altruistiske donation på en måde, som er passende set i forhold til donoren og det donerede.
3. At fjerne nogle af de barrierer og forhindringer, som personer, der er motiverede til at donere, oplever.
4. Tiltag, der giver personer, der allerede er disponerede for at donere, en ekstra tilskyndelse eller opmuntring i forhold til at donere.[15]

Ifølge The Nuffield Council er de fire nævnte tiltag relativt ukontroversielle, fordi de understøtter en allerede eksisterende altruistisk motivation og altså ikke medvirker til at fjerne den. Eksempelvis er der ifølge The Nuffield Council intet problem i at bevare en altruistisk motivation, selv om donoren kompenseres for transportudgifter og reelt tabt arbejdsfortjeneste mv., hvis det ikke ligefrem stiller personen økonomisk bedre, end personen ville være stillet uden donationen.

Omvendt forholder det sig med de to følgende tiltag, der ifølge The Nuffield Council ikke har fokus på altruistiske motivation, men tværtimod kan medvirke til at underminere den altruistiske motivation, en potentiel donor i forvejen var i besiddelse af. Netop derfor er disse tiltag problematiske og må altid overvejes nøje:

5. Tiltag, hvor der tilbydes fordele eller goder, som er af samme karakter som det donerede eller har tilknytning til donationen og kan opmuntre personer, der ellers ikke ville have overvejet at donere, til at gøre det.
6. Økonomiske incitamenter, hvor donorens økonomi forbedres på grund af donationen.[16]

Som et eksempel på tiltag 5 anfører The Nuffield Council ægdeling, hvor en kvinde, der selv er barnløs og overvejer et IVF-forløb, gives mulighed for at få et barn, fordi hun får behandlingen gratis eller til nedsat pris mod at give overskydende, ubefrugtede æg videre til andre kvinder.

På baggrund af den opstillede liste over typer af tiltag tilkendegiver The Nuffield Council flere holdninger, der er relevante for diskussionen af medicinsk turisme og kommercialisering:

- Tiltag af type 5 er mindre problematiske end tiltag af type 6, fordi de er sværere at opfatte som egentligt salg af kropsdele.
- Man bør afprøve mindre problematiske tiltag, før man iværksætter mere problematiske, dvs. tiltag 1-4 før tiltag 5-6 og også som nævnt tiltag 5 før tiltag 6.
- Hvis man benytter sig af tiltag 6, skal transaktionen have en sådan karakter, at betalingen opfattes som en belønning til den person, der donerer – og altså ikke som en betaling for det donerede. Fx skal betalingen til en ægdonor ikke afhænge af antallet af æg eller deres kvalitet.

15 The Nuffield Council on Bioethics (2011): *Human bodies: donation for medicine and research*, p. 7, Rådets oversættelse.

16 Ibid.

2.2 Hvad er værdighed?

Begrebet ”værdighed” spiller en central rolle i den nutidige debat om brugen af diverse bioteknologier.[17] Det spiller samtidig en meget sammensat rolle. På den ene side har det en fremtrædende rolle i diverse konventioner og erklæringer, hvor det benyttes til at tage stilling til konkrete anvendelser af givne bioteknologier. I praksis er der således en vis konsensus både om begrebets væsentlighed og om, hvilke vurderinger af teknologierne, det fører med sig. På den anden side er det imidlertid svært at give en bare nogenlunde præcis definition af begrebet, der synes at have en række forskellige og ofte modsatrettede betydninger. For så vidt som der kan opnås enighed om brugen af begrebet i en given sammenhæng, vil enigheden derfor ofte være af intuitiv karakter: Det er måske muligt at blive enige om vurderingen af, at noget er uværdigt, men det er straks sværere at blive enige om og forklare, hvordan begrebet værdighed mere præcist kan begrunde den etiske dom.

I det følgende skal der først gives eksempler på den rolle, begrebet værdighed har spillet i konventioner og traktater. Derefter vil nogle af de væsentligste definitioner kort blive præsenteret. Indledningsvist skal der imidlertid gives to eksempler på etiske vurderinger, der tager afsæt i begrebet værdighed, og som mange formodentlig vil kunne tilslutte sig. Det første er taget fra Det Etiske Råds redegørelse ”Psykiatriske patienters vilkår” fra 1997, hvor det anføres:

> *I forskellige samfund og til forskellige tider vil der være forskelle i, hvad der betragtes som uværdigt eller ydmygende, og dermed samtidig i, hvad der ligger i et begreb om menneskelig værdighed. I en europæisk sammenhæng fremstår tvangsmæssig fiksering som en krænkelse af personens værdighed, endskønt det i nogle tilfælde er den eneste mulighed for at berolige en forstyrret patient. Hvorfor? Fordi der i den europæiske kultur ligger en forestilling om, at mennesket er selvstændigt og frit, og fiksering forekommer at være den absolutte nægtelse af selvstændighed og frihed.*

Som det fremgår, anses det altså for at være kulturelt betinget, hvad der anses for at være uværdigt, hvilket kan bidrage til at forklare vanskelighederne med at finde en fælles definition. Ikke desto mindre kan mange vesterlændinge formodentlig uden videre tilslutte sig citatets påstand om, at tvangsfiksering udgør en krænkelse af patientens værdighed – uden at det dermed er sagt, at fastspænding i alle tilfælde er forkert. Der kan være andre værdier involveret som fx patientens sikkerhed, der i den givne situation må tillægges større betydning.

Det andet eksempel er taget fra bogen *Principles of Biomedical Ethics*,[18] hvor det nævnes, at det kan være uværdigt for beboere på et plejehjem at gå nøgne omkring, på trods af at de selv har taget deres tøj af og ikke føler sig krænkede eller generede af deres nøgenhed. Også dette eksempel demonstrerer et interessant aspekt af værdighedsbegrebet, nemlig at vurderinger af værdighed ikke nødvendigvis er snævert knyttet til den enkeltes egen opfattelse af sin situation. En person kan med andre ord godt befinde sig i en situation, der er uværdig for ham eller hende, uden selv at være klar over det eller enig i det.

---

17 Se fx Caulfield, Timothy and Roger Brownsword. January 2006. Human dignity: a guide to policy making in the biotechnology era?. *Nature Reviews Genetics 7*: 72-76.

18 Beauchamp, Tom L. and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth edition, Oxford University Press.

2.2.1 Værdighed i traktater og konventioner

Som nævnt er værdighedsbegrebet et centralt begreb i flere konventioner og traktater. Det indgår fx som en del af selve grundlaget for de menneskerettigheder, der er indeholdt i FN's verdenserklæring om menneskerettigheder fra 1948. Dette fremgår blandt andet af, at begrebet nævnes to steder i indledningen, idet indledningen fremstår som en begrundelse for de konkrete rettigheder i de efterfølgende artikler. Desuden indgår begrebet i den første artikel i erklæringen:

> ***INDLEDNING***
> *Da anerkendelse af den mennesket iboende værdighed og af de lige og ufortabelige rettigheder for alle medlemmer af den menneskelige familie er grundlaget for frihed, retfærdighed og fred i verden,…*
>
> *Da De forenede Nationers folk i pagten påny har bekræftet deres tro på fundamentale menneskerettigheder, på menneskets værdighed og værd og på lige rettigheder for mænd og kvinder, og har besluttet at fremme sociale fremskridt og højne levevilkårene under større frihed, (….).*
>
> *Artikel 1.*
> *Alle mennesker er født frie og lige i værdighed og rettigheder. De er udstyret med fornuft og samvittighed, og de bør handle mod hverandre i en broderskabets ånd.*

Værdighedsbegrebet er også centralt i Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin, idet det her indgår i beskrivelsen af det overordnede formål med konventionen:

> *Artikel 1 - Formål*
> *Parterne i denne konvention skal beskytte alle menneskers værdighed og identitet og skal uden forskelsbehandling garantere alle respekt for deres integritet og andre rettigheder og frihedsrettigheder med hensyn til anvendelsen af biologi og medicin.*

Som det fremgår af præambelen til konventionen, er denne formålsbeskrivelse knyttet sammen med en erkendelse af, at misbrug af biologi og medicin kan føre til handlinger, der er til fare for menneskets værdighed.

Endelig skal det nævnes, at begrebet værdighed også indgår i UNESCO's deklaration om det humane genom og menneskerettigheder, fx i artikel 2 og 11:

> *Article 2*
> *(a) Alle har ret til at få respekteret deres værdighed og rettigheder uafhængigt af deres genetiske egenskaber.*
>
> *(b) Menneskets værdighed gør det uomgængeligt ikke at reducere individet til dets genetiske egenskaber og at respektere, at individer er unikke og forskelligartede (..)*
>
> *Article 11*
> *Handlemåder, som er uforenelige med menneskelig værdighed, fx reproduktiv kloning af mennesker, skal ikke tillades. Stater og kompetente internationale organisationer inviteres til at samarbejde om at identificere sådanne handlemåder og tage initiativ til – på nationalt eller internationalt niveau – at sikre, at principperne i denne deklaration respekteres.*[19]

19 Citaterne fra artikel 2 og 11 er Rådets oversættelse.

Nogle kritikere anfører imidlertid, at bestemmelser som fx den i artikel 11 på det nærmeste er umulige at efterleve, så længe begrebet om værdighed ikke er defineret nærmere. Ifølge Audrey R. Chapman gælder dette netop for deklarationen om det humane genom og menneskerettigheder, idet der intet steds i konventionen siges noget om, hvordan praksisser, der er uforenelige med menneskelig værdighed, kan identificeres.[20]

2.2.2 Definitioner af værdighedsbegrebet

Som det fremgår, er værdighedsbegrebet bygget ind i flere væsentlige erklæringer og konventioner og har på den måde haft indflydelse på i hvert fald den vestlige kultur. Som nævnt er det imidlertid ikke indlysende, hvordan begrebet skal forstås. I det følgende skal der derfor meget kort gives nogle definitioner af begrebet – eller rettere, det skal beskrives, hvilke traditioner og tankesæt begrebet er blevet knyttet sammen med. Mere præcise og entydige definitioner er der således kun i meget begrænset omfang tale om.

2.2.2.1 Værdighed som excellence og det gode liv

Ifølge *Den Store Danske* blev ordet ”værdighed” i middelalderen brugt om menneskers værdighed (lat. dignitas) som Guds skabninger og fra renæssancen om et menneskes personlige værd, mens det nu snarere bruges om en persons udstråling og som karakteristik af evnen til at bære stor modgang i livet.

I én udlægning af begrebet betyder værdighed noget i retning af excellence, ære, agtelse eller dyd. I denne udlægning kan begrebet forstås sådan, at det værdige liv er det liv, der udtrykker nogle af de grundlæggende værdier og dyder, som hører med til et godt og værdifuldt menneskeliv.

Disse grundlæggende værdier og dyder kan forstås som etiske i den snævre forstand, at de angår de hensyn, vi bør tage til andre og den holdning, vi bør anlægge til andre mennesker for at udvise tilstrækkelig omsorg og respekt. Ud fra denne forståelse kan man fx således sige, at det er uværdigt for to personer at leve sammen med hinanden, hvis relationen er blottet for næsten enhver form for hensyntagen eller indlevelse. Pointen er altså ikke primært, at det er forkert at behandle et andet menneske på en sådan måde. Pointen er snarere, at det er uværdigt for begge personer i en relation, hvis de af en eller anden grund ikke er i stand til at behandle den anden på en anstændigt måde og altså ikke formår at udvise en af de mest fundamentale dyder, der hører med til et godt menneskeliv.

I en lidt bredere udlægning angår de relevante værdier og dyder det enkelte menneskes livsudfoldelse på et mere generelt niveau og henviser dermed også til, om individets aktiviteter i al almindelighed lever op til de forestillinger, vi har om et værdifuldt menneskeliv. På baggrund af denne udlægning kan mange forskelligartede typer af aktiviteter eller tilstande være kandidater til at blive betragtet som uværdige for den givne person. Man kan med god ret hævde, at udøvelse af undertrykkelse er værdighedskrænkende; at en persons værdighed krænkes ved, at personen bliver gjort til slave; at det er uværdigt at fremstå nøgen eller beskidt i det offentlige rum eller ikke at kunne forsørge sig selv og sin familie. osv. Som det fremgår, er det indeholdt i disse mulige vurderinger, at det modsat er værdigt og hører med til det værdifulde menneskeliv at leve et liv med en vis grad af selvbestemmelse, at opretholde en passende hygiejne i det mindste udadtil osv.

---

20 Se Chapman, Audrey R. 2011. Human Dignity, Bioethics, and Human Rights. *Health Care, Bioethics and the Law*, *Amsterdam Law Forum,* Vol. 3:1.

Hvis man henholder sig til denne opfattelse af værdighed, vil der uundgåeligt være uoverensstemmelser både mellem forskellige personer og forskellige kulturer om, hvornår en tilstand eller en aktivitet skal betegnes som værdig/uværdig. Dette hænger sammen med den variation, der er i opfattelsen af det gode menneskeliv. Fx accepterer nogle kulturer flerkoneri, mens det i andre kulturer givetvis vil blive opfattet som uværdigt for en kvinde at være gift med en mand med mere end én kone.

En mulig indvending mod den beskrevne opfattelse af værdighed kunne være, at begrebet om værdighed ikke er direkte sammenfaldende med begrebet om det gode menneskeliv. Det er kun særlige tilstande eller aktiviteter, der rimeliggør påstande om værdighed eller uværdighed. Det gælder ikke alle de tilstande og aktiviteter, der har med det gode liv at gøre. Denne kritik er formodentlig berettiget, men det skal nævnes, at den er forsøgt imødegået i den moderne litteratur om emnet. Filosoffen M. C. Nussbaum har således forbundet værdighedsbegrebet med sin egen opfattelse af ”capabilities”, dvs. hvilke reelle funktions- og handlingsmuligheder en given person har. Pointen er nu, at det ifølge Nussbaum er muligt at udforme en liste over de menneskelige capabilities, som er centrale rammebetingelser for at leve et værdigt menneskeliv. Blandt disse capabilities kan fx nævnes ”kropslig sundhed: At være i stand til at opretholde et godt helbred, herunder også reproduktiv sundhed, at være i en passende ernæringstilstand og være tilstrækkeligt påklædt” og kropslig integritet: At kunne flytte frit fra sted til sted; at være sikret mod overgreb, herunder seksuelle overgreb og vold i hjemmet, at have mulighed for at opnå seksuel tilfredsstillelse og træffe reproduktive valg”.[21] Nussbaums liste åbner ikke mulighed for at træffe usvigeligt sikre vurderinger angående værdighed, men den udpeger i det mindste de områder, hvor sådanne domme kan være velanbragte.

2.2.2.2 Værdighed og kristendom

Historisk set har værdighedsbegrebet også en klar tilknytning til den bibelske skabelsesberetning, hvor mennesket beskrives som værende skabt i Guds billede. Hvis mennesket er skabt i Guds billede, kan dette ud fra nogle forståelser uden videre tages til indtægt for i det mindste to forhold. For det første har menneskeheden som helhed en anden status og værdi end den øvrige skabelse, dvs. en højere værdighed. Det er netop denne højere værdighed, kunne man hævde, der giver mennesket den adkomst til at herske over den øvrige natur, som det ifølge skabelsesberetningen har. Ikke nødvendigvis ved at udnytte naturen til egen vinding, men måske snarere som en slags stedfortrædere for Gud.

For det andet har også det enkelte menneske en værdighed, netop fordi det er skabt i Guds billede. Hvad man præcist kan udlede heraf kan diskuteres, men tankegangen er ofte blevet benyttet til at begrunde, at det menneskelige liv i en eller anden udstrækning er ukrænkeligt. Dette kan forstås på den måde, at man ikke må tage eller destruere menneskeligt liv, eller det kan udlægges sådan, at der er grænser for, hvor meget man – jævnfør UNESCO’s deklaration om det humane genom og menneskerettigheder – må manipulere med menneskeligt liv. I begge forståelser er det nødvendigt at tage stilling til, hvornår der mere præcist er tale om menneskeligt liv. Starter det menneskelige liv fx allerede ved befrugtningen eller først på et senere tidspunkt? Det er også nødvendigt at forholde sig til, hvad det vil sige at behandle menneskeligt liv på en værdig måde. Er det fx uværdigt at skabe et nyt individ ved hjælp af reproduktiv kloning og i så fald hvorfor?

21 Nussbaum, M. C. 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach,* Cambridge and New York: Cambridge University Press, her citeret efter Chapman 2011.

Det skal nævnes, at også mange sekulære – dvs. ikke-religiøse – forståelser af menneskelig værdighed tager udgangspunkt i den opfattelse, at mennesket både som art og som individ er noget særligt. Et eksempel på en definition af værdighed, der tager udgangspunkt i en sådan opfattelse, er at finde i en artikel af den indflydelsesrige, amerikanske læge William P. Cheshire:

> *En foreslået definition af menneskelig værdighed er: Den ophøjede etiske status som hvert enkelt menneskeligt væsen entydigt er i besiddelse af. Menneskelig værdighed opnår realitet i kraft af menneskets essens og er således ikke knyttet til bestemte funktionelle færdigheder med varierende funktionsevne. En bekræftelse af den ophøjede status fremgår af eksistensen af egenskaber som evnen til at gennemføre abstrakte ræsonnementer, anvende sprog, være samvittighedsfuld og at handle frit. Mennesket har evnen til at udvikle og anvende disse egenskaber, medmindre det begrænses af sygdom, tvang eller af sin egen vilje. At et væsen besidder menneskelig værdighed skaber bestemte, uforanderlige moralske forpligtelser for andre.*

Som det fremgår, er det enkelte menneskes værdighed ikke bundet op på dets egne specifikke egenskaber. Værdigheden er tværtimod givet i kraft af træk ved menneskeheden som sådan. Heraf følger også, at man udmærket kan argumentere for, at det enkelte menneskes værdighed kan krænkes, selv om det ikke selv oplever at blive krænket, idet tilsidesættelsen af dets menneskelighed er uafhængig af, hvad det selv oplever eller vælger. For eksempel kan man argumentere for, at det er uværdigt at være slave, selv om man selv har valgt det og føler sig godt tilpas med at være det. Det rummer under alle omstændigheder en fornedrelse af ens menneskelighed.

2.2.2.3 Værdighed og Kant

I Immanuel Kants (1724-1804) filosofi er begrebet om værdighed knyttet sammen med en anerkendelse af de særlige evner for autonomi og moralsk handlen, personer besidder. Man kan derfor lidt forenklet hævde, at Kants værdighedsbegreb med rimelighed kan erstattes af det princip om at respektere andre personer autonomi, som er beskrevet i det forudgående. Denne tankegang vil derfor ikke blive forfulgt nærmere her. Det skal imidlertid nævnes, at et af Kant formuleret princip har haft en selvstændig betydning for diskussionen af værdighed, nemlig Kants såkaldte kategoriske imperativ i sin anden formulering. Princippet lyder som følger: *Handl, således at menneskeheden i din egen person såvel som i enhver anden person aldrig kun behandles som middel, men altid tillige som mål i sig selv.*

At behandle andre mennesker alene som middel er således ensbetydende med at behandle dem uværdigt, fordi deres iboende værdi ikke anerkendes. En anden og beslægtet formulering er, at en sådan behandling tingsliggør andre personer. De opfattes som genstande og ikke som subjekter med et selvstændigt perspektiv på tilværelsen, som skal tages alvorligt og respekteres i sin egen ret.

Det skal bemærkes, at Kants kategoriske imperativ i sin anden formulering ikke er helt enkelt at anvende. Princippet siger nemlig ikke, at man *overhovedet ikke* må behandle andre som middel. Det siger derimod, at man ikke *kun* må behandle andre som middel. Om Kants imperativ i en given situation er berettiget at tage i anvendelse, afhænger derfor i praksis af, hvornår grænsen er overskredet for, i hvor høj grad det er acceptabelt at anvende andre som midler. I mange sammenhænge afgøres dette formodentlig af en række forholdsvis specifikke træk knyttet til den givne situation. For eksempel betragtes almindeligt lønarbejde normalt ikke som værende uforeneligt med princippet, medmindre den ansatte har helt urimeligt dårlige arbejdsforhold.

2.2.3 Opsamling vedrørende værdighedsdiskussionen

Opsamlende skal det nævnes, at de beskrevne forståelser af værdighedsbegrebet måske kan bidrage til at forklare, hvorfor begrebet er vanskeligt at have med at gøre. For dels er det hæftet sammen med flere forskellige tankesæt, som ikke uden videre har noget med hinanden at gøre. Og dels giver de tankesæt, som begrebet er hæftet op på, heller ikke hver for sig en præcis definition af begrebet. Der er snarere tale om en udpegning af de problemfelter, begrebet har med at gøre. Hvornår det er berettiget at anvende begrebet overlades måske herefter til den enkeltes intuition. Om disse uklarheder ved begrebet gør det uanvendeligt i praksis, er der imidlertid delte meninger om. Nogle mener, at dette er tilfældet, mens andre hævder, at lignende uklarheder knytter sig til en lang række af bioetikkens andre grundbegreber.

2.3 Hvad er udnyttelse?

Rent definitorisk er der bred enighed om, at udnyttelse som minimum forudsætter, at en person A (udnytteren) drager fordel af en situation, som involverer B (den udnyttede), på en upassende eller urimelig måde, hvilket blandt andet muliggøres af, at A i en eller anden forstand er den overlegne part i situationen.[22] Dette kan fx skyldes, at A har større magt, rigdom eller viden end B. Definitionen indebærer ikke, at A nødvendigvis er bevidst om, at han udnytter B, eller at han selv har skabt den situation, der muliggør udnyttelsen. Men A må nødvendigvis høste fordel af situationen i en sådan grad, at den må betragtes som uberettiget, netop fordi den er opnået på en urimelig måde.

Det er væsentligt, at udnyttelse ikke implicerer, at den udnyttede nødvendigvis stilles dårligere eller direkte skades af transaktionen med udnytteren. Tværtimod er det foreneligt med begrebet om udnyttelse, at den udnyttede også opnår fordele ved transaktionen sammenlignet med udgangssituationen. Man kan hævde, at det netop er dette aspekt ved udnyttelse, der gør begrebet interessant på det teoretiske niveau. For hvis den udnyttede også opnår fordele af transaktionen, hvordan kan den så være forkert? Begrebet om udnyttelse implicerer jo netop, at der er tale om et forløb, der etisk set er kritisabelt.

Man kan skelne mellem udnyttelse, der skader den udnyttede, og udnyttelse der er til fordel for den udnyttede. Den sidste form for udnyttelse er naturligvis den, det er vanskeligst at forholde sig til. Den første form forekommer det således umiddelbart rimeligt at gribe ind overfor og forsøge at undgå. Ligeledes kan man skelne mellem udnyttelse, som den udnyttede ikke har givet frivilligt og informeret samtykke til, fx fordi den udnyttede ikke er blevet tilstrækkeligt informeret eller er blevet manipuleret med, og udnyttelse, som den udnyttede har givet frivilligt og informeret samtykke til. Også i dette tilfælde er det indlysende, at den anden form for udnyttelse er vanskeligere at forholde sig til end den første.

De nævnte distinktioner er et meget anvendeligt udgangspunkt for en etisk diskussion af fx rugemoderskaber og organhandel, fordi de gør det muligt at fokusere på den type af transaktioner, der primært rummer etiske problemer eller dilemmaer. Hvis en rugemoder fx ikke giver et frivilligt og informeret samtykke til transaktionen, så er aftalen alene af den grund forkert og bør forhindres. Man kan mene, at det samme gælder, hvis aftalen utvivlsomt kommer til at skade rugemoderen, også selv om hun faktisk har givet frivilligt og informeret samtykke til at gennemføre den. Derimod er det ikke indlysende, hvordan

22 Se Wertheimer, Alan. 2008. Exploitation. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (http://plato.stanford.edu/entries/exploitation/) og Goodin, Robert E. 1995. *Protecting the Vulnerable*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

man skal forholde sig til aftaler, der er til gensidig fordel, og som rugemoderen har givet frivilligt og informeret samtykke til.

At udnyttelse kan være til gensidig fordel og involvere samtykke fra den udnyttede, kan illustreres med et eksempel. En svagelig bilist er løbet tør for benzin midt i ørkenen i bagende hede uden vand og telefon. Hans benzintank er blevet utæt. En anden bilist kommer tilfældigvis forbi. Han har masser af benzin i sin reservedunk og tilbyder at sælge noget af den for 1000 kr. literen. Den svagelige bilist køber 5 liter, hvilket er tilstrækkeligt til at bringe ham ud af ørkenen. Det vil han gerne give 5000 kr. for. Ikke desto mindre kan man hævde, at han er blevet udnyttet, fordi han kun ville betale så meget, fordi han var i en meget udsat situation. Den anden bilist burde højest have taget det beløb for benzinen, som han selv havde givet for den.

Som det fremgår, er et af de bærende elementer i forståelsen af udnyttelse, at udnytteren opnår en fordel af transaktionen på en urimelig måde. Det ville derfor være en fordel, hvis det var muligt at sige noget om, hvordan det specifikt urimelige ved udnyttelse skal beskrives. Dette synes imidlertid ikke at være muligt. Eksempelvis hævder filosoffen Robert E. Goodin[23], at ”der er ingen karakteristika ved handlinger, som i sig selv gør dem til udnyttelse. Det afhænger fuldstændig af den kontekst, de udføres i – af karakteren af den transaktion [the nature of the game], de involverede mener, de er i gang med”.[24] Ifølge Goodin er udnyttelse således tæt knyttet til mangel på ”fair play”. Udnyttelse involverer, at man ikke følger de formelle eller uformelle regler, der knytter sig til spillets ethos, men i stedet går efter at opnå en fordel i en situation, hvor det er upassende at gøre det. Goodin giver flere eksempler på, hvad der kan gøre det upassende at gå efter en fordel og altså retfærdiggøre en påstand om udnyttelse. Det gælder fx i de følgende situationer:

- Hvis man har at gøre med personer, der ikke selv er ude efter at opnå fordele. Et eksempel her kan fx være, at man forsøger at drage fordel af, at en anden person er forelsket i én.

- Hvis man har at gøre med personer, der ikke er i stand til at følge spillets regler og selv gå efter fordele. Dette kunne være tilfældet, hvis man fx snyder en blind person ved at give for få penge tilbage. Dette er ikke blot snyd, det er også udnyttelse.

- Hvis man har at gøre med personer, som er én klart underlegne. Et eksempel kunne være økonomiske aftaler mellem børn og voksne.

- Hvis man opnår fordelen på grund af andres dårlige situation eller ulykke. Det kunne fx være tilfældet, hvis man sælger en behandling med dårlig effekt til en meget syg person.

Listen er på ingen måde udtømmende, men efter Goodins opfattelse kan man helt generelt sige, at udnyttelse involverer en overtrædelse af et grundfæstet princip om ikke at udnytte sårbare personer. På den måde er udnyttelse altid knyttet til, at relationen mellem udnytteren og den udnyttede i en eller anden forstand ikke er jævnbyrdig.

Denne ujævnbyrdighed kan eventuelt være helt situationsbestemt, hvilket fx er tilfældet i eksemplet med bilisten, der tager en ublu pris for benzinen fra reservedunken.

---

23 Denne og de følgende henvisninger til Goodin, Robert E. 1988. *Reasons for Welfare.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

24 Goodin (1988) s. 143.

Den ovenstående beskrivelse af begrebet udnyttelse implicerer ikke nødvendigvis, at økonomiske transaktioner mellem velstillede og meget dårligt stillede personer for enhver pris skal undgås. Derimod kan man hævde, at det ikke er på sin plads at lade en eventuel betaling til den dårligt stillede være et resultat af en "fri" forhandlingsproces mellem parterne. I så fald ville "fordelingen" af fordelene næsten uundgåeligt ende med at være asymmetrisk – netop på grund af den dårligt stillede persons udsatte eller sårbare situation. Hvis sådanne transaktioner skal gennemføres, skal den dårligt stillede derfor tilbydes en retfærdig eller rimelig pris. Hvordan en sådan pris kan fastlægges, er imidlertid vanskeligt at svare på. Nogle har foreslået, at den må fastlægges i en hypotetisk markedssituation med relativt perfekte markedsbetingelser. Et problem med en sådan model kan imidlertid være, at der måske er nogle transaktioner, ingen ville acceptere under perfekte markedsvilkår, fx salg af nyrer. I sådanne tilfælde leverer modellen derfor ikke noget svar.

Det er vigtigt, at udnyttelse ikke er uforeneligt med, at den udnyttede træffer et valg, der udover at være informeret og frit også er rationelt givet den udnyttedes faktiske situation. Man kan mene, at dette nogle gange er tilfældet i forbindelse med fx handel med organer og ægceller samt ved aftaler om surrogatmoderskab. Hvis disse transaktioner faktisk er den udnyttedes bedste mulighed for at forbedre sin egen og sine eventuelle pårørendes livssituation og ikke rummer en risiko, der ikke står mål med indtjeningsmulighederne, kan det set fra den udnyttedes eget perspektiv være rationelt at indgå i transaktionen. Som nævnt medfører dette imidlertid ikke, at transaktionen må anses for at være problemløs ud fra en etisk betragtning.

Til slut skal det nævnes, at man kan argumentere for, at mulighederne for at udnytte de enkelte borgere alt andet lige må anses for at være dårligere i et velfærdssamfund som det danske end i samfund med større grupper af meget dårligt stillede – i hvert fald når det angår de former for udnyttelse, der har at gøre med økonomiske aftaler eller transaktioner. Ifølge Goodin kan dette forhold endda siges at udgøre en af begrundelserne for overhovedet at etablere en velfærdsstat:

> *Ved at sikre, at alle borgeres basale behov tilfredsstilles i kraft af en upersonlig og regelbundet indsats fra de offentlige institutioners side, gør vi ellers afhængige mennesker væsentligt mindre afhængige af (og dermed mindre sårbare i forhold til) handlinger og valg foretaget af specifikke personer, som ellers kunne have opnået en urimelig fordel ved at udnytte afhængigheden og sårbarheden.*[25]

Hvis dette er korrekt, må aftaler om fx rugemoderskab eller organhandel alt andet lige siges at medføre en mindre risiko for udnyttelse, hvis de gennemføres i Danmark end i lande som Indien eller Pakistan.

2.4 Hvad er paternalisme og autonomi?

Et tilbagevendende argument for at indskrænke valgmulighederne for potentielle surrogatmødre, organdonorer eller ægdonorer er, at de ikke kan give et frit eller informeret samtykke til en aftale og derfor ikke er i stand til at varetage deres egne interesser selv. Et sådant ræsonnement er paternalistisk og benyttes flere gange i denne redegørelse. Derfor skal det diskuteres i det følgende, hvad paternalisme er – og hvornår det kan siges at være berettiget at udøve paternalisme.

25 Goodin (1988) p. 125, Rådets oversættelse.

Indskrænkninger i en persons selvbestemmelse af hensyn til personen selv betegnes som paternalisme og kan defineres som: ”En persons bevidste tilsidesættelse eller begrænsning af en anden persons udtrykte ønsker eller handlemuligheder, hvor den person, som begrænser den andens muligheder, begrunder dette med, at det er til fordel for og sker af hensyn til den person, hvis muligheder indskrænkes”.[26]

Når en person handler paternalistisk, tilsidesætter personen med andre ord en anden persons ret til selvbestemmelse eller autonomi med det formål at gavne personen eller forhindre, at personen skades. Paternalistiske handlinger opfattes som oftest som problematiske i et samfund som det danske, hvor der i mange sammenhænge lægges vægt på personers ret til at bestemme selv. Dette gælder også inden for sundhedssektoren. Fx fremgår det af § 2 i sundhedsloven, at ”Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse”. Og denne formålserklæring har sat sig spor i mange af bestemmelserne i loven.

2.4.1 Forskellige former for paternalisme

I debatten om paternalisme skelner man mellem forskellige former for paternalisme. En vigtig skelnen er mellem hård og blød paternalisme. Den hårde paternalist overtrumfer en anden persons selvbestemmelse eller autonomi, selv om han eller hun anser den anden person for at være fuldt ud beslutningsdygtig. Den bløde paternalist griber derimod ind for at forhindre den anden person i at udføre handlinger, som af en eller anden grund må betegnes som ufrivillige eller ikke-autonome. Den bløde paternalist anser altså den anden person for at være enten momentant eller varigt inhabil til at træffe beslutninger, hvilket er en del af begrundelsen for at gribe ind.

2.4.1.1 Hård paternalisme

I diskussionen om paternalisme har et tilbagevendende tema været, om det nogensinde er på sin plads at udøve paternalisme over for personer, der er fuldt ud beslutningshabile. En almindelig opfattelse er, at dette ikke er tilfældet. Hvis man er fuldt ud beslutningshabil, er man samtidig også den bedste til at vurdere, hvad det er bedst eller rigtigst for én at gøre eller at udsætte sig selv for. Dette hænger blandt andet sammen med, at man kender sine egne værdier og interesser bedre, end andre gør. Netop derfor er man også bedre til at afgøre, hvilken risiko man er villig til at løbe for at opnå et bestemt gode.

Det er ikke i sig selv et udtryk for manglende beslutningshabilitet, at en person vælger at tilsidesætte sin egen velfærd for at tilgodese andres velfærd. Tværtimod kan det være det eneste rigtige at gøre ud fra de værdier, personen har. At kommercielle donorer primært udfører donationen for at forbedre familiens levestandard, berettiger altså ikke uden videre, at man af paternalistiske grunde indskrænker deres frihed. En væsentlig pointe i diskussionen om selvbestemmelse er således, at menneskelig livsudfoldelse er værdibaseret og kan udtrykke mange forskellige typer af værdier. Hvordan disse værdier skal fortolkes og afvejes i forhold til hinanden, kan være svært at afgøre for andre end personen selv. Dette forhold er netop en af begrundelserne for, at hård paternalisme sjældent anses for acceptabelt.

2.4.1.2 Blød paternalisme

Hvor hård paternalisme i al almindelighed anses for at være uacceptabel, er der derimod bred enighed om, at blød paternalisme i mange tilfælde kan forsvares. Det

26 Beauchamp, Tom L. and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics.* Fourth Edition, Oxford University Press, s. 274. Rådets oversættelse.

springende punkt er således ikke, om udøvelse af blød paternalisme i nogle tilfælde kan retfærdiggøres. Det springende punkt er derimod, i hvilke tilfælde, det mere præcist er på sin plads at udøve blød paternalisme.

2.4.1.3 Betingelser for at udøve blød paternalisme

Litteraturen om paternalisme rummer en mangfoldighed af forsøg på at opstille og præcisere kriterierne for, hvornår det er berettiget at udøve blød paternalisme. Et af de helt fundamentale kriterier er, at personen ikke er beslutningshabil og altså ikke er i stand til at give et gyldigt informeret samtykke eller et gyldigt informeret afslag på det tilbud, personen præsenteres for. Om dette er tilfældet må blandt andet afgøres ud fra de følgende parametre:

1. Personens evne til at forstå, at han eller hun har forskellige valgmuligheder.
2. Personens forståelse af sin egen situation.
3. Personens evne til at ræsonnere og forholde sig rationelt.
4. Personens evne til at forholde sig til sin situation og handlemuligheder på baggrund af de værdier og interesser, personen (normalt) tilslutter sig.

En gennemgående opfattelse i litteraturen om paternalisme er, at jo større en risiko en person løber, og jo større risiko for irreversible følgevirkninger, en person udsætter sig selv for, des højere krav kan man tillade sig at stille til patientens færdigheder under punkt 1-4, når man skal tage stilling til, om det er berettiget at foretage et blødt paternalistisk indgreb.

Den meget omfattende litteratur om kriterierne for at udøve blød paternalisme skal ikke diskuteres nærmere. Blot skal det nævnes, at de enkelte kriterier sjældent har karakter af at være enten realiserede eller ikke-realiserede – de er derimod realiserede i større eller mindre grad. Derfor er det som oftest et skøn, hvilken grad af beslutningshabilitet en person skal være i besiddelse af for at være habil til at træffe en given beslutning. Personen kan nemlig udmærket vurderes at være i stand til at træffe nogle beslutninger, men ikke andre.

Argumenter for at forbyde surrogatmoderskab, handel med nyrer eller ægdonation har ofte karakter af blød paternalisme. Det gælder fx det følgende argument, som er fremført af Simon Rippon:

> *Jeg vil argumentere for, at muligheden for at sælge et organ helt forudsigeligt vil føre til, at fattige mennesker i mange tilfælde holdes ansvarlige af andre for at gøre brug af og i særdeleshed for ikke at gøre brug af den. Jeg vil også argumentere for, at det på ingen måde er til fordel for disse fattige mennesker, at de på forudsigelige måder holdes ansvarlige for, om de sælger deres organer eller ej.*

I én udlægning kan argumentet opfattes som en instans af blød paternalisme.[27] Hvis en person har mulighed for at sælge sine organer og vælger at gøre det, må det anses for at være et udtryk for et pres fra omgivelserne. Der er derfor ikke tale om et frit valg. Af den grund kan det være acceptabelt at forhindre personen i at have muligheden. Omvendt kan det også have negative konsekvenser for personen, hvis han eller hun undlader at sælge sine organer. I dette tilfælde vil omverdenen måske bebrejde personen det manglende salg. Alt i alt er det bedste altså, at muligheden for at sælge sine organer slet ikke eksisterer.

27 Udlægningen er ikke fuldstændigt tro mod teksten.

3. Typer af behandlingsturisme – tre eksempler: handel med æg-celler, rugemoderskab og organer

Handel med menneskelige æg

3.1 Handel med menneskelige æg

3.1.1 Ægdonation og æg som handelsvare

En væsentlig del af behandlingsturismen vedrører fertilitetsbehandling, og i den kategori udgør kunstig befrugtning med donoræg en væsentlig andel.

Siden 1970'erne har det været muligt at udtage modne æg fra æggestokkene på en kvinde. Dermed kan æg doneres til andre kvinder med manglende ovariefunktion eller kvinder der ikke producerer æg. De hyppigste årsager hertil er Turners syndrom eller præmatur menopause.

Ved udtagningen af ægget anvendes en kanyle, som føres gennem skedetoppen eller maveskindet ind i æggestokken, hvorved der stikkes hul på ægblæren og ægget kan suges ud. Ved hjælp af hormonstimulation af kvinden er det blevet muligt at udvikle flere ægblærer med modne æg i æggestokkene samtidigt, og der er dermed skabt mulighed for at udtage flere modne æg ved indgrebet.

Ubefrugtede æg kan holdes levende i lang tid i den rette væske eller nedfrosset, hvilket er en anden forudsætning for, at æggene kan doneres til andre kvinder. Siden 1997 har det i Danmark været en lovreguleret mulighed for kvinder at donere æg anonymt og uden økonomisk kompensation udover dækning af deres omkostninger ved donationen. Dansk lovgivning indeholder nemlig et eksplicit forbud mod at sælge, formidle salg eller på anden måde medvirke til salg af ubefrugtede eller befrugtede menneskelige æg (lov om assisteret reproduktion § 12).[28]

Der er dog i dag kvinder, som ønsker at gennemgå den ikke risikofri procedure, der er forbundet med ægdonation.

Ægudtagningen er ofte smertefuld og kan medføre blødning og betændelse. Hormonbehandling kan give ubehag og smerter og andre komplikationer, og ved overstimulation kan der ske alvorlige forskydninger i salt- og væskebalancen. Det er formentlig medvirkende årsag til, at der er ret få ægdonorer og dermed en ret betydelig

venteliste på behandlingen i Danmark. I den situation søger en række danske kvinder og par behandling i lande, hvor kompensationen til donorerne har en størrelse, så der ikke er mangel på ægdonorer.

3.1.1.1 Den globale situation

Da man ikke i de europæiske lande registrerer data om egne borgeres fertilitetsrejser, findes der ikke officielle tal på omfanget af denne trafik. Der er tale om et marked, som er delvist illegalt, hvorfor data om omfanget af det er utilstrækkelige. En del undersøgelser og reportager fra de senere år peger dog på, at der er tale om et marked i vækst. Forfatterne til en omfattende undersøgelse af patienter på 46 fertilitetscentre i seks europæiske lande, som modtager patienter fra andre lande, anslår, at 11.000 – 14.000 patienter i Europa årligt får udført fertilitetsbehandlinger i andre europæiske lande.

---

28 Imidlertid er det tilladt at udbetale donoren et vederlag for vedkommendes omkostninger forbundet med ægdonation, hvilket giver anledning til spørgsmål om, hvad der udgør en rimelig kompensation, uden at der bliver tale om egentlig betaling. Der udbetales fx forskellige kompensationsbeløb på danske og svenske hospitaler, og i Lund har et forsøg, hvor man udbetaler 11.000 SEK til ægdonorer, fjernet manglen på æg (Dahlgaard, M og U.G. Hansen. 2013. Svenske æg til danske kvinder. *Berlingske Tidende* 15. juni 2013). Se en diskussion af dette samt Rådets anbefalinger for kompensationens størrelse i Rådets udtalelse fra januar 2013 på: http://www.etiskraad.dk/EtiskRaad/Hoeringssvar/~/media/bibliotek/udtalelser/2013/DER-Udtalelse-om-kompensation-for-aegdonation.pdf

Blandt de par, der indgik i undersøgelsen, modtog 22,8 % donor æg og 3,4 % donation af embryoner (såvel æg som sæd).[29] Det sidste er forbudt i Danmark, hvor kunstig befrugtning kun må udføres, hvis enten den kommende far eller mor leverer kønsceller og dermed bliver genetisk forælder til barnet.

De kvinder, der opsøger behandlingerne, angiver i undersøgelser flere grunde til, at de søger til udlandet. Blandt de hyppigste er ventelister på donoræg i hjemlandet, men også lavere priser på behandling i udlandet har betydning. Desuden angiver mange etisk betingede restriktioner på behandlingerne i hjemlandet som en årsag. [30] I Danmark består disse restriktioner i forbud mod betaling for æg, og at der som nævnt ikke må udføres samtidig æg- og sæddonation. Der er også en aldersgrænse for kvinder, der ønsker at modtage æg, på 45 år.

Forbuddet mod at betale ægdonorer gælder i princippet i hele Europa, idet de fleste europæiske lande har tilsluttet sig *Europarådets Konvention om Menneskerettigheder og Biomedicin*[31]*,* som har et forbud mod at lade den menneskelige krop og dens bestanddele give anledning til økonomisk gevinst. Dermed har de også forpligtet sig til at imødegå handel med menneskelige æg. Men der er en gråzone, idet de fleste lande tillader en vis økonomisk kompensation til donorerne, og niveauet af kompensationen varierer såvel fra land til land som mellem klinikker i landene. I nogle lande, fx i Sydeuropa, har kompensationen en størrelse, som indikerer, at kvinderne ikke donerer af altruistiske grunde, men reelt sælger deres æg. I disse lande er der ikke ventetid på donoræg på private klinikker.

I en del lande udenfor Europa er handel med æg ikke forbudt. Det gælder for eksempel USA, hvor hverken ægdonation eller fertilitetsbehandling generelt er reguleret i noget særligt omfang. Kompensation for ægdonation er overladt til selvregulering guidet af et sæt retningslinjer fra *The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*. Amerikanske fertilitetsklinikker rapporterer, at de årligt behandler 1.399 kvinder fra andre lande (hvilket udgør 4% af deres behandlinger). Den største gruppe patienter kommer fra Latinamerika (39%) og fra Europa (25%). Samtidig anslås det, at 217 amerikanske kvinder hvert år søger behandling i udlandet.[32]

I Indien er handel med æg ikke alene ikke forbudt, det tilskyndes af den indiske stat, som ser behandlingsturisme, og herunder fertilitetsturisme, som et lovende, økonomisk satsningsområde. I øjeblikket er området ureguleret, men en lov om kunstig befrugtning, som i flere år har været under behandling i parlamentet men ikke er vedtaget, foreslår en officiel legalisering. Det hedder i §26 (6), at: ”An ART bank may advertise for gamete donors and surrogates, who may be compensated financially by the bank.”[33]

3.1.1.2 Eksempler på udbyderlande

Som nævnt er kompensationerne til ægdonorer i flere sydeuropæiske lande af en størrelsesorden, så der reelt er tale om handel med æg. Spanien og Tjekkiet var de mest søgte europæiske lande for de kvinder, der i ovenstående undersøgelse rejste for at modtage ægdonation. Andre europæiske lande, der ofte figurerer som modtagere af fertilitetsrejsende, er Grækenland og Cypern.

---

29 Shenfield et al. 2010. Cross border reproductive care in six European countries. *Human reproduction* published March 26.

30 Hudson et al. 2011. Cross-border reproductive care: a review of the literature. *Reproductive Biomedicine Online 22* p. 680.

31 Se også Europa-Parlamentets beslutning om handel med humane ægceller, PG_TA (2005)0074.

32 Hudson et al. 2011.

33 Draft: The Assisted reproductive technologies (regulation) bill – 2010.

I Spanien udgør en almindelig kompensation 900 Euro til ægdonorer (ca. 6.800 DKK), mens den i Tjekkiet typisk ligger på 800 Euro (6.000 DKK).[34] Her er det dog vigtigt at tage højde for det relative prisniveau i forskellige lande. I Tjekkiet udgør 800 Euro således langt mere end en månedsløn for en fabriksarbejder. Det er også vigtigt at tage højde for landets velstandsniveau og de donerende kvinders mulighed for at finde arbejde. For eksempel er kvinder fra Ukraine i nogle tilfælde villige til at flyve til Cypern for at donere æg for ca. USD 500 (3.000 DKK).[35] Når donorer således flyves ind, skyldes det, at nogle nordeuropæiske kvinder ønsker donorer, der har samme etnicitet som dem selv. De er derfor villige til at betale højere priser for at få en donor med kaukasiske træk.

Endnu billigere æg kan købes i egentlige udviklingslande. Således beretter det britiske dagblad *The Guardian* om kvinder i Indiske landsbyer, som sælger deres æg for ca. 650 DKK, hvilket dér svarer til det dobbelte af en mands månedsløn.[36]

I USA er den økonomiske kompensation for ægdonation som nævnt overladt til selvregulering guidet af et sæt retningslinier fra *The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*. Dette selskab anbefaler, at fertilitetsklinikkerne betaler mellem USD 5.000 (29.000 DKK) og USD 10.000 (ca. 58.000 DKK) for donoræg, men retningslinierne er altså ikke bindende. Ifølge et studie af 105 annoncer indrykket i 63 studenteraviser, som blev udført i 2006, tilbød 50% af annoncerne at betale USD 5.000 eller mindre for et æg, 27% tilbød USD 5.-10.000 og 23% tilbød mere, en enkelt annonce tilbød USD 50.000 (290.000 DKK) for et æg fra den rette donor. Priserne er afhængige af donorens udseende, etnicitet og intelligens (høje karakterer på prestige-skoler).[37]

Trods de højere priser rejser nogle europæere, der søger ægdonation, til USA. Således viser amerikanske data, at 45% af de kvinder, der årligt rejser til USA for at modtage ægdonation, kommer fra Europa. Samtidig rejser nogle amerikanske par til lande, hvor priserne på donoræg og på behandlingspakker er lavere end i USA.[38]

På samme måde som priserne på æg varierer meget mellem forskellige lande, gør priserne på en behandling med donerede æg det også: Journalisten Scott Caney angiver fx, at en behandling i USA gennemsnitligt koster USD 40.000 (230.000 DKK), mens den på Cypern kan fås til USD 8.000 (ca. 44.000 DKK). [39]

3.1.1.3 Et globalt marked

Der er i sandhed tale om et globalt og diversificeret marked for handel med menneskelige æg, og markedsgørelsen betyder, at der sker en rangordning af ægdonorerne. I den øverste ende forsøger nogle kommende forældre at ”købe sig til” et barn med nogle bestemte egenskaber ved for at betale høje priser for æg fra smukke, amerikanske elitestuderende.

---

34 Bergman, S. 2011. Reproductive agency and projects: Germans searching fo regg donation in Spain and the Czech Republic. *Reproductive Biomedicine online,* 23. Side 601ff.

35 Caney, S. 2010. Unpacking the global human egg trade.

36 Prasad, Raekha. 2008. The fertility tourist. *The Guardian.* Wednesday 30 July.

37 Levine, A. 2010. Self-Regulation, Compensation, and the Ethical Recruitment of Oocyte Donors. *Hastings Center Report* 40, no. 2: 25-36.

38 Her fra Hudson et al. 2011. Cross-border reproductive care: a review of the literature. *Reproductive Biomedicine Online* 22: 673-685.

39 Caney 2010.

I den nederste ende befinder de fattigste donorer sig i en så svag position, at de risikerer at blive udnyttet og udsat for uforsvarlig behandling i forbindelse med donationen. Der er en risiko forbundet med ægdonation, hvis der overstimuleres med det follikelstimulerende hormon, som skal sikre, at kvinden modner æg til udtagning; gerne lidt flere, end normalt. Hvis der modnes for mange æg, kan det føre til ovarielt hyperstimuleringssyndrom (OHSS), som er en potentielt livstruende tilstand med blandt andet forstørrede ovarier og væskeansamlinger.[40] Beretninger fra Indien angiver, at nogle læger giver doser af follikelstimulerende hormon, der langt overstiger det anbefalede, for at øge antallet af æg, som kan udtages i en cyklus (og dermed den modtagende kvindes graviditetschancer). Fattige og ressourcesvage donorer forholdes ofte oplysninger om de risici, dette medfører, og de får af økonomiske grunde ikke den nødvendige behandling, hvis de bliver overstimulerede.[41]

Selvom tilstandene formentlig ikke alle steder er så grelle som på disse indiske klinikker, kan det som køber af donoræg i et andet land være svært at vide, om ægdonoren har været igennem en proces med informeret samtykke, har fået forsvarlige doser af medikamenter og er blevet betalt en pris, der kan anses for rimelig, for sine æg.

Selvom fattige donorer dermed ofte løber en risiko for en meget lav betaling, ser nogle kvinder selv salg af deres æg som deres bedste mulighed for at klare økonomiske udgifter til basale ting som mad og uddannelse af deres børn. *The Guardian* citerer ægdonor Pushpa fra en landsby i staten Gujarat, som solgte et æg for ca. 650 DKK (GBP 70) (det dobbelte af hendes mands månedsløn), for at sige:

> *Jeg føler mig ikke udnyttet; her i landsbyen indebærer alle aspekter af livet udnyttelse: Hvor meget mad du kan få, hvornår du skal have sex. Dette er den bedste mulighed, der var til rådighed for mig. Jeg ville sende mine børn i en god skole. De får en bedre fremtid.*

Ægdonoren sælger i langt de fleste tilfælde deres æg til fertilitetsklinikkerne, og der er i mange tilfælde også mellemmænd involveret. Det er disse led, der henter de største fortjenester på proceduren.

3.1.1.4 Situationen for danskere, der får betalt ægdonation i udlandet

Der er ingen restriktioner for danskere, der – ofte bistået af danske fertilitetsklinikker – rejser til udlandet og køber sig til en fertilitetsbehandling med donoræg. I praksis vil det

formentlig også være særdeles vanskeligt at dokumentere, at en kvinde, der vender gravid hjem fra en ferie, er blevet gravid som følge af kommerciel ægdonation.

3.1.2 Etisk diskussion af handel med æg

Handel med æg uden for Danmark rummer på det principielle niveau en række af de samme etiske problemstillinger som kommercielt surrogatmoderskab og organhandel. For det første er der en risiko for, at den kvinde, der sælger sine æg, udnyttes, hvilket muliggøres af hendes udsatte situation med fattigdom, lavt uddannelsesniveau mv. Udnyttelsen kan blandt andet ske ved, at hun overstimuleres med hormoner, så der kan skaffes mange salgbare æg, eller ved, at kvindens betaling ikke er rimelig set i forhold til den risiko og indsats, der er forbundet med udtagningen af æggene. Ofte modsvarer betalingen heller ikke den betaling, mellemmændene eller de involverede

40 Ingerslev, J. et al. 2012. Udvikling og udfordringer i fertilitetsbehandling i Danmark. *Ugeskrift for læger,* 174/41.

41 Prasad, Raekha. 2008. The fertility tourists. *The Guardian* 30. juli og Tanderup Kristensen, Malene. 2012. Cross-border Reproductive Care - Surrogacy in India. Aarhus University Hospital.

sundhedspersoner får, ligesom kvinden ikke nødvendigvis får tilstrækkelig medicinsk efterbehandling, hvis der opstår problemer i forbindelse med udtagningen.

En anden problemstilling er, at kvindens samtykke til aftalen i mange tilfælde kan være vanskeligt at betegne som autonomt. Dette kan hænge sammen med, at hun ganske enkelt forholdes informationen om risikoen ved hormonstimulation og udtagning af æg. Eller det kan skyldes, at hendes situation er så desperat, at hun ikke har reelle valgmuligheder og i den forstand må siges at være presset eller tvunget af sin situation til at acceptere at sælge sine æg.

Et tredje problem er, om det er uværdigt for kvinden at sælge sine æg, fordi hun tilsidesætter sin egen reproduktive frihed – sin ret til at disponere over sine æg i forbindelse med sin egen reproduktion – og tingsliggør dele af sin egen krop ved at behandle den som et middel til økonomisk indtjening.

Endelig rummer handel med æg et problem, som også knytter sig til rugemoderskab, nemlig at kommercialiseringen kan tænkes at have betydning for forståelsen af forældreskabet. Som nævnt i afsnittet ovenfor er prisen på æggene i mange tilfælde særdeles afhængig af kvindens forudsætninger og egenskaber, idet veluddannede kvinder fx kan få flere penge for æggene end uuddannede. Det kan ikke udelukkes, at dette aspekt af kommercialiseringen kan bidrage til at ændre forståelsen af og forventningerne til det kommende barn hos den kvinde eller det par, der modtager et æg. Hvis man har betalt mange penge for et æg fra en elitedonor, forventer man måske også, at dette giver sig udslag i de egenskaber, det kommende barn vil få.

De beskrevne problemstillinger er grundigt beskrevet andre steder i denne redegørelse og vil derfor ikke blive beskrevet nærmere her. Det er også beskrevet, hvordan man kan forsøge at imødegå problemerne, eksempelvis ved at lave certificeringsordninger, som fastlægger bestemte minimumskrav angående vilkårene for indgåelse og gennemførelse af aftalen. Dog kan det naturligvis diskuteres, om problemerne ved handel med æg er lige så graverende som i forbindelse med surrogatmoderskab og organhandel. I nogle henseender synes dette ikke at være tilfældet. Fx kan indgrebet i kvindens reproduktive frihed næppe betegnes som lige så radikalt i forbindelse med handel med æg som i forbindelse med rugemoderskab, ligesom de sundhedsmæssige gener ved udtagning af æg som oftest vil være mindre end ved fjernelse af en nyre.

3.1.2.1 Statens opgaver og forpligtelser

I adskillige år har der været færre ubefrugtede æg til rådighed end kvinder der ønskede at modtage dem i Danmark. I et forsøg på at skaffe flere æg er der gennem de seneste år blevet indført en mere liberal lovgivning, hvor det blandt andet er blevet tilladt for kvinder, der ikke selv er i fertilitetsbehandling, at donere æg, ligesom både donation fra en kendt donor og krydsdonation er blevet tilladt. Ved krydsdonation modtager en kvinde et æg fra en kendt donor, typisk en veninde eller en slægtning, som via en pulje ”byttes” til et æg fra en for kvinden ukendt donor, hvorefter kvinden får dette æg befrugtet og sat op i livmoderen. På denne måde sikres det, at ægdonorens anonymitet bevares. Kvinden bliver ikke gravid med sin venindes eller slægtnings æg, og veninden eller slægtningen kan have et forøget incitament til at donere, netop fordi kvinden gives mulighed for at blive gravid, uden at der opstår forviklinger på grund af, at veninden eller slægtningen er den biologiske mor til det barn, der kommer ud af arrangementet.

På trods af disse tiltag er der imidlertid stadig stort underskud af æg til donation i Danmark, hvilket er grunden til, at nogle kvinder eller par tager til udlandet og skaffer

sig et æg der mod betaling. Set fra et statsligt perspektiv er manglen på æg i flere henseender ikke hensigtsmæssig. Dels medfører den, at nogle kvinder eller par ikke får det barn, de ønsker sig. Dels medfører den som sagt, at nogle kvinder eller par tager til udlandet og skaffer sig et æg mod betaling, hvorved de i det mindste i nogle tilfælde næppe får en så optimal behandling, som de kunne have fået, hvis behandlingen var blevet udført i Danmark. Dertil kommer, at danske borgere hermed mere eller mindre tvinges til at deltage i et arrangement, som ikke nødvendigvis kan retfærdiggøres, eftersom det medfører en udnyttelse af fattige kvinder og i nogle tilfælde også er i modstrid med Bioetikkonventionen. Som nævnt er egentlig handel med æg ifølge denne konvention ikke tilladt. Også nogle danske fertilitetsklinikker deltager i trafikken, idet de via deres hjemmesider tilbyder at formidle kontakt til klinikker i blandt andet Spanien og Grækenland, som kan tilbyde fertilitetsbehandling med donor-æg mod betaling. De danske klinikker tilbyder også at formidle mandens sæd til klinikken med henblik på befrugtning af donorægget, samt at stå for hormonbehandling af de danske kvinder, så de kan modtage det befrugtede æg.[42]

Man kan diskutere, i hvilken grad det er det offentliges opgave at medvirke til, at behovet for donerede æg dækkes, hvorved de beskrevne negative følger af mangelen på æg også ville blive imødegået. I forhold til et samfund som det danske kan man udmærket argumentere for, at dette er tilfældet, fordi det offentlige også i andre sammenhænge har påtaget sig opgaven med at dække borgernes sundhedsrelaterede behov. Dette synspunkt deles af The Nuffield Council:

> *Vi vender her tilbage til ideen om staten som "forvalter" af sundhed. Vi mener, at opfattelsen af staten som forvalter af borgernes sundhed er af meget grundlæggende karakter og også er anvendelig i forbindelse med statens forpligtelser angående donation af kropsligt materiale. Vores holdning er, at forvalterrollen i lige så høj grad omfatter donation af reproduktivt materiale som andre former for kropsligt materiale, uanset at reproduktionen efter nogles opfattelse er at betragte som et privat anliggende.*

Selv om man har dette synspunkt, er det naturligvis ikke acceptabelt at fremskaffe hverken kropsligt eller reproduktivt materiale for enhver pris. Der kan være andre hensyn, der peger i den modsatte retning. I forbindelse med ægdonation er nogle af de modsatrettede hensyn, det virker mest oplagt at tage i betragtning fx således hensynet til donoren, hensynet til at bevare fællesskabsværdier ved at understøtte altruistisk baserede donationer samt hensynet til det kommende barn. Under alle omstændigheder er et væsentligt spørgsmål imidlertid, om det er muligt at skaffe flere æg til donation i Danmark med etisk acceptable midler.

3.1.2.2 Kompensation og handel

Som nævnt er det på grund af Bioetikkonventionen ikke tilladt at handle med æg i Danmark, men det er tilladt at yde kompensation for donationen. Et interessant spørgsmål er, om man kan skaffe flere æg til donation ved at hæve kompensationsbeløbet og i forlængelse heraf, hvor stort kompensationsbeløbet kan være, før der reelt er tale om betaling.

Et af formålene med at yde kompensation i stedet for betaling kan være at sikre, at donoren foretager donationen ud fra altruistiske motiver. Hermed ikke være sagt, at donoren ikke må have andre motiver til at donere end altruisme, men der kan være en

42 Se fx http://www.lundstrom.dk/Aegdonation_i_udlandet.htm og http://www.copenhagenfertilitycenter.com/behandlingen/gdonation.htm

risiko for, at altruistiske og økonomiske motiver har vanskeligt ved at sameksistere. Det må antages, at muligheden for en sådan sameksistens afhænger af flere forhold.

For det første må det antages, at muligheden for sameksistens af altruistiske og økonomiske motiver afhænger af, hvor stor kompensationen er. At dette er tilfældet kan illustreres med det følgende citat fra en dansk ægdonor, Stinne Fruelund, som tidligere havde doneret æg et par gange for et beløb på ca. 1900 DKK. pr. gang. Heraf var de 500 DKK for selve donationen, mens de øvrige penge var afregning for transportomkostninger. Ifølge Stinne Fruelund ville det kunne ændre hendes forståelse af donationen at hæve kompensationen til fx 5000 DKK:

> *Nu har jeg valgt at blive donor, før jeg vidste, at jeg ville få noget for det økonomisk. Derfor ved jeg med mig selv, at jeg stadig ville gøre det, fordi jeg gerne ville hjælpe andre. Men 5.000 DKK er rigtig mange penge for en enlig mor som mig. Så et eller andet sted kunne jeg godt overveje at donere æg som en eventuel løsning, hvis jeg var i pengenød. Jeg synes i hvert fald, at det er et farligt dilemma.*[43]

Citatet demonstrerer, at det kan være vanskeligt at fastholde et altruistisk motiv til at donere, hvis kompensationen er tilstrækkelig høj. Stinne Fruelunds antagelse er således, at hvis kompensationen var på 5.000 DKK i stedet for 500 DKK, ville hun formodentlig kun kunne opfatte sin donation som altruistisk, fordi hun tidligere havde doneret til en væsentligt lavere pris. Hvis kompensationen fra starten af havde været 5.000 DKK, ville det altså for hende have været sværere at opfatte det som en altruistisk motiveret handling.

Det skal nævnes, at hvis gruppen af ægdonorer hen ad vejen stort set udelukkende kom til at bestå af økonomisk motiverede donorer, ville den generelle opfattelse af ægdonation let kunne ændre sig, så både de involverede aktører, selve transaktionen og de donerede æg blev forstået i markedsøkonomiske termer. Men hvis der fandt et sådant perspektivskifte sted, ville dette kunne have en række konsekvenser for denne praksis. Fx ville det kunne medføre, at der blev færre i stedet for flere æg til donation i Danmark. For i princippet ville det være irrationelt for en dansk ægdonor at foretage sin donation i Danmark, hvis hun kunne få en højere pris i udlandet. Hypotetisk set ville en forhøjelse af kompensationen for ægdonation i Danmark derfor i det lange løb kunne føre til knaphed på æg, fordi donorerne ville være rent økonomisk orienterede og derfor ville søge derhen, hvor prisen var højest. Dette vil ikke nødvendigvis ske, hvis donorerne så sig selv som deltagere i en delvist altruistisk orienteret praksis. Desuden er der heller ingen garanti for, at den økonomiske motivation for at donere æg nødvendigvis er stærkere for danske borgere end den altruistiske.

Det er altså ikke givet, at problemet med ventelister på æg til donation i Danmark kan afhjælpes ved at hæve kompensationsbeløbet. Et alternativ kunne imidlertid være at betragte kompensationen som sammensat af en økonomisk kompensation for transport og tabt indtjeningsmulighed samt en symbolsk anerkendelse af donorens indsats. Man kan måske tænke sig, at kompensationen til en ægdonor ikke kun skulle bestå af penge, men i stedet fx af et betalt rekreationsophold, der kunne benyttes efter donationsforløbet. Hvis et sådant ophold var tilstrækkelig lukrativt, ville det måske kunne udgøre et incitament til at donere, som ikke ville underminere den altruistiske motivation.

43 Berlingske 11. december 2012, 1. sektion, side 6: ”Ægdonor: Penge skaber et farligt dilemma”.

Internationalt surrogatmoderskab

3.2 Internationalt surrogatmoderskab

3.2.1 Forskellige former for surrogatmoderskab

Surrogatmoderskab betegner et arrangement, hvor en kvinde indvilger i at blive gravid med det formål, at hun skal føde et barn, som hun overdrager til andre ved fødslen. Med den teknologiske udvikling indenfor fertilitetsbehandlingen er der nu biologisk set to former for surrogatmoderskab:

- Traditionelt surrogatmoderskab: Surrogatmoderen er genetisk mor til barnet, enten ved naturmetoden eller ved at hun insemineres med den planlagte fars sæd (sæden kan naturligvis også stamme fra en sæddonor),

- Gestationelt surrogatmoderskab: Surrogatmoderen leverer ikke ægget, det kan enten stamme fra den planlagte mor (hvis denne producerer æg men ikke har en funktionsdygtig livmoder) eller fra en ægdonor. Sæden kan igen komme enten fra kvindens partner eller en sæddonor. Befrugtningen sker in vitro, og det befrugtede æg overføres til surrogatmoderen. Det første beskrevne tilfælde var i 1984.[44]

Fænomenet begyndte først at få betydning, da surrogatmoderskab foranstaltet ved hjælp af insemination begyndte at dukke op som kommercielt fænomen i USA i slutningen af 1970'erne og starten af 1980'erne. Her var det naturligvis surrogatmoderen, der leverede ægget og blev genetisk mor til barnet.

I de sidste 10-år har den anden type surrogatmoderskab vundet frem, og den anvendes i dag i 95% af tilfældene i USA, mens det i Indien stort set er den eneste anvendte metode.[45] For mange surrogatmødre har det stor betydning, at de ikke er genetiske mødre til barnet, og at befrugtningen sker in vitro, da utroskab i for eksempel Indien er særdeles socialt stigmatiserende.[46]

Surrogatmoderskab er i dag ønsket, hvis en kvinde af medicinske grunde ikke kan gennemføre en graviditet, fordi hendes livmoder er misdannet eller skadet, for eksempel som følge af cancerbehandling. Nogle kvinder er født med fungerende æggestokke men uden fungerende livmoder, og kan således levere æg, der kan befrugtes og lægges op i en surrogatmoder. Desuden ønsker nogle mandlige, homoseksuelle par og enlige at få børn ved surrogatmoderskab. Ønsket kan bestyrkes af, at det er tiltagende vanskeligt at adoptere udenlandske børn, mens udbuddet af danske børn til adoption er meget lille.

3.2.1.1 Sociale og psykologiske aspekter ved surrogatmoderskab

Under en graviditet etableres både psykologisk, biologiske og epigenetiske tilknytninger mellem den gravide kvinde og fosteret.[47] Det er vanskeligt på baggrund af de eksisterende undersøgelser at konkludere noget bestemt om betydningen af at være surrogatbarn for børns trivsel og tilknytning til deres forældre. Der er kun udført enkelte undersøgelser med få deltagere af trivslen hos børn født ved surrogatmoderskab. Et britisk studie udført over 10 år sammenligner 32 børn født ved surrogatmoderskab med 32 født ved ægdonation og 54 født ved traditionel befrugtning. Her fandt man, at relationen mellem forældre og surrogat-børn i førskolealderen var mere positiv, end

---

44 Jadva et al. 2003. Surrogacy: The experiences of surrogate mothers. Human Reproduction , vol.18, no.10: 2196-2204.

45 Smerdon, U.R. 2009. Crossing Bodies, Crossing Borders: International Surrogacy Between The United States And India.

46 Pande 2009, 147.

47 Se fx Brudal, L. 2000. *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid.* Bergen: Vigmostad & Bjørke A/S.

tilfældet var i de familier, hvor børnene var født ved traditionel befrugtning. Det ændrede sig ved skolestart, hvor mor-barn relationen var mindre positiv i surrogatfamilierne end i de familier, hvor børnene var født ved traditionel befrugtning. Samtidig udviste surrogatbørnene større tilpasningsproblemer i 7-års alderen, end børn født ved ægdonation. Der var dog ikke tale om markante fund, for surrogatbørnene fungerede godt i de tidlige skoleår.[48] [49]

Til sammenligning viser flere studier, at adopterede børn har en signifikant forøget risiko for forskellige typer af psykiske helbredsproblemer.[50] At både adopterede og (i mindre grad) surrogatbørn oplever større tilpasningsproblemer i 7-årsalderen, end børn født ved ægdonoation, kunne indikere, at en gestationel relation mellem mor og barn er vigtigere end genetisk slægtsskab. Interessant nok aftog problemerne for såvel surrogatbørnene som de adopterede senere i opvæksten.

I forhold til konsekvenser for surrogatmoderen viste en britisk undersøgelse fra 2003, at kvinderne generelt ikke oplevede større problemer med at overdrage babyen til de planlagte forældre. Nogle oplevede følelsesmæssige problemer i ugerne efter fødslen, men de blev mindre over tid.[51]

3.2.1.2 Den globale situation

Surrogatmoderskab er i dag forbudt i de fleste lande, heriblandt Finland, Frankrig, Tyskland, Italien, Mexico, Sverige, Schweiz og nogle amerikanske stater. Andre lande, fx Storbritannien, tillader altruistisk surrogatmoderskab, mens endnu andre lande, heriblandt Danmark, ikke forhindrer, at det lader sig gennemføre i helt afgrænsede situationer - nemlig hvor rugemoderen selv er genetisk ophav til barnet, graviditeten gennemføres ved hjælp af en privat udført insemination med mandens sæd og der er tale om en ikke-kommerciel aftale.

Der er enighed blandt forskere og i internationale organisationer om, at der de sidste årtier er sket en vækst i såkaldt cross-border surrogacy, altså kommercielt rugemoderskab på tværs af grænserne.[52] Det er dog vanskeligt at sætte tal på omfanget af den internationale kommercielle surrogatmoder-trafik. Det skyldes, at de fleste lande ikke registrerer hverken egne borgeres brug af surrogatmoderskab eller, i modtagerlandene, antallet af procedurer, der bliver udført. I USA sker der dog en vis registrering af IVF-klinikkernes behandlinger, herunder deres behandlinger med gestationelt surrogatmoderskab.[53] Statistikkerne er mangelfulde og omfatter ikke traditionelle surrogataftaler, men de peger entydigt på en tendens i retning af en stor stigning i antallet af surrogataftaler. Fra 2004 til 2008 var der således tale om en fordobling, der blev registreret 738 børn født ved gestationelt surrogatmoderskab i 2004 mod næsten 1.400 i 2008.[54]

---

48 Golombok et al. 2011. Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol.* 47(6): 1579–1588.

49 Golombok et al. 2013. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* Vol 54 no. 6: 653–660.

50 Ljungdal et al. 2007. *Adoption och psykiska hälsoproblem - en systematisk litteraturöversikt.* Statens folkhälso-institut.

51 Jadva et al. 2003. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction* Vol.18, o.10 pp. 2196-2204.

52 Ibid p. 8.

53 Statistikkerne er fra hhv. US Department of Health and Human Services, *Centers for Disease Control* (CDC) og *the Society for Assisted Reproductive Technology (SART).*

54 Council for Responsible Genetics. 2010. *Surrogacy in America.* Tilgængelig på: http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevej0a1m.pdf

Udover de lovgivningsmæssige forhold, tilskrives væksten et sammenfald mellem flere forskningsmæssige, demografiske og sociale udviklinger.[55]

På forskningsområdet har udviklingen af teknikker til kunstig befrugtning, især IVF, som nævnt muliggjort, at det genetiske slægtskab mellem surrogatmoder og barn kan ophæves, og at surrogatmødre kan føde børn, som en eller begge de sociale forældre også er genetiske forældre til. Internettet har muliggjort, at indbyggere i rige lande let kan finde frem til surrogatmødre og klinikker i lande med mindre restriktiv lovgivning. Og billige flyrejser har gjort det muligt at rejse til lande, hvor der er mange kvinder, som på grund af fattigdom er villige til at påtage sig at gennemføre graviditeten mod betaling.

Disse udviklinger har gjort internationalt rugemoderskab til et fænomen, som omfatter alle verdens regioner. Undersøgelser blandt fertilitetsklinikker i USA, Storbritannien og Indien viser, at barnløse enlige og par kommer fra hele verden til de lande, som tillader kommercielt rugemoderskab.[56] Disse lande er Georgien, Indien, Rusland, Thailand, Uganda, Ukraine og 18 stater i USA, og de er blevet centrum for den internationale handel med surrogatmoderskab. Landene har typisk indført bestemmelser om, at de planlagte forældre tildeles forældremyndighed over barnet efter fødslen. I de fleste tilfælde (dog ikke i Indien, se nærmere herunder) er det dog muligt for rugemoderen at fortryde og beholde forældreskabet, hvis hun ønsker det.

Ofte anerkender de sociale forældres hjemland dog ikke denne type forældreskab, hvilket i de senere år har ført til en række retssager i forskellige lande, som har givet de sociale forældre - og i sidste ende barnet - store problemer. Hvis de planlagte forældres hjemland ikke vil anerkende forældreskabet og barnets statsborgerskab, kan barnet ende med at være forældreløst og uden statsborgerskab. Netop hensynet til barnet har derfor i nogle tilfælde ført til, at retsinstanser, fx i Belgien og Holland, har anerkendt forældreskaber med den begrundelse, at surrogat-aftalens ulovlige karakter ikke kunne gives større vægt end barnets grundlæggende interesse i at have en familie og et statsborgerskab.[57]

Udover lovgivningen spiller prisen for surrogatmoderskabsforløbet også en rolle for mange par. Der er store prisforskelle mellem USA og de øvrige lande, som tillader kommercielle surrogathandler, hvilket gør, at også amerikanske par ofte søger til Indien. Det samme gælder briter, for selvom kun altruistisk surrogatmoderskab er tilladt i Storbritannien, tillades betaling af rugemoderens omkostninger på op til GBP 15.000 (90.000 DKK). Nedenstående tabel viser de omtrentlige prisforskelle mellem Storbritannien, USA og Indien, hvor omkostningerne i Indien svarer til dem i Storbritannien, til gengæld er lovgivningen i Indien imødekommende overfor surrogatmoderskab, og de planlagte forældre tilbydes sikkerhed for, at surrogatmoderen ikke vil vælge at beholde barnet.

55 Ibid p. 6.

56 Ifølge *The Permanent Bureau* p 16.

57 Ibid 21.

	Storbritannien	USA	Indien
Betaling/kompensation til rugemoderen (DKK)	90.000	100.-140.000	28.-40.000
Totale omkostninger ved surrogatmoderskabet (DKK)	140.000	285.000 – 1.4 mio	140.000
Overdragelsen af barnet kan gennemtvinges	Nej	Ja (i stater hvor det er lovligt)	Ja

Kilde: Shetty, Priya. 2012. India's unregulated surrogacy industry. Lancet Vol 380 November 10

En anden relevant forskel er, at den andel af betalingen, som går til rugemoderen, er meget forskellig i de tre lande. I Storbritannien går 64% af de 140.000 DKK til rugemoderen, mens hun i Indien kun modtager 20%-28% af en samlet omkostning for de planlagte forældre på 140.000 DKK. Selvom de indiske klinikker og mellemhandlere altså tiltager sig hovedparten af det beløb, de planlagte forældre betaler, skal aflønningen på 28.-40.000 DKK, som surrogatmoderen modtager,[58] dog sammenholdes med, at månedsindtægten for indiske familier ofte ligger på 500-1.300 DKK.[59]

3.2.1.3 Eksempel: Situationen i Indien

Som nævnt er Indien måske den største udbyder af kommercielt surrogatmoderskab i verden. Det skyldes faktorer, som at landet har en kombination af mange engelsktalende, veluddannede læger og samtidig en stor, fattig befolkningsgruppe, hvorfra kvinder kan rekrutteres som rugemødre. Men dertil kommer, at den indiske regering officielt satser på medicinsk turisme som et vækstområde. Som led i dette blev kommercielt rugemoderskab legaliseret i 2002, og *the Confederation of Indian Industry* skønner, at trafikken nu genererer 13 mia. DKK i årlig omsætning. Med forbehold for usikkerhederne ved at opgøre tallet, fordi der ikke er publicerede undersøgelser af indiske fertilitetsklinikker, skønnes det, at 25.000 børn fødes af indiske rugemødre, heraf halvdelen for vestlige kunder.[60]

Trods denne satsning er Indiens medicinske turisme-industri dog helt ureguleret, når man ser bort fra nogle korte retningslinier fra *the Indian Council of Medical Research* (ICMR). Regeringen er undervejs med et lovforslag: *the ART Regulation draft bill 2010,* men dette er endnu ikke blevet fremsat i parlamentet. Intentionen er blandt andet at opsætte bindende regler for surrogat-aftaler, som skal tage vare på såvel de planlagte forældres som surrogatmødrenes interesser. Loven opstiller grænser for surrogatmoderens alder og antallet af graviditeter, hun kan gennemføre. Der skal etableres en national myndighed, som skal regulere fertilitetsklinikkerne og kunne modtage klager over dem. Betaling for surrogatmoderskab skal være tilladt, og kontrakten skal indeholde en livsforsikring for kvinden. Loven præciserer også, at de planlagte forældre skal anføres som legale forældre på fødselsattesten, og samtidig skal de forpligte sig til at modtage barnet uanset eventuelle handicaps eller andre omstændigheder (fx skilsmisse mellem forældrene under graviditeten). Endelig indeholder loven forslag om at oprette 'banker' af potentielle surrogatmødre, så kunderne kan handle direkte med dem for at undgå, at klinikker og mellemmænd sætter sig på kontakten og tager hovedparten af betalingen.[61]

58 Shetty, Priya. 2013. India's unregulated surrogacy industry. *Lancet* Vol 380 November 10.

59 Malene Tanderup, interviewundersøgelse fra Delhi.

60 Ibid.

61 Saxena et al. 2012. Surrogacy: Ethical and Legal Issues. Indian Journal of Community Medicine, Vol.37, no. 4: 211-13.

Som sagt er lovforslaget endnu ikke fremsat, så indtil videre er området ureguleret. Dog har de indiske myndigheder efter pres fra EU i efteråret 2012 indskærpet overfor deres ambassader, at homoseksuelle par, enlige, ikke-gifte par og par fra lande, hvor surrogatmoderskab er ulovligt, ikke kan få visum til indrejse mhp. surrogatmoderskabsbehandlinger i Indien.[62] Der er dog parallelle eksempler på, at lovgivningen i Indien ikke håndhæves overfor fertilitetsklinikkerne. For eksempel tillader indisk lovgivning ikke under nogen omstændigheder brug af kønsbestemmelsestest med det formål at abortere fostre af uønsket køn.[63] Alligevel har såvel kønsbestemt abort som drab på piger et så stort omfang, at der i 2007 manglede 42,7 mio kvinder i Indien.[64] Tallet er fremkommet ved at regne ud, hvor mange indiske piger og kvinder, der skulle være, hvis landet havde den normale kønsfordeling, der for nyfødte er 101 drenge pr 100 piger. Til sammenligning var den i Indien i 2011 på 110,5 drenge pr. 100 piger, og i nogle regioner var skævheden større, således var den i Punjab på 120,3 drenge pr. 100 piger.[65] Disse tal viser, at der i stort omfang foregår kønsbestemte aborter, som er muliggjort ved brug af fosterdiagnostik, så lovgivningen håndhæves altså langt fra konsekvent på området.

Indiske rugemødre rekrutteres blandt fattige, uuddannede kvinder, ofte fra landet. Ofte er det deres mænd og mellemmænd, der overtaler dem til at indgå aftalerne, og ofte informeres de ikke om de risici, de løber, fx ved flerfoldsgraviditeter. Mange klinikker implanterer 5 eller 6 embryoner ad gangen, uden at involvere kvinderne i beslutningen om antal, ligesom de ikke involverer kvinderne i beslutninger om eventuelle efterfølgende fosterreduktioner. Dette fører til mange flerfoldsgraviditeter og kejsersnit. Kvinderne installeres ofte af deres kommercielle agent i såkaldte hostels, hvor de skal bo sammen med andre surrogatmødre, enten gennem hele graviditeten eller fra denne begynder at blive synlig. Her kontrolleres kvindernes kost, motion og kontakt med omverdenen og med deres familie. I tilfælde af, at graviditeten går galt, bliver kvinderne ofte ikke betalt, og de får ikke medicinsk og psykologisk behandling efter fødslen.

Et antropologisk studie fra byen Anand i den indiske stat Gujarat (som er blevet et centrum for international kommerciel surrogatbehandling), der omfatter 42 surrogatmødre, viser, at 34 af kvinderne kom fra familier med indkomster på eller under fattigdomsgrænsen. Aflønningen for surrogatmoderskabet svarede til næsten fem års indkomst for kvindernes familier. Kvindernes uddannelsesniveau varierede, men hovedparten havde afsluttet skolegangen i starten af Middle school.

Surrogatmoderskab er i høj grad stigmatiseret i Indien, og mange sidestiller det med prostitution, til dels fordi de er uvidende om de anvendte procedurer. I mange tilfælde træffer kvinden ikke selv beslutningen om at påtage sig surrogatmoderskabet, den tages af hendes mand eller den udvidede familie, som ser det som en forpligtelse for familien.

I en etnografisk phd-afhandling har Amrita Pande udført feltarbejde blandt surrogatmødre i Gujarat, Indien. Ifølge hende tegner der sig et sammensat billede, hvor en

62 Konsul Peter Dalberg, Udenrigsministeriets borgerservice, og chefkonsulent Jette Samuel Jeppesen, Udenrigsministeriet, personlig kommunikation. Se desuden Nilanjana Bhowmick. 2012. Why People Are Angry About India's New Surrogacy Rules. *Time world* 15. februar.

63 Kilde: Library of Congress (http://www.loc.gov/law/help/sex-selection/india.php) som henviser til The Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act, No. 57 of 1994, and the Pre-natal Diagnostic Technologies (Regulation and Prevention of Misuse) Amendment Act, No. 2002, No. 14 of 2003.

64 United Nations Development Programme. 2010. *Power, Voice and Rights- A Turning Point for Gender Equality in Asia and the Pacific,* p 42 og The United Nations Population Fund. 2007. *Characteristics of sex-ration imbalance in India and future scenarios.*

65 UNFPA. 2012. *Sex imbalances at birth, current trends, consequences and policy implications,* p. 20.

del af kvinderne vælger at påtage sig surrogatmoderskabet, men mange er presset af økonomisk desperation. De interviewede kvinder angiver hensynet til familien, betaling af gæld og investering i børnenes fremtid som årsagen til, at de påtager sig surrogatmoderskabet. Flere af dem peger desuden på manglen på alternativer som begrundelse, for eksempel siger surrogatmoderen Salma:

> *Det kan umuligt blive værre, end det er lige nu. I vores landsby har vi ikke nogen hytte at bo i og ingen afgrøder på vores gård. Dette arbejde [surrogatmoderskab] er ikke etisk – det er bare noget, vi er nødt til at gøre for at overleve. Da vi hørte om denne surrogat-forretning havde vi ikke noget skiftetøj at tage på, når det havde regnet – kun ét sæt, og det blev vådt – og vores hus var faldet sammen. Hvad skulle vi ellers gøre?* (Pande 2009, 160, egen oversættelse)

Og Anjali siger:

> *Jeg gør det her for mine døtre. De bliver begge gamle nok til at gå i skole næste år. Jeg vil have, at de får en uddannelse, at de måske bliver lærere eller stewardesser. Jeg vil ikke have dem til at vokse op og blive som mig – analfabeter og desperate. Jeg synes ikke, der er noget galt med surrogatmoderskab. Men folk snakker selvfølgelig. De forstår ikke, at vi gør det her, fordi vi er nødt til det. Folk der får nok at spise opfatter tingene helt forkert.* (Pande 2009, 161, egen oversættelse)

3.2.1.4 Situationen for danskere der hjembringer 'surrogat-børn'

I Danmark er altruistisk surrogatmoderskab tilladt, men kommercielt ditto er forbudt. Dansk lovgivning indeholder således ikke et generelt forbud mod rugemoderskab, men bestemmelser i forskellige love udelukker nogle former for rugemoderskab og bistand til at indgå og gennemføre en aftale.

Ifølge §§ 33 og 34 i adoptionsloven er det strafbart at yde eller modtage hjælp "med henblik på at opnå forbindelse mellem en kvinde og en anden, der ønsker, at kvinden skal føde et barn til denne". Bestemmelsen omfatter også annoncering for at skaffe forbindelse mellem et par og en rugemor. Det fremgår desuden af lov om assisteret reproduktion § 13, at assisteret reproduktion ikke må finde sted "når der foreligger en aftale mellem den kvinde, hvor graviditeten søges etableret, og en anden om, at kvinden skal føde et barn til denne". Overtrædelse af bestemmelsen kan straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. Også børnelovens § 31 skal nævnes, hvorefter en aftale om, at en kvinde, som føder et barn, efter fødslen skal udlevere barnet til en anden, er ugyldig.

Kommercielle rugemoderskaber etableret i Danmark kan ikke retligt gennemføres. Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget vedrørende adoptionsloven og indfødsretsloven[66], at "den kvinde, der skal føde barnet, ikke må kunne opnå nogen fortjeneste eller på anden måde få hævet sin levestandard" ved at være rugemoder. Ved aftaler om rugemoderskaber kan der derfor kun "blive tale om dækning af konkrete, rimelige udgifter, som står i forbindelse med kvindens graviditet og fødsel". Statsforvaltningerne må således ikke godkende aftaler om overførsel af forældremyndighed eller meddele bevilling til adoption, hvis der ydes vederlag til rugemoderen.

Det vides, at et antal danske par hvert år vælger at benytte sig af surrogatmødre i udlandet, men der føres ikke statistik over det, så det nøjagtige tal kendes ikke. I Ankestyrelsens Familieretsafdeling kender man i 2012 til 3-4 tilfælde af børn, som er indført i Danmark på denne vis, men skønner, at dette ikke udgør samtlige børn, som er

66 L 64, FT 1985-86.

indført.[67] I en artikel fra dagbladet Politiken fra april 2012 fremgår det, at ”Politiken kender til flere par, der har fået barn via surrogatmoder i Indien, end den danske ambassade i Indien gør. Advokat Tyge Trier kender til sager, hvor det er lykkedes forældre at rejse ind i Danmark med et rugebarn uden myndighedernes vidende.”[68] Det forekommer altså sandsynligt, at der er et mørketal for ikke-registrerede tilfælde.[69] Det skyldes ikke mindst, at der på området er mange forskellige myndigheder og lovområder involveret, hvilket gør det vanskeligt at få overblik over omfanget af børn, som indføres i Danmark efter at være kommet til verden ved en rugemoders hjælp.

I en vejledning om adoption fra 2013[70] anføres, at Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen, på baggrund af en række konkrete sager har søgt afklaret, om adoptionsloven § 33 finder anvendelse i tilfælde, hvor en udenlandsk organisation yder bistand til at formidle kontakt mellem et dansk ægtepar og en udenlandsk rugemor. Det konkluderes – på baggrund af formuleringen af § 33 – at hvis bistanden må anses for modtaget i Danmark, dvs. at materiale fra den udenlandske organisation til et dansk ægtepar er modtaget i Danmark, og formidling af kontakten mellem den udenlandske rugemor og det danske ægtepar er sket i Danmark, kan det danske ægtepar straffes for overtrædelse af adoptionslovens § 33. Hvor bistanden må anses for at være modtaget i udlandet, kan parret derimod kun straffes, hvis modtagelsen af en sådan bistand også er strafbar i det pågældende land (princippet om dobbelt strafbarhed). Ved mistanke om ulovlig formidling af surrogatmoderskab, skal adoptionssagen forelægges for Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen.

Nogle lande, fx Indien, anerkender som nævnt kommercielt surrogatmoderskab og tildeler forældreskab til de planlagte forældre. Imidlertid anerkender danske myndigheder ikke sådanne fødselsattester og betragter altså ikke barnet som dansk. Omvendt betragter Indien ikke barnet som indisk, og det kan i realiteten føre til, at barnet reelt bliver statsløst. Derudover kan alt ikke dækkes af en kontrakt, for eksempel hvem der skal overtage forældreskabet, hvis forældrene dør, inden barnet er født. I så tilfælde vil barnet stå uden juridiske forældre.

Når et par har benyttet en rugemor i et andet land og ønsker at vende hjem til Danmark med barnet, må de som første skridt tage kontakt til den danske ambassade i det pågældende land for at få barnet ud af landet og ind i Danmark.

Inden ambassaden kan udstede de nødvendige dokumenter, skal anmodningen behandles af flere danske myndigheder, og det kan tage fra nogle uger og op til et år for et forældrepar at få lov til at indføre barnet i Danmark.

Efter gældende praksis er det ikke udelukket, at et barn, født i udlandet af en rugemor, vil kunne få etableret en retlig familiemæssig tilknytning til det par, som er hjemvendt med barnet. Der er især fokus på faderen, der efter de danske regler vil have mulighed for at blive anerkendt som retlig far. Efter dansk ret er den kvinde, der føder barnet, retlig mor. Kvinden her, som jo ikke har født barnet, skal derfor stedbarnsadoptere for at få status som retlig mor. Dette kræver ikke en godkendelse som adoptant, der er lempeligere

67 Souschef Rikke Koefoed Nielsen i Ankestyrelsens Familieretsafdeling, Social- og Integrationsministeriet, personlig kommunikation.

68 Junker, Maj Susanne. 2012. Par med rugebørn strander i udlandet. *Politiken* 6. april.

69 Til sammenligning citerer den norske avis, Aftenposten, landets Barne-, ungdoms- og familiedirektorat for at der i 2012 blev foretaget 37 stedbarnsadoptioner i Norge, se artikel af Tine Donnerud fra 3. april 2013 på http://www.aftenposten.no/helse/37-barn-av-surrogatmor-stebarnsadoptert-i-Norge-i-2012-7163700.html

70 Vejledning nr. 9328 af 28. juni 2013.

regler. Ifølge Ankestyrelsen bliver der ikke forskelsbehandlet i forhold til reglerne, uanset om der er tale om rugemoderskab – hverken negativt eller positivt. Ansøgning om stedbarnsadoption skal indgives til statsforvaltningen.

Om der gives tilladelse til stedbarnsadoption forudsætter visse forhold:
- Parret skal være gift/registreret partnerskab.
- Der skal være samtykke fra manden (den retlige far) og rugemoderen. Hun vil blive bedt om en erklæring via ambassaden.
- Der skal foreligge et stabilt samliv med barnet. Dette indebærer bl.a., at barnet og parret skal have boet sammen i mindst 2½ år (efter praksis).
- Stedbarnsadoptionen skal først og fremmest være i barnets interesse. Hensynet til barnets bedste er i fokus.

Som det fremgår, er det en meget langsommelig og usikker affære at benytte en rugemor i udlandet. Det tager typisk op til tre år, før både kvinden og manden er retlige forældre til barnet. Og der er ingen garantier for, at parret opnår de ønskede resultater. Særligt for kvinden er der usikkerhed. Hun er helt afhængig af mandens ønske om samliv og samtykke til stedbarnsadoption.

Der opstår en række dilemmaer for myndighederne i forhold til håndtering af sager med danskere, der ønsker at hjembringe børn født at kommercielle surrogatmødre til Danmark. Sanktioner i form af nægtelse af anerkendelse af forældreskabet til barnet vil have den uintenderede konsekvens, at de vil ramme barnet hårdere end forældrene, fordi det risikerer at stå uden legale forældre og statsborgerskab. Omvendt kan manglende sanktioneringer i en vis forstand siges at udgøre en accept af kommercielt surrogatmoderskab. Diskussionen af de etiske og lovgivningsmæssige dilemmaer vil blive taget op i de næste afsnit.

3.2.2 Etiske spørgsmål om kommercielt rugemoderskab

Rugemoderskab har altid været en kontroversiel og omdiskuteret praksis, hvad enten der er tale om altruistisk eller kommercielt rugemoderskab, og hvad enten rugemoderen er fra de kommende forældres hjemland eller fra et andet land. I det følgende vil nogle af de væsentligste argumenter i debatten kort blive beskrevet. Først præsenteres hvert enkelt argument i helt generel form. Derefter vil dets særlige implikationer for kommercielt rugemoderskab, hvor der benyttes en rugemoder fra udlandet, blive diskuteret.

Det skal med det samme nævnes, at man ikke nødvendigvis kan ”overføre” diskussionen om brug af rugemødre her i landet til brugen af udenlandske rugemødre uden for Danmark. I nogle tilfælde er konteksten af afgørende betydning for, hvilke implikationer argumentet har. Dette skyldes ikke mindst, at de udenlandske rugemødres livsvilkår i udgangspunktet er så meget dårligere end danske kvinders vilkår, at man kan stille spørgsmålstegn ved, om det giver mening at stille de samme typer af krav til aftaler indgået i udlandet som til aftaler indgået i Danmark eller andre vestlige lande.

3.2.2.1 Udnyttelse

Et gennemgående tema i debatten om rugemoderskab er, at rugemødrene alene accepterer at indgå i aftalen om rugemoderskab, fordi de i udgangspunktet befinder sig i en udsat eller sårbar situation. Argumentet kan benyttes både i forbindelse med kommercielle og altruistiske aftaler.

I forbindelse med altruistiske aftaler kan tankegangen fx være, at den kommende rugemor har svært ved at sige fra over for en veninde eller en slægtning, der beder hende

om at gøre sig en tjeneste. Hvis det er venindens eller slægtningen sidste og eneste realistiske mulighed for at få et barn, kan kvinden måske føle sig presset til at deltage i arrangementet, selv om hun egentlig helst ville være fri og måske endda synes, hun faktisk burde sige fra.

Udnyttelsesargumentet kan også benyttes i tilknytning til kommercielle aftaler, hvor det som oftest er den kommende rugemoders dårlige økonomiske situation, der udgør begrundelsen for, at der er tale om udnyttelse. Argumentet er således, at kvinden kun accepterer aftalen eller betingelserne for aftalen, fordi hun er dårligt stillet. Hvis hun havde været bedre stillet, ville hun enten helt have undladt at være rugemor eller have krævet en højere betaling.

Det er ikke enkelt at svare på, hvordan man i praksis skal forholde sig til denne udgave af udnyttelsesargumentet imod kommercielle aftaler. En mulighed er at tage det til indtægt for, at kommercielle rugemoderskaber helt bør undgås, fordi de stort set altid rummer et element af udnyttelse. Denne opfattelse kan eventuelt bakkes op med andre overvejelser som fx, at det desuden er uværdigt og risikabelt at være rugemoder eller fastholder kvinden i en særlig form for selvundertrykkelse, hvor hun påtager sig rollen som ”fødemaskine” og dermed bidrager til at opretholde et fejlagtigt og undertrykkende billede af kvinder som individer, hvis værdi i modsætning til mænds primært er knyttet til deres seksualitet og reproduktive evner. For nogle forgreninger af feminismen har den sidstnævnte opfattelse været et af de væsentligste argumenter imod rugemoderskaber af både kommerciel og altruistisk art.

Paradoksalt nok kan det imidlertid forekomme desto vanskeligere helt at argumentere imod kommercielle rugemoderskabsaftaler, jo større graden af udnyttelse er. Hvis man fx forhindrer en dansk kvinde i at være kommerciel rugemor, fordi det anses for at være udnyttelse, er konsekvenserne af at gå glip af pengene formodentlig til at overskue for kvinden selv. Hendes mest basale behov må alt andet lige formodes at blive tilfredsstillet under alle omstændigheder, eftersom hun lever i et velhavende og solidarisk orienteret velfærdssamfund.

For en fattig kvinde fra Indien eller Guatemala kan gennemførelsen af en kommerciel rugemoderskabsaftale måske derimod være den eneste eller den bedste mulighed for at sikre sin egen eller sine børns overlevelse og uddannelse. På den baggrund kan det forekomme urimeligt at henvise til, at den slags aftaler helt bør undgås, fordi de er uværdige og risikable for kvinden eller fastholder hende i en særlig form for selvundertrykkelse. Alternativet synes alt andet lige at være værre i mange sammenhænge, blandt andet fordi hendes alternative arbejdsmuligheder også rummer udnyttelse og måske endda rummer større risici end dem, der knytter sig til at være rugemor.

Som det fremgår, problematiserer argumentationen i det foregående på et mere generelt niveau, hvordan konteksten – her forstået som de udenlandske kvinders livssituation og øvrige muligheder – skal indgå i den etiske vurdering af kommercielle rugemoderskabsaftaler. Hvis man er modstander af, at der gennemføres kommercielle rugemoderskaber i Danmark, fordi det involverer udnyttelse af rugemoderen, bør man så også være imod, at danske kvinder eller par tager til udlandet og benytter en rugemor, fordi der er tale om udnyttelse? Og hvis man bør det, er det i så fald fordi, det involverer ganske særlige problemer at udnytte kvinder ved at benytte dem som rugemødre? Eller er man så samtidig forpligtet til at forsøge at forhindre alle andre typer af transaktioner med udlandet, som involverer, at mennesker udnyttes på grund af deres

dårlige udgangssituation? Dette må antageligt siges at gælde i en lang række tilfælde, fx i forbindelse med produktion af helt almindelige produkter som tøj og fødevarer i ulande. Eller bør man i stedet se i øjnene, at livsbetingelserne for mennesker i andre dele af verden som udgangspunkt er helt forskellige fra vores og af den grund nøjes med at tilstræbe, at vi som minimum ikke tilbyder dem dårligere betingelser i deres ansættelse end dem, de ville blive tilbudt i andre sammenhænge? Dette ville fx indebære, at sammenhængen mellem risiko og betaling ikke måtte være mindre favorabel for rugemoderen end i forbindelse med andre sammenlignelige ansættelser i hendes eget hjemland.

De seneste år er en helt tredje måde at forholde sig til udnyttelsesproblematikken på blevet diskuteret og også delvist forsøgt taget i anvendelse i Indien.[71] Tanken er at acceptere rugemoderskabsaftaler og samtidig forsøge at sørge for, at rugemoderen sikres rimelige betingelser for sin deltagelse i arrangementet, så de andre aktører ikke direkte lukrerer på hendes fattigdom.[72] Hermed imødegås udnyttelsesproblematikken samtidig med, at rugemoderen ikke fratages muligheden for at forbedre sine og sin eventuelle families livsmuligheder. Udfordringen i forhold til denne mulighed er naturligvis at finde frem til, præcis hvilke vilkår for aftalen det er rimeligt at opstille.

Et relevant krav må være, at rugemoderen skal sikres en rimelig betaling, som er delvist uafhængig af, om forløbet fører til fødsel af et sundt barn. Aflønningen skal være knyttet til tidsforbruget og ydelsen, ikke til resultatet.[73]

Herudover kunne et krav være, at rugemoderen skal være sikret forsvarlig og tilstrækkelig medicinsk behandling under hele forløbet og efter fødslen, også i forbindelse med hormonstimulation og opsætning af æg. I forlængelse heraf kunne det være en betingelse, at rugemoderen ikke skal kunne pålægges af få udført kejsersnit, fosterreduktion eller provokeret abort, medmindre dette er velbegrundet af rent lægefaglige eller medicinske grunde. Der skal desuden være en grænse for, hvor mange befrugtede æg, rugemoderen kan få sat op i livmoderen.

Desuden forekommer det rimeligt, at eventuelle indskrænkninger i rugemoderens personlige frihed under graviditetsforløbet skal være beskrevet i hendes kontrakt, og de skal stå i et rimeligt forhold til ønsket om at undgå skader på fosteret under graviditetsforløbet.

Endelig kunne en betingelse være, at rugemoderen ikke skal kunne komme i en situation, hvor hun ender med at have ansvaret for barnet, medmindre hun selv ønsker at påtage sig det.

Det skal nævnes, at et standardargument i debatten om rugemoderskab og udnyttelse er, at det kun er på sin plads at forsøge at forhindre rugemoderskabsaftaler med udenlandske kvinder, hvis man samtidig forsøger at forbedre kvindernes livsbetingelser på andre måder. For i modsat fald fratager man dem blot en mulighed for at forbedre deres tilværelse uden at sætte noget i stedet.

---

71 Som det fremgår af teksten “Internationalt Surrogatmoderskab” har man i Indien udviklet retningslinjer for ruge-moderskabsaftaler, som man har til hensigt at indføre i lovgivningen.

72 Jævnfør overvejelserne om udnyttelse i teksten “Etiske temaer om globalisering og kommercialisering”: Selv om rugemoderen selv accepterer en aftale og også opnår fordele af den, er den ikke nødvendigvis rimelig, fordi andre opnår langt større fordele. Eksempelvis forekommer det formodentlig de fleste indlysende urimeligt, at mellem-handlerne tjener langt flere penge på arrangementet end rugemoderen selv.

73 Dette afhjælper også problemet med, at det kan siges at være uværdigt at være rugemor, se under “værdighed”.

I én udlægning baserer argumentet sig på en påstand om, at det er hyklerisk at være imod rugemoderskabsaftaler uden at sætte noget i stedet, fordi de vestlige lande i forvejen har en selvstændig forpligtelse til at hjælpe mennesker i så stor nød, som de kvinder, vi typisk bruger som rugemødre, oftest er. Hvis man accepterer, at der eksisterer en sådan forpligtelse, får rugemoderskabsaftaler karakter af det, nogle har kaldt ”omissive coercion”[74], dvs. tvang som muliggøres af vores egne forsømmelser. Begrebet demonstrerer, at problematikken om udnyttelse og kommercielle rugemoderskaber ikke overraskende er knyttet sammen med en langt bredere problematik om den vestlige verdens forpligtelser over for dårligt stillede mennesker i andre dele af verden.

3.2.2.2 Værdighed

Som det fremgår af afsnittet ”Etiske temaer om globalisering og kommercialisering”, er værdighedsbegrebet vanskeligt at definere præcist. Endvidere er nogle af de centrale definitioner forholdsvis elastiske. Det kan gøre det vanskeligt at svare på, om netop kommercielt rugemoderskab er uværdigt for rugemoderen.

Ofte præsenteres Kants værdighedsbegreb sådan, at man aldrig må behandle andre personer som midler. Den korrekte fremstilling er imidlertid, at man aldrig *kun* må behandle andre som midler, men altid tillige skal behandle dem som mål i sig selv. Om andre behandles uværdigt, er dermed ikke et spørgsmål om enten-eller, det er snarere et spørgsmål om grader. I nogle tilfælde er det måske således indlysende for de fleste, at en kommerciel rugemoder behandles uværdigt, fordi hun i meget stor udstrækning behandles som et middel til at frembringe et barn. I andre tilfælde vil vurderingerne derimod være mere blandede.

Det samme gælder i forbindelse med den tolkning, hvor et menneskes værdighed er knyttet sammen med, om personen er i besiddelse af de funktioner og handlemuligheder, vi i almindelighed forbinder med et godt menneskeliv. Det kan fx være funktions- og handlemuligheder knyttet til kropslig sundhed og kropslig integritet, herunder blandt andet også reproduktive valg og muligheden for at undgå risikable eller skadevoldende handlinger. Som i den Kantianske forståelse bliver værdighed hermed igen ikke til et spørgsmål om enten-eller, men til et spørgsmål om grader. En kommerciel rugemoder kan fx få sin kropslige integritet krænket i større eller mindre grad, hvilket også gælder i forhold til hendes personlige frihed. Men samtidig kan de enkelte værdighedsparametre være forbundet på komplekse måder. Det kan fx være, at den krænkelse af værdigheden, der for en given kvinde er forbundet med at være kommerciel rugemoder, ”opvejes” af den forøgelse af værdigheden, hun efterfølgende oplever, fordi hun er blevet selvforsørgende og kan give sine børn en uddannelse.

Eftersom værdighedsbegrebet således er et relativt upræcist og ”gradueret” begreb, skal det ikke diskuteres nærmere her, hvor uværdigt det er at være kommerciel rugemoder. Blot skal det konstateres, at kommercielle rugemoderskabsaftaler uomtvisteligt kan rumme elementer, som det forekommer uværdigt for rugemoderen at acceptere. Dette betyder ikke, at det dermed under alle omstændigheder er irrationelt af hende at acceptere aftalen, eller at det ikke samlet set kan forbedre hendes livssituation. Det betyder blot, at gennemførelsen af aftalen er forbundet med et værdighedstab, også selv om dette tab opvejes af andre fordele.

Ovenfor er der anført forskellige parametre for, hvordan man kan imødegå udnyttelse af kommercielle rugemødre. Interessant nok kan alle disse parametre også bringes i

74 Wilkinson, Stephen. 2003. The exploitation argument against commercial surrogacy. *Bioethics* vol. 17, No. 2: 169-187.

spil i forhold til værdighedsdiskussionen. Punktet om betaling rummer fx således en anerkendelse af, at kvinden ikke udelukkende skal opfattes som et middel til at producere et barn. Det må anerkendes, at rugemoderskabet set fra kvindens eget perspektiv har karakter af et arbejde, som efterfølgende skal give hende mulighed for et bedre liv. Tilsvarende knytter de øvrige krav og betingelser for indgåelse af rugemoderskabsaftaler an til centrale tilstande og handlemuligheder, som de fleste af os anser for at være grundlæggende betingelser for et godt og vellykket menneskeliv: Kropslig sundhed og integritet samt personlig og reproduktiv frihed. At der er dette sammenfald er næppe tilfældigt. Det skyldes formodentlig, at problematikken om rugemoderskab rummer nogle problemstillinger af så grundlæggende karakter, at de uundgåeligt "indfanges" af mange forskellige teorier og begrebsapparater.

3.2.2.3 Barnets tarv og opfattelsen af børn

Et af Det Etiske Råds kerneområder er kunstig befrugtning. Rådet har derfor ofte forholdt sig til området og har præsenteret holdninger og afgivet anbefalinger om brugen af en lang række forskellige teknikker. Et hensyn har stået centralt i denne stillingtagen, nemlig hensynet til det barn, der kommer ud af at benytte diverse teknikker. Der har været bred enighed om, at hensynet til barnet påkalder sig en særlig opmærksomhed forstået på den måde, at dette hensyn ikke kan tilsidesættes, fordi andre hensyn prioriteres højere, fx hensynet til den eller de kommende forældre. Derimod har der ofte været uenighed på andre punkter. En uenighed har omhandlet, hvordan de forskellige typer af arrangementer faktisk påvirker det kommende barns livsmuligheder og livskvalitet. Dette er i princippet et empirisk spørgsmål, men det er på den anden side så vanskeligt at "måle", at svaret let ender med at blive i det mindste delvist holdningspræget. Et andet spørgsmål er, hvor gode et barns livsmuligheder skal være, for at de kan betragtes som acceptable. Skal de være optimale, almindelige eller måske blot så gode, at barnet ikke må forventes at blive tvangsfjernet på et eller andet tidspunkt efter fødslen?
De to sidste spørgsmål er naturligvis også relevante i forbindelse med kommercielle rugemoderskabsaftaler, men også i denne sammenhæng er det vanskeligt at give et klart svar på, hvordan arrangementet mere præcist påvirker det kommende barns livsmuligheder og livskvalitet. Som det fremgår af teksten om internationalt surrogatmoderskab er der således foretaget forskellige undersøgelser af betydningen af den tilknytning, der etableres mellem mor og barn efter fødslen, samt af trivslen hos børn født ved surrogatmoderskab. Men ingen af disse undersøgelser synes at føre til markante resultater, der med afgørende vægt taler hverken for eller imod rugemoderskabsaftaler.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvor gode et barns livsmuligheder skal være, for at de kan betragtes som acceptable, skal det her blot nævnes, at der i Rådets historie og i litteraturen om emnet er blevet foreslået mange forskellige kriterier til at besvare spørgsmålet ud fra.[75] Disse kriterier fører i praksis til vidt forskellige vurderinger.

I den ene ende af skalaen er det blevet foreslået, at det af hensyn til barnet kun kan være forkert at bringe det til verden, hvis alternativet – nemlig at det ikke kommer til at eksistere – er mere attraktivt. I praksis fører dette kriterium til, at hensynet til barnet stort set ingen rolle spiller forud for undfangelsen, eftersom det på det nærmeste er umuligt at argumentere for, at barnet kommer til at få et liv, der er værre end ikke at eksistere.

I den anden ende af skalaen kan man pege på, at barnet skal have optimale livsbetingelser, men dette kriterium er på den anden side så krævende, at det nærmest

75 Disse komplicerede spørgsmål er behandlet i flere af Rådets publikationer, se fx Det Etiske Råd.2003. *Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning, 1. del, Ret til børn? = Ret til hjælp til at få børn*? Og Det Etiske Råd. 2005. *Brev, 4. april 2005. Svar på henvendelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Mulige ændringer af loven om kunstig befrugtning*. Publikationerne rummer også bud på, hvordan de forskellige kriterier kan begrundes.

pr. definition ikke kan indfries. Imellem disse yderpunkter kan man som nævnt pege på en række andre kriterier, fx at barnet som minimum skal have normale livsbetingelser, at forældrene skal være i stand til at forsøge det selv, eller man kan forsøge at drage paralleller til kriterierne for tvangsfjernelse eller kriterierne for adoption.

En ting er imidlertid at se på det enkelte barns forventelige livsmuligheder. Noget andet er at forholde sig til, om dette at anvende en kommerciel rugemor kan medvirke til at ændre opfattelsen af børn og dette at få børn i negativ retning på grund af den markedslogik, kommercialiseringen fører med sig. Som nævnt i kapitel 2 er én af filosoffen Michael J. Sandels pointer netop, at kommercialisering kan virke korrumperende, fordi det ændrer forståelsen af det kommercialiserede objekt og kan bidrage til at underminere de værdier, vi forbinder med objektet.

Som tidligere anført giver Sandel et illustrativt bud på, hvornår dette kan siges at være tilfældet:

> *Vi korrumperer et gode, en aktivitet eller en social praksis, så snart vi opfatter den eller indgår i den ud fra en laverestående værdi eller norm end den, der i den givne sammenhæng er passende. Et ekstremt eksempel er, at hvis man får børn for at sælge dem, så korrumperer man forældreskabet, fordi man opfatter børn som ting, man kan bruge, og ikke som levende væsener, man skal elske.*

Eksemplet er velvalgt, fordi det bringer pointen tydeligt frem: I nogle tilfælde er vores forståelse af goder eller aktiviteter tydeligvis forbundet med værdier og normer, der er helt og aldeles uforenelige med kommercialisering. Men det er væsentligt, at sådanne goder og aktiviteter er yderpunkt på et spekter, hvor der i den anden ende findes objekter eller aktiviteter, som det forekommer uproblematisk at kommercialisere.

De vanskelige tilfælde befinder sig midt imellem disse yderpunkter. Her er det nødvendigt at foretage en form for værdimæssigt udgravningsarbejde for at finde ud af, hvad det er for værdier og normer, der eventuelt kan korrumperes.

Sandel giver som tidligere nævnt et meget relevant eksempel på, hvilken karakter dette udgravningsarbejde har:

> *For at afgøre, om en kvindes reproduktionsevne kan indgå i en markedstransaktion, er vi nødt til at spørge, hvilken slags gode det er: Skal vi opfatte vores kroppe som ejendele, vi ejer og kan gøre brug af og disponere over, som vi har lyst til – eller udgør nogle måder at bruge vores krop på en selv-degradering? Dette er et stort og kontroversielt spørgsmål, som dukker op i debatter om prostitution, surrogatmoderskab og salg af æg og sæd. Før vi kan afgøre, om markedsrelationer er passende inden for sådan et område, må vi først tage stilling til, hvilke normer og værdier der bør regulere vores seksuelle og reproduktive livsudfoldelse.*

Et væsentligt spørgsmål er i forlængelse heraf, hvilken betydning forståelsen af kommercielle rugemoderskabsaftaler må formodes at kunne få for vores forståelse af børn. Denne problematik var helt afgørende for Rådets stillingtagen til kommercielle rugemoderskabsaftaler i 2008, hvor det blandt andet anføres, at:

Det Etiske Råd er imod kommercielle rugemoderskabsaftaler, fordi de efter råds-medlemmernes opfattelse kan bidrage til en uheldig ændring af grundlæggende forestillinger om forældreskab og menneskelig reproduktion. Et centralt element i disse

forestillinger er blandt andet, at fostret og det nyfødte barn har en værdighed og værdi i sig selv. Derfor forventes forældrene som udgangspunkt at tage imod barnet og give det kærlighed og omsorg uafhængigt af, hvilke egenskaber det har. Men en accept af kommercielle rugemoderskabsaftaler kan efter medlemmernes mening være med til at underminere disse forestillinger. Således viser erfaringer fra blandt andet USA, at der er flere eksempler på, at det par, der havde bestilt et barn, ikke ønskede det efter fødslen - i nogle tilfælde fordi det ikke indfriede deres forventninger.

Det kan diskuteres, om kommercielle rugemoderskabsaftaler kan beskrives som ”handel med børn” eller sammenlignes med prostitution. Den type sammenligninger er dog ikke nødvendige for at begrunde Rådets kritiske indstilling til kommercielle rugemoderskabsaftaler. Det er fuldt tilstrækkeligt at konstatere, at den kommercielle logik under alle omstændigheder resulterer i et ændret perspektiv, fordi den skaber en række underforståede forventninger, for eksempel ”at man får noget for pengene”, ”at man bliver betalt for sit arbejde”, eller ”at kvaliteten af arbejdet forventes at være i orden”.

I den forstand indgår både rugemoderen og fosteret uundgåeligt i en tingsliggjort og brugsorienteret betragtningsmåde, som ikke er forenelig med samfundets normer om værdighed og godt forældreskab. Som det fremgår af anbefalingerne, kan Rådet heller ikke acceptere en kommercialisering af rugemoderskaber, hvis der anvendes udenlandske rugemødre. Rådet mener ikke, at tingsliggørelsen af barnet bliver mindre problematisk af, at rugemoderskabet gennemføres i udlandet.

Som i forbindelse med overvejelserne om barnets tarv er der også her tale om problemstillinger af empirisk karakter, som i princippet kan af- eller bekræftes gennem undersøgelser. I praksis kan sådanne undersøgelser imidlertid være vanskelige at gennemføre. Nogle af de ting, der faktisk foregår i Indien og Guatemala, synes imidlertid at indicere, at der ikke er tale om rent spekulative overvejelser. Som beskrevet andetsteds er det fx således ikke et ukendt fænomen, at udenlandske par engagerer op til tre rugemødre af gangen og forlanger, at der udføres abort, hvis mere end en af dem bliver gravid. Ligeledes er fosterreduktioner ikke ualmindelige, hvilket hænger sammen med, at der ofte opsættes adskillige befrugtede æg i livmoderen på rugemoderen for at sikre, at der kommer mindst ét barn ud af forløbet. Begge praksisser er ud fra et dansk perspektiv uacceptable.

Nogle iagttagere mener at se en sammenhæng mellem surrogatmoderskab og salg af børn:

> *Vi vil gøre opmærksom på, at kvinder fra Guatemala i det globale miljø med assisterende reproduktive teknologier og mangel på babyer er i fare for at få deres børn solgt i de globale surrogatordninger.*[76]

Iagttagelsen bakkes op af den udvikling, der har fundet sted I Honduras:

> *I Honduras har man betalt teenagepiger for at blive gravide; forhandlerne følger derefter de unge gennem deres graviditet for at være sikre på, at de spiser rigtigt og får en vis sundhedspleje forud for fødselen. Når babyen er født, og hvis den er sund, får moderen USD 50 for produktet. Denne praksis er ikke så forskellig fra det, vi i USA kalder ”surrogatmoderskab”, men den er meget billigere*.[77]

76 Se Rotabi, K. Schmidt and Nicole Footen Bromfield. 2012. The decline in Intercountry Adoptions and New Practices of Global Surrogacy: Global Exploitation and Human Rights Concerns. *Affilia: Journal of Women and Social Work*. Vol. 27, no. 2: 129-141, p. 134, Rådets oversættelse.

77 Ibid., Rådets oversættelse.

Citaterne illustrerer de skrækscenarier, man kan forestille sig, at udviklingen i videre omfang vil føre med sig. Men om dette reelt vil finde sted – og hvordan det i så fald mere generelt vil påvirke holdningen til børn i de involverede lande – er det vanskeligt at udtale sig om.

3.2.2.4 En ikke-ideel verden

I virkelighedens verden indgås og gennemføres der en del rugemoderskabsaftaler, som er så indlysende urimelige, at det ikke kræver det helt store etiske udredningsarbejde at forholde sig til dem. Det kan fx hænge sammen med, at rugemoderen ikke kan læse og ikke oplyses om alle de forhold, der indgår i den aftale, hun skriver under på. Men under alle omstændigheder må det etisk set være en forudsætning for indgåelse og gennemførelse af rugemoderskabsaftaler, at kvinden er i stand til at give et informeret samtykke til aftalen og altså i tilstrækkelig grad kan sætte sig ind i vilkårene og forholde sig til, hvad den kommer til at betyde for hende både på kortere og på længere sigt.

Rugemoderens autonomi eller selvbestemmelse kan også være undermineret på andre måder. Blandt andet kan man argumentere for, at hun i nogle tilfælde er i en så udsat og sårbar situation på grund af sin fattigdom, at hun må siges at være tvunget til at acceptere aftalen og ikke i egentlig forstand er i stand til at forholde sig realistisk eller kritisk til den.[78] Også på andre måder kan betingelserne i forbindelse med rugemoderskabet være sådan, at man uden videre må betegne dem som uacceptable, Det fremgår således af afsnit om internationalt surrogatmoderskab, at indiske rugemødre kan få opsat fem eller seks embryoner ad gangen, uden at de bliver involveret i beslutningen, ligesom de ikke involveres i en eventuel beslutning om at foretage fosterreduktion. Ligeledes sker det ofte, at kvinderne ikke betales, hvis noget går galt under fødslen, og heller ikke får medicinsk og psykologisk behandling efter fødslen.

3.2.2.5 Afvejning af værdier

Det er næppe sandsynligt, at de ovenfor beskrevne problemer ville forsvinde alene ved at lovliggøre surrogatmoderskab og samtidig indføre en certificeringsordning, eventuelt en global ordning. For eksempel ville der sandsynligvis stadig eksistere et veludviklet sort marked med lave priser i udviklingslande som Indien. Dette kan tale for, at man er nødt til at gøre sig pragmatiske overvejelser om, hvordan man skal forholde sig til og eventuelt regulere surrogatmoderskab i vores ikke-ideelle verden, Hvis en certificeringsordning alligevel ikke løser problemerne, er det ikke givet, at dette ud fra pragmatiske overvejelser er den rigtige vej at gå.[79]

Men selv om man går ud fra, at alle aktører er interesserede i at gøre det etisk rigtige, er det alligevel ikke uden problemer at svare på, hvad det etisk rigtige i forbindelse med kommercielle rugemoderskabsaftaler faktisk er. Dette skyldes, at der er flere forskellige værdier og overvejelser involveret, som peger i forskellig retning. Man må derfor afveje disse værdier og overvejelser mod hinanden – og det er ikke givet, at afvejningen falder ud på samme måde for forskellige personer. En yderligere komplikation er, at de enkelte hensyn eller værdier ikke i alle tilfælde taler entydigt enten for eller imod kommercielt rugemoderskab. For nogle taler hensynet til barnet for eksempel imod, fordi barnet fra starten ikke gives optimale muligheder, blandt andet fordi det tages væk fra den kvinde, der har båret det under graviditeten og måske også er dets biologiske mor. For andre kan overvejelser om barnets tarv derimod ikke bruges som argument imod aftalerne - snarere tværtimod - da barnet normalt, og i modsætning til så mange andre børn, må forventes at komme til at vokse op i en familie, der ønsker det og er klar til at tage sig af det.

78 For en mere udfoldet diskussion af denne problematik, se afsnittet ”Etiske spørgsmål om organhandel”.

79 Se også overvejelserne om pragmatiske begrundelser for regulering i afsnittet ”Etiske spørgsmål om organhandel”.

Handel med organer

3.3 Handel med organer

3.3.1 Organdonation og handel med nyrer

Menneskers eksperimenteren med overførsel af organer fra en person til en anden går langt tilbage i historien, men forsøgene var indtil midten af 1900-tallet uden succes. Fra starten af 1900-tallet begyndte man at forstå, at de dårlige resultater skyldtes kroppens immunologiske reaktion og afstødning af fremmede organer. Derfor var de første succesfulde transplantationer overførsler af nyrer mellem énæggede (og altså genetisk identiske) tvillingebrødre i 1954 og mellem tvillingesøstre i 1956. Effektive immonosupressive medikamenter blev først udviklet i de tidlige 1980'ere, og disse medikamenter betød, at total vævsforligelighed ikke var nødvendig ved transplantation af de fleste store organer. Dette ændrede nyretransplantation fra at være et klinisk eksperiment til at blive en klinisk behandlingsmulighed.[80]

I starten var de fleste donorer levende, fordi man ikke havde mulighed for at bevare organer fra døde. I 1960'erne udvikledes dog bedre teknologier til kortvarig bevarelse af organerne, og man begyndte at benytte organer fra døde. Med muligheden for at transplantere voksede behovet for organer fra døde i 1980'erne og 1990'erne hurtigere, end tilgangen af organer, og der opstod i alle lande en konstant mangelsituation. Manglen på døde donorer førte til vækst i antallet af levende nyre-donorer i 1980'erne og 1990'erne, og siden 2000 har disse udgjort ca. 50% af alle transplantationer. Alligevel lider alle lande - undtagen Iran, som vi skal komme tilbage til – fortsat under konstant mangel på organer; alle lande har lange ventelister, og hvert år er der syge, der dør, mens de venter på organer.

Nyrepatienters overlevelse er forbedret betydeligt, siden dialysen blev udviklet i USA i 1960'erne, hvor den ændrede terminalt nyresvigt (eller end-stage renal disease, ESRD) fra at være en fatal diagnose til en kronisk sygdom. Dialyse kræver dog, at patienten er bundet til dialyseapparatet mange timer ugentligt, hvilket nedsætter muligheden for at leve et normalt liv og patientens mobilitet betragteligt.

Der er flere ulemper ved dialyse fremfor transplantation, blandt andet har transplanterede næsten normal nyrefunktion, hvorimod dialysepatienter højst har 10% af funktionen. Desuden har dialysepatienter såvel større sygelighed som større dødelighed, end transplanterede. Dog gør den immunundertrykkende medicin, transplanterede må tage for at undgå at afstøde det transplanterede organ, at risikoen for at udvikle tumorer i denne gruppe er mere end fordoblet i forhold til normalbefolkningens.[81]

Med globaliseringen og udviklingen af internettet, er det blevet muligt for desperate patienter fra velstående lande at omgå manglen på tilgængelige organer i hjemlandet. De kan på nettet finde klinikker i andre lande, hvor de kan købe sig til operationer. Der er tale om lande, hvor forbuddet mod salg af organer ikke bliver håndhævet, og hvor der er mange fattige, som er villige til at sælge deres organer.

Den handel, der foregår, er illegal, idet salg af organer er forbudt i stort set alle lande (med Iran som eneste undtagelse) og flere internationale organisationer har vedtaget deklarationer og konventioner imod organhandel. Europarådets konvention om menneskerettigheder og biomedicin (Bioetikkonventionen) fik i 2002 en tillægsprotokol

80 Linden, P. 2009. History of solid organ transplantation and organ donation. Critical Care Clinics. Volume 25, Issue 1, p 167 ff.

81 Overlæge Claus Bistrup, Odense universitetshospital, oplæg for Det Etiske Råd 24. juni 2013.

om transplantation[82], hvori anerkendes behovet for at ”beskytte individers rettigheder og frihed og at forhindre kommercialisering af de dele af den menneskelige krop, som er involveret i organ- og vævsfremskaffelses- og tildelingsaktiviteter”. Også EU’s Charter on Fundamental Rights (2000) artikel 3 samt artikel 12 i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om fastsættelse af standarter for kvaliteten og sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler (2004), kan fremhæves.

WHO vedtog en resolution i 2004, som opfordrede medlemslandene til at tage skridt til at forhindre transplantationsturisme og salg af væv og organer[83] og i 2008 blev Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ transplantation vedtaget. Følgende fremgår af princip 5: ”“ Celler, væv og organer bør kun doneres frivilligt og uden monetær betaling eller anden belønning med økonomisk værdi. At købe eller tilbyde at købe celler, væv eller organer til transplantation eller salg af disse fra levende personer eller fra slægtninge til afdøde personer bør forbydes.” Som tidligere nævnt arbejdes der for tiden i regi af Europarådet på en Convention against Trafficking in Human Organs.

The International Society of Nephrology vedtog i 2008 *The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism*, hvori det hedder, at kommercielle organtransplantationer, som rammer de sårbare, skal forbydes og de opfordrede alle transplantationsprofessionelle til, individuelt og gennem deres organisationer, at standse disse uetiske aktiviteter.[84]

Når den trafik, der foregår, er illegal, er det vanskeligt at få data for den. Men det anslås at 5% af alle globale organtransplantationer i 2005 var resultat af transplantationsturisme.

Handlen er centreret om nyrer, derfor vil vi i det følgende fokusere på dette, men også levere, hjerter, bugspytkirtler, lunger, hornhinder og menneskeligt væv handles i mindre skala.

3.3.1.1 Situationen i Danmark

Danmark er ingen undtagelse når det gælder det permanent store gab mellem antallet af donorer, og dermed antallet af udførte nyretransplantationer, på den ene side, og antallet af nyresyge på venteliste på den anden. Dette på trods af, at der i de seneste år har været en vækst i antallet af transplantationer og et fald i antallet af ventende.

82 Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine Concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin.

83 WHO. 2004. *Resolution on human organ and tissue transplantation.* Geneva.

84 The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism, se http://www.declarationofistanbul.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=84

Nyretransplantationer, Danmark 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Nyretransplantationer ialt	196	231	232	235	214
Heraf fra levende donorer	74	90	102	100	77
Antal afdøde donorer	122	141	130	135	137
Venteliste i alt	489	455	466	451	465
Døde på venteliste	44	44	20	28	13

Kilde: Scandiatransplant: http://www.scandiatransplant.org/data

Handel med organer er forbudt også efter dansk lovgivning. Det følger af sundhedslovens § 268, at den, der yder eller modtager betaling eller anden økonomisk fordel for udtagelse eller overførsel af væv og andet biologisk materiale til behandling med transplantation, straffes med bøde. Det samme gælder den, der med viden om, at der er ydet eller modtaget betaling, medvirker til, at et sådant indgreb foretages. Der findes derfor ikke officielle opgørelser over antallet af danskere, der rejser til andre lande for at få udført nyretransplantationer. Dansk Nefrologisk selskab har dog foretaget en optælling for årene 1991-2002 på baggrund af antallet patienter, der søger efterbehandling på danske sygehuse. Den viser, at tallet mellem 1991 og 2002 lå på 0-4 transplantationer årligt, mens det i årene 2003-2006 lå på 6-7 årlige transplantationer.[85]

3.3.1.2 Den globale situation

Det anslås, at 7% af verdens befolkning lider af nyre-sygdomme, og at 1,6 mio mennesker lider af *end stage renal disease* (ESRD).[86] Samtidig er mangel på organer fra såvel levende som afdøde donorer et næsten globalt problem, som nævnt ovenfor.

Det har ført til en trafik, hvor borgere i velhavende lande i Nordeuropa, Nordamerika og rige asiatiske lande rejser til fattige lande i hovedsaligt Asien og Østeuropa, men også Sydamerika og Afrika, for at købe organer af desperat fattige mennesker. Det drejer sig som nævnt om lande, som ikke har udviklet eller implementeret lovgivning, der forhindrer organhandel.[87] Jeremy Halken har beskrevet situationen på den måde, at såvel købere som sælgere er drevet af deres mest basale overlevelsesinstinkter, hvilket giver grobund for kriminel udnyttelse.[88]

Der findes i sagens natur ikke gode kilder på omfanget af denne handel, men Yosuke Shimazono har i 2007 samlet den tilgængelige litteratur på området for WHO.[89] Af hans artikel fremgår det, at handlen ikke bare omfatter køb og salg af organer, en række mellemmænd er involveret i at arrangere rejser og rekruttere donorer. Dette sker ofte via internettet, hvor priserne på en transplantations-pakke lå mellem 390.000 – 900.000

85 Dansk Nefrologisk Selskab. 2006. *Landsregister for patienter i aktiv behandling for kronisk nyresvigt Rapport for Danmark 2006* p. 27.

86 The Harvard Stem Cell Institute: http://www.hsci.harvard.edu/research/kidney-disease-program

87 Caplan et al. 2009. *Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs*. Joint Council of Europe/United Nations study. Strasbourg Cedex: Directorate General of Human Rights.

88 Halken, J. 2011. *Transnational crime in the developing world.* Global financial integrity

89 Shimazono, Y. 2007.

DKK i 2007. En anden kilde angiver, at mellemmændene opkræver mellem 550.000 – 1.100.000 DKK, hvoraf donoren kun får 5.500 – 28.000 DKK[90]

Donoren modtager altså kun mellem ca. 1% og 5% af det beløb, den transplanterede betaler (0,5% og 2,5% i det andet tilfælde). Dertil kommer et andet gennemgående problem for donorerne, nemlig at de i realiteten kun får udbetalt ca. 2/3 af det beløb, mellemhandleren havde lovet dem, fordi denne trækker omkostninger til operation, hospitalsophold og transport fra donorens andel af betalingen. Transportomkostningerne skyldes, at det er en udbredt praksis, at man transporterer donoren til det sted, hospitalet befinder sig, da det er lettere at transportere donoren end at vedligeholde udtagne organer.

Et andet gennemgående problem er, at donoren ikke modtager tilstrækkelig efterbehandling efter operationen, og at vedkommende sendes hjem for tidligt. I 2008 blev en kriminel organisation, som arrangerede organhandler, afsløret, fordi en ung tyrkisk mand faldt om i Pristinas lufthavn efter at være blevet sendt for tidligt hjem efter en nyreoperation. Ved en efterfølgende EU-rettergang kom det frem, at bagmændene havde lovet fattige tyrkere op til ca. 150.000 DKK for at flyve til Kosovo og donere deres nyre. De blev overtalt til at udfylde falske erklæringer om, at de var i familie med organmodtageren og donerede af humanitære grunde. Efterfølgende modtog mange af dem ingen kompensation overhovedet, og de blev sendt hjem uden den nødvendige efterbehandling.[91]

3.3.1.3 Eksempler på lande med organhandel

Handel med transplantationer vides at foregå i en række lande, blandt de ofte omtalte er:

Indien

Indien var et centralt organeksporterende land indtil denne praksis blev officielt forbudt i 1994. Der foregår dog stadig en stor undergrundshandel. Det skønnes, at 2.000 indere hvert år sælger en nyre.[92] Det ser ud, som om den nedgang i organhandel, loven trods alt betød, har resulteret i, at flere i stedet tager til nabolande som Pakistan, Bangladesh og Phillipinerne for at købe organer.

Der findes enkelte forskningsbaserede undersøgelser af forholdene fra forskellige egne i Indien. Således viste en interviewundersøgelse fra 2001, der omfattede 305 sælgere af nyrer, at hovedparten til daglig arbejdede som gadehandlende. De var i gennemsnit blevet lovet ca. 8.000 DKK for deres nyre, men de modtog i gennemsnit kun ca. 6.000 DKK. 96% af dem angav, at motivationen til at sælge deres nyre var, at de havde behov for at kunne betale deres gæld. På tidspunktet for undersøgelsen havde 74% dog stadig gæld.

Mange af donorerne fik mén efter operationen, 86% af dem rapporterede, at deres helbred var blevet noget eller svært forringet. 50% havde vedvarende smerter ved operationsarret, og 33% havde rygsmerter. Det dårligere helbred gjorde, at donorerne i gennemsnit fik reduceret deres familieindkomst med 1/3 efter salget, hvorved antallet af donorer, der faldt under fattigdomsgrænsen, steg fra 54% før, til 71% efter operationen. 79% af donorerne angav at have fortrudt salget i en grad, så de ville fraråde andre at gøre det samme.[93]

---

90 Nullis-Kapp, C. 2004. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *Bulletin of the World Health Organization* vol 82 no. 9: 715.

91 Bilefsky, D. 2013. 5 Are Convicted in Kosovo Organ Trafficking. *New York Times*, 29. april.

92 Shimazono 2007.

93 Cohen, G. 2013. Transplant Tourism: The Ethics and regulation of international markets for organs. *Global Health and the Law,* spring 2013, p. 272.

Pakistan

Det skønnes, at der årligt sælges 2.000 nyrer i Pakistan, hvoraf to tredjedele købes af udlændinge.

En undersøgelse af 239 sælgere af nyrer fra 2010 viser, at 62% af sælgerne før operationen tjente mellem 55 – 170 DKK om måneden, mens 32% tjente mindre end det. 90% af dem var analfabeter, og de havde mellem 2 og 11 personer, de var ansvarlige for at forsørge. Alle havde de stor gæld.

Donorerne var i gennemsnit lovet knapt 10.000 DKK i betaling for deres nyre, men modtog i gennemsnit kun 7.700 DKK. Forskellen skyldtes, at sælgerne trak omkostninger ved operation, hospitalsophold og transport fra donorens del af betalingen.

Alle angav at have haft et godt helbred inden operationen, mens kun 1,2% rapporterede at have det bagefter. 62% følte sig fysisk svagere, så de ikke længere kunne arbejde så lange intervaller, som de kunne før. 85% oplevede ingen forbedring i deres finansielle situation som følge af salget. 35% angav, at de ville anbefale et familiemedlem at sælge et organ.[94]

Bangladesh

I Bangladesh har salg af kropsdele været ulovligt siden 1999, men det udgør på trods heraf et voksende fænomen i et land, hvor 78% af indbyggerne lever for under 11 DKK om dagen.

En etnografisk undersøgelse fra 2012 af 33 sælgere fra hovedstaden, Dhaka, viste, at de fleste af sælgerne var analfabeter, og at dette blev udnyttet til at lokke dem til at sælge deres nyre. De blev bildt ind, at man har en 'sovende nyre', som vågner, når den aktive nyre opereres ud. Løfter om jord, et job eller visa til andre lande blev også brugt til at lokke donoren. I virkeligheden blev donorerne smuglet til Indien og indlogeret i uhygiejniske, overfyldte værelser. Efter operationen blev de efter få dage sendt tilbage til disse lejligheder og derefter transporteret til Bangladesh, inden såret var lægt.

Sælgerne var i gennemsnit blevet lovet 7.800 DKK for deres nyre, men 27 af de 33 fik ikke det fulde beløb, angiveligt fordi mellemhandleren fratrak diverse omkostninger fra deres del af betalingen.

78% angav, at deres økonomiske situation blev værre efter operationen. De angav også, at deres helbred blev værre, og 79% rapporterede, at deres ar og det sociale stigma ved nyresalget havde ført dem ud i social isolation.

Etnologen, som udførte forskningen, Moniruzziman, hævder desuden, at mange organmodtagere fra Bangladesh foretrak at købe organer af de fattige, fremfor at bede deres familiemedlemmer om at donere.[95]

Kina

Situationen i Kina er speciel, fordi 95% af de organer, der anvendes ved transplantationerne i landet, kommer fra henrettede fanger. Det fremgår af rapporter fra The US Department of State, artikler i medicinske tidsskrifter og rapporter fra NGO'er. Antallet af frivillige donorer er meget lavt, så derfor er chancen for, at patienter på ventelisten får en nyre fra en frivillig donor, kun på 0,5% i Kina mod 43% i Storbritannien.

94 Ibid, 270.

95 Ibid, 271.

De kinesiske myndigheder hemmeligholder antallet af henrettelser, der udføres, men Amnesty International angiver, at landet står for mindst 75% af henrettelserne på verdensplan. Myndighederne lægger ikke skjul på, at hospitalerne anvender organer fra henrettede fanger, men angiver, at det sker med fangernes samtykke. Der er dog påstande, som myndighederne benægter, om, at fangevogtere og bødler tvinger fangerne til at underskrive samtykket, fordi der er store penge at hente på at sælge organerne.[96]

Der udføres ca. 10.000 transplantationer årligt i Kina, et tal der kun overgås af det antal, der udføres i USA. De fleste udføres på landets egne indbyggere, men mange velhavende udlændinge køber sig illegalt ind foran i køen af dem, der venter på organer. Det skyldes, at de kinesiske hospitaler er under pres for at generere indtægter, og at der derfor stilles færre spørgsmål til, hvordan indtægterne fremkommer. Det har gjort, at firmaer er dukket op, som hjælper patienter med at finde de organer og kirurger, de har brug for. The Lancet nævner *Yeson Healthcare Services* i Shanghai, som udbyder levertransplantationer for ca. 520.000 DKK og nyretransplantationer for ca. 260.000 DKK.[97]

Da organdonorerne altså ikke betales for deres organer i Kina, har det været diskuteret, om der overhovedet er tale om organhandel.[98] Alligevel regnes de kinesiske transplantationer normalt med til den internationale organhandel, fordi betalende udlændinge prioriteres over landets egne indbyggere, og fordi der ikke er klare regler på området.[99] Der er dog i 2007 indført lovgivning i Kina, som skal forhindre salg af organer og udfase brugen af organer fra henrettede fanger.[100] Haibo Wang, som er direktør for *the China Organ Transplant Response* udtalte til WHO i slutningen af 2012, at det nye system vil blive indfaset fra starten af 2013. De indebærer, udover udfasningen af organer fra henrettede og straffe for at modtage betaling for transplantationer, at det kinesiske Røde Kors skal etablere et organdonationssystem baseret på altruistisk donation fra afdøde. Det vil dog blandt andet kræve såvel en formel som en folkelig accept af hjernedød, og for tiden har man ingen af delene. Derfor er tilgangen af organer fra afdøde meget lav.[101]

Legalisering af organhandel - Iran

Som det er fremgået, er tilstedeværelsen af mellemmænd ved organhandlen et meget stort problem. Disse mellemmænd udgør en blandet flok, lige fra fattige kriminelle over sofistikerede medicinsk-turisme bureauer til religiøse eller almennyttige fonde eller patientorganisationer.[102] Men fælles for i hvert fald de første grupper er, at de står for kontakten til 'kunden', indkasserer pengene og kun udbetaler en meget lille del af dem til donoren. De dikterer betingelserne og forholder i reglen donoren tilstrækkelig efterbehandling.

Nogle har hævdet, at dette er det egentlige problem ved den eksisterende organhandel. For eksempel argumenterer transplantationslægen Benjamin Hippen for, at salg af organer under kontrollerede forhold bør indføres i USA, fordi det udgør den eneste vej til at få organer nok til at redde livet for dem, der står på ventelisten. Efter hans mening er donation aldrig uproblematisk, fx mener han, at donorer også med det nuværende system presses til at donere, ikke ud fra altruisme, men ud fra skyld eller familiært pres.

96 Watts. J. 2007. China introduces new rules to deter human organ trade. *The Lancet* vol 369, June.

97 Ibid.

98 Der er dog også rapporter om køb af organer fra levende i Kina, se fx Davidson 2012

99 Shimazono 2007 p. 957.

100 Ibid.

101 Fleck, Fiona. 2012. New era for organ donation and transplant in China. *Bulletin of the World Health Organisation* no 90:802–803.

102 Cohen 2013, p 273.

Men disse forbehold tæller ikke så tungt, som pligten til at redde liv, derfor bør man tillade betaling for organer men etablere et system, hvor donoren beskyttes af et centralt register for købere og donorer, og hvor vedkommende sikres livslang sundhedsdækning.[103]

Hippen har studeret organiseringen i Iran[104], som pt. er det eneste land, hvor handel med organer er tilladt. Man kan se den iranske organisering af betaling for organer som et forsøg på at skabe et system uden kommercielle mellemmænd og uden at blive en del af et internationalt marked for organhandel. Systemet kan nemlig kun benyttes af etniske iranere; udlændinge – også dem, som bor i Iran – kan ikke deltage.

Iran tillod vederlag for donationer fra ikke-relaterede donorer i 1988, hvorefter ventelisten for transplantationer langsomt svandt ind, og i 1999 var den elimineret. Man har etableret et meget reguleret marked, der fungerer sådan, at når potentielle modtagere af nyrer er udredt, opfordres de i første omgang til at finde en biologisk relateret donor. Hvis det ikke lykkes, skal de først vente 6 måneder på, om en afdød donerer en egnet nyre. Sker det ikke, kan de få en kommerciel donor.

Donoren udvælges af *the Dialysis and Transplant Patients Association* (DATPA), der er bemandet med frivillige, som selv lider af nyresvigt, og organisationen modtager ingen kompensation for at matche nyredonorer med modtagerne. Mennesker, der er interesserede i at sælge en nyre, henvender sig selv til DATPA, og henvises herefter til transplantationscentrene for typebestemmelse og udredning efter de samme kriterier, som gælder donorer, der ikke modtager økonomisk kompensation. DATPA finder så uden vederlag en matchende patient.

Betalingen til donoren kommer dels fra staten, som bidrager med ca. 8.000 DKK samt et års sygeforsikring. Dels skal modtageren af organet selv bidrage med 13.000 – 25.000 DKK, men hvis vedkommende er fattig, kan beløbet doneres af forskellige velgørenhedsorganisationer. DATPA står for at koordinere betalingen.

Der er imidlertid problemer med bureaukrati og langsommelige procedurer, som har åbnet døren for uofficielle direkte forhandlinger mellem parterne. På gaderne nær Teherans større hospitaler hænger sedler skrevet af fattige mennesker, som ønsker at sælge deres nyrer, så det iranske system er blevet beskrevet som et marked for nyrer.[105]

Hippen fremhæver nogle problemer ved det iranske system:

- En uforholdsmæssig stor del af donorerne, 70%, er ifølge undersøgelser fattige ud fra enhver definition af begrebet
- Det er en udbredt opfattelse - selvom der mangler opgørelser over de helbredsmæssige og personlige konsekvenser for donorerne - at det på sigt har negative sundhedsomkostninger for dem at sælge deres organer.
- Det er blevet hævdet, at muligheden for at handle med organer underminerer altruistisk donation af fx nyrer. Det bekræftes dog ikke umiddelbart af de iranske erfaringer, idet den biologisk relaterede donation har ligget konstant på 12% - 13% af donationerne
- Der er svag tendens til dårligere resultater for modtagerne af købte organer i forhold til modtagere af altruistisk donerede organer. En mulig forklaring kan være,

103 Hippen, B. 2008. Organ sales and moral travails – Lessons from the living kidney vendor program in Iran. *Cato Policy Analysis.*

104 Ibid, oplysningerne om det iranske system kommer fra Hippens artikel.

105 Dehghan, S.K. 2012. Kidneys for sale: poor iranians compete to sell their organs. *The Guardian* 27 May.

at når sælgerne i reglen er fattige, er de udsat for miljøfaktorer, især infektioner og fejlernæring, der kan svække deres nyrer.

3.3.1.4 Situationen for danskere der kommer hjem til efterbehandling

Handel med organer er som allerede nævnt ulovligt i Danmark, men når danskere alligevel vender hjem fra udlandet efter at have købt et organ og en operation i et andet land, kan der opstå et dilemma for det danske sundhedsvæsen. Sådanne patienter vil have behov for livslang efterbehandling for ikke at afstøde det transplanterede organ, og undladelse af efterbehandling vil få alvorlige, måske fatale, konsekvenser for vedkommende. Derfor afvises sådanne patienter ikke, men tilbydes samme efterbehandling, som andre transplanterede danske statsborgere.

Her opstår et dilemma, fordi man kan mene, at det danske sundhedsvæsen dermed tvinges til at påtage sig en form for medskyld i forhold til den organhandel, patienten har involveret sig i. Omvendt ville en afvisning af at behandle patienten være uhørt i forhold til lægeløftet og sundhedsvæsenets princip om at behandle alle syge, uanset baggrunden for deres sygdom. Fx har alle skiløbere og andre sportsudøvere jo krav på behandling af de skader, de pådrager sig, og vi kender ikke fra andre områder til eksempler på alvorligt syge mennesker, som nægtes behandling i sundhedsvæsenet. Behandlingen er vederlagsfri for patienter bosat i Danmark. Der er ikke hjemmel i sundhedsloven til at afkræve betaling for behandling i det offentlige sygehusvæsen, som patienten kan modtage vederlagsfrit.

Et alternativ til at nægte de transplanterede efterbehandling kunne være via lovgivning at indføre sanktioner mod danskere, som har medvirket til organhandel ved at købe organtransplantationer i udlandet. Spørgsmålet vil herefter være, hvilke sanktioner, der i så fald vil være hensigtsmæssige, når både donors og modtagers situation tages i betragtning.

3.3.2 Etiske spørgsmål om organhandel

Langt hovedparten af den organhandel fra levende donorer, der finder sted, foregår med nyrer. Sælgeren er typisk meget dårligt stillet og indgår alene i transaktionen i et forsøg på at slippe af med en bundløs gæld eller for at forbedre sin families levevilkår. I langt de fleste tilfælde løser salget af organet imidlertid ikke donorens problemer på længere sigt. Tværtimod ender mange donorer i en endnu mere håbløs situation og fortryder af samme grund salget. At transaktionen for mange har en så ulykkelig udgang skyldes i de fleste tilfælde, at donoren mere eller mindre narres til at indgå aftalen af mellemhandlere, ikke får tilstrækkelig efterbehandling og derfor mister noget af sin arbejdsevne og også snydes for en del af de penge, han eller hun var stillet i udsigt.[106]

Den organhandel, der foregår i virkelighedens verden, er derfor i langt de fleste tilfælde vanskelig at forsvare eller retfærdiggøre. Det er mellemhandlerne og modtagerne af organet, der får noget ud af situationen, mens sælgeren et langt stykke af vejen udnyttes og behandles helt uacceptabelt. I dette afsnit er det imidlertid ikke kun den faktiske organhandel, der skal diskuteres. Spørgsmålet er også, hvilke etiske problemstillinger der ville knytte sig til organhandel, selv hvis den ikke rummede de helt eklatante former for udnyttelse, som den nuværende praksis som oftest gør.

106 Se fx afsnittet *Fakta om organhandel* eller Carney, Scott. 2011. *The Red Marked*. William Morrow, Chapter Three: Kidney Prospecting for dokumentation af disse forhold.

I det følgende vil dette blive belyst gennem en diskussion af, hvad man kan indvende mod et argument, der går ud på, at organhandel er acceptabel, for så vidt som de følgende forudsætninger er opfyldt i forbindelse med transaktionen[107]:

- Den mulige donor får forud for indgrebet en fyldestgørende information om de mulige risici ved donationen og om aftalens præcise indhold. En betingelse for at gennemføre aftalen er, at donoren er i stand til at give informeret samtykke og altså i rimelig grad har forstået og accepteret såvel indholdet af aftalen som de mulige risici.
- Indgrebet foretages under medicinsk forsvarlige forhold. Aftalen giver donoren ret til tilstrækkelig efterbehandling og indeholder en sundheds- og livsforsikring, som sikrer donoren og/eller dennes familie i tilfælde af varige men eller dødsfald. Det skal tydeligt fremgå af aftalen, at ingen af udgifterne i forbindelse med donationen påhviler donoren, herunder også rejse- og opholdsudgifter.
- Aftalen sikrer donoren en ”rimelig” betaling. Hvad en rimelig betaling er, kan være vanskeligt at afklare. Det skal eventuelt tages i betragtning, hvad organet er værd for modtageren og ikke kun, hvad donoren som minimum vil acceptere at få i betaling. Herved kan det imødegås, at donorens dårlige økonomiske situation udnyttes. Transaktionen skal give donoren reelle muligheder for en forbedret tilværelse også på længere sigt.

3.3.2.1 Kan donoren give informeret samtykke til handelen?

I den vestlige verden har diskussionen om patienters selvbestemmelse primært drejet sig om, hvilke evner og færdigheder den enkelte patient skal være i besiddelse af for at kunne give informeret samtykke, fx færdigheder som rationalitet, forståelse af situationen og evnen til at træffe beslutninger. I debatten om organhandel er det imidlertid blevet fremført, at denne individualistiske indfaldsvinkel til forståelsen af informeret samtykke er alt for snæver. Kritikken går blandt andet på, at de sociale strukturer i et samfund i sig selv kan indgå som forudsætninger, der kan understøtte eller underminere muligheden for at give informeret samtykke. Mere specifikt nævnes det, at ekstrem fattigdom kan udgøre en form for tvang, som umuliggør enhver tanke om et frit valg i forbindelse med organhandel:

> *De fattigste og mest sårbare medlemmer af verdenssamfundet har i realiteten ingen eller meget begrænsede muligheder udover at indgå i markedet som donorer…. den økonomiske belønning, som tredjeparts mellemhandlere tilbyder fattige, potentielle donorer, fungerer som en form for tvang, netop fordi de desperate personer, som får tilbuddet, realistisk set ikke er i en position, hvor de kan vælge at sige nej til det.*

Det er med andre ord fraværet af reelle alternativer, der ud fra denne kritik underminerer muligheden for at træffe et reelt og informeret valg. Man kan måske formulere det sådan, at det er den kommende donors dårlige situation her og nu, der gør det urimelig svært for ham eller hende at stille krav og forholde sig til transaktionen i et længerevarende fremtidsperspektiv.

En beslægtet problematik går ud på, at det i mange tilfælde er bedre for en mulig donor slet ikke at have muligheden for at sælge et organ end at have denne mulighed.[108] I én fortolkning af argumentet skyldes dette, at hvis muligheden for at sælge et organ faktisk

107 De opstillede forudsætninger modsvarer nogenlunde de regelsæt, der er blevet forslået som en betingelse for legalisering af handel med organer fra levende donorer, se fx Working Group on Incentives for Living Organ Donation. 2012. Incentives for Organ Donation: Proposed Standards for an Internationally Acceptable System. *American Journal of Transplantation. V*ol. 12, no. 2: 306-312.

108 For en mere uddybet præsentation af de følgende argumenter se Rippon, Simmon. 2012.

eksisterer, kan en potentiel donor føle sig presset af sin situation og sine pårørende til at donere, fordi han eller hun – når nu muligheden findes - kan blive bebrejdet og holdt ansvarlig for ikke at donere. Dette ville selvsagt ikke kunne lade sig gøre, hvis muligheden for at sælge organer slet ikke fandtes.

Det skal nævnes, at overvejelserne ovenfor om mulighederne for samtykke primært retter sig mod den organhandel, der involverer meget fattige donorer. Mere velstående personer har ikke det samme akutte behov for ressourcer og er dermed ikke i samme grad udsat for et pres. I forlængelse heraf kan man måske spørge, om det reelt er de potentielle donorers mulighed for at give informeret samtykke, der er problemet. En alternativ udlægning kunne være, at donoren i nogle tilfælde udmærket forstår sin situation og træffer en beslutning, der set fra hans eller hendes perspektiv faktisk er rationel. At den må betegnes som rationel, skyldes imidlertid udelukkende donorens situation. Hvis situationen var mindre desperat, ville salget af et organ slet ikke komme på tale.

Hvis denne udlægning af argumentet er korrekt, kan problematikken om informeret samtykke ikke i sig selv bruges som argument imod organiseret organhandel, hvor donoren sikres ordentlige forhold (jævnfør punkt to og tre ovenfor). Argumentet peger i stedet på, at det er donorernes fattigdom, der er det grundlæggende problem.

3.3.2.2 Kommercialisering og værdighed

I en mere vidtgående fortolkning af argumentet ovenfor angående pres fra fx pårørende er pointen imidlertid også, at eksistensen af et frit og lovligt marked for organhandel

på længere sigt kan ændre de samfundsmæssige rammebetingelser omkring sådanne handler, fordi organer i højere grad end nu vil blive opfattet som produkter og dermed vil blive omfattet af kommercialiseringens almindelige logik:

> *Min påstand er, at eftersom fattige mennesker ofte er forgældede eller mangler penge for at kunne tilfredsstille deres egne og familiens mest basale behov, så er det forudsigeligt, at de ville blive udsat et socialt eller legalt pres til at sælge deres organer for at kunne betale deres regninger, hvis det altså var tilladt at sælge dem.*

Organer ville altså dermed blive opfattet som værdigenstande og indgå i økonomiske transaktioner og reguleringer på lige fod med andre genstande af økonomisk værdi, fx som sikkerhed i forbindelse med låntagning mv.

Det er næppe ren spekulation, at salg af organer kan blive indrulleret i en mere vidtgående kommercialiseringslogik. I Israel medvirkede HMOs – landet førende udbyder af sundhedsforsikringer – således på et tidspunkt til organhandel ved at refundere udgifter til transplantation i udlandet. Det fremgår også af kapitel tre i The Red Market (2011), at amerikanske forsikringsselskaber på et tidspunkt overvejede at udlicitere organtransplantationer til hospitaler i Indien, Pakistan og Egypten, fordi donationer fra levende donorer ville være en billigere løsning for selskaberne end fx vedvarende dialysebehandling eller transplantation i USA. Det fremgår dog ikke af bogen, hvordan overvejelserne endte.

Hvis salg af organer i den beskrevne forstand kom til at indgå i en mere omfattende, legaliseret og institutionaliseret samfundsmæssig praksis, ville man ud fra flere af de definitioner, der er beskrevet i afsnittet ”Etiske temaer om globalisering og kommercialisering”, kunne argumentere for, at en sådan praksis ville udgøre en væsentlig krænkelse af menneskets værdighed. Fx kunne man henholde sig til en kantiansk

fortolkning og hævde, at mennesket i for høj grad blev behandlet som en genstand eller et middel og ikke som et mål i sig selv. Ligeledes kunne man anføre, at synet på den anden som leverandør af organer ikke er foreneligt med de dyder, vi normalt anser for at være værdifulde og grundlæggende for vores omgangsform med hinanden. Da værdighedsbegrebet som beskrevet i det nævnte afsnit er vanskeligt at håndtere i praksis, skal denne argumentation imidlertid ikke uddybes nærmere her.

Argumenterne om kommercialisering og værdighed er i højere grad end argumentet om det informerede samtykke uafhængigt af, hvem sælgerne af organer er. Dette hænger sammen med, at de førstnævnte argumenter angår den involverede menneskeopfattelse på et mere generelt niveau, mens de sidstnævnte argumenter specifikt refererer til de kommercielle donorers faktiske situation. De førstnævnte argumenter kan derfor bruges imod alle former for organhandel, mens de sidstnævnte argumenter primært kan benyttes i forhold til organhandel, der involverer udnyttelse.[109]

3.3.2.3 Forbud eller regulering

Som tidligere nævnt kan det være svært at retfærdiggøre den illegale organhandel, der finder sted rundt omkring i verden for nærværende. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan man bør håndtere denne situation rent lovgivningsmæssigt. En mulighed er at regulere området, en anden er helt at forbyde transaktionerne.

Et almindeligt argument i debatten om organhandel er, at det i det mindste på det principielle niveau er vanskeligt at begrunde et egentligt forbud mod organhandel ud fra hensynet til donoren, hvis forbuddet faktisk fratager donoren en muligheden for at forbedre sin situation.[110] Samtidig kan det ikke i første omgang retfærdiggøre et forbud, at handel med organer i praksis sjældent medfører en sådan forbedring. I stedet må man forholde sig til, om det er muligt at regulere området, så donoren faktisk må forventes at opnå en fordel ved handelen. Dette kan bl.a. ske ved at sørge for, at donoren informeres tilstrækkeligt. Informationen skal ikke blot angå selve indgrebet og de mulige eftervirkninger og risici. Donoren skal også bibringes en viden om andre donores erfaringer - herunder ikke mindst, at donationen i de færreste tilfælde løser donorens problemer mere permanent - så han eller hun kan danne sig realistiske forventninger om fremtiden efter en eventuel donation. Derudover skal donoren undersøges forud for indgrebet og have tilstrækkelig efterbehandling samt sikres en rimelig betaling i forbindelse med handelen mv.

Et væsentligt spørgsmål er imidlertid, om det i praksis ville være muligt at sørge for, at donoren i kraft af reguleringsmæssige tiltag ville opnå tilstrækkelige fordele ved donationen. I en artikel fra foråret 2013 diskuterer Glenn Cohen denne problematik og henviser i den forbindelse til erfaringerne fra Iran, hvor man har forsøgt at etablere et reguleret og kommercialiseret marked.[111] En undersøgelse fra Iran viser, at ud af 300 kommercielle donorer ville 85% så afgjort ikke sælge en nyre igen, hvis de havde muligheden, mens 76% på det kraftigste ville opfordre andre potentielle sælgere til ikke at donere.[112] Efter Cohens opfattelse demonstrerer dette, at det kan være vanskeligt at sikre, at donoren faktisk opnår fordele ved transaktionen.[113] Netop derfor kan det

109 Se afsnittet "Etiske temaer om globalisering og kommercialisering" for en diskussion af begrebet udnyttelse.

110 Se fx Glenn Cohen, Glenn. 2013.

111 Cohen, Glenn. 2013.

112 Ifølge Zargooshi, J. 2000. Quality of Life of Iranian Kidney Donors. *Journal of Urology.* Vol. 165, no. 2: 386-392; her citeret fra Cohen, Glenn. 2013.

113 Cohen giver en række yderligere begrundelser for dette, fx at det i de fleste lande er meget tabubelagt at sælge sine organer, hvilket gør det særdeles vanskeligt at informere om donorernes faktiske vilkår efter donationen. For supplerende argumenter se også Michael P. Jaycox, Michael P. 2012.

ifølge Cohen af rent pragmatiske grunde være relevant at forhindre handel med organer gennem regulering. Men reguleringen skal i så fald finde sted i modtagerens hjemland, da der – hvis man ser bort fra Iran - allerede eksisterer forbud imod organhandel de steder, hvor handelen foregår. Disse forbud har vist sig ikke at være effektive.

Det kan i høj grad diskuteres, hvilke reguleringsmæssige tiltag det ville være på sin plads at indføre i modtagerens hjemland. I dansk sammenhæng forekommer det fx ikke nærliggende at undlade at give hjemvendte modtagere af organer gratis efterbehandling (hvilket er et af Cohens forslag), da dette strider mod et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen om, at man behandler patienterne uafhængigt af, om deres tilstand er selvforskyldt eller ej. Men erfaringer fra fx Israel demonstrerer, at reguleringsmæssige tiltag i hjemlandet faktisk i nogle tilfælde kan nedbringe trafikken til udlandet:

Den israelske lov begrænsede faktisk transplantationstrafikken til udlandet. På grund af truslen om strafferetlige sanktioner ophørte HMO'erne med at finansiere udenlandske transplantationer, hvis det ikke kunne verificeres, at donoren var altruistisk motiveret – hvilket det ikke kunne i hovedparten af tilfældene. Derfor faldt antallet af israelske transplantationsturister drastisk: Fra mindst 155 i 2006, forud for transplantationsloven i 2008, til 35 i 2011.

Diskussionen ovenfor demonstrerer, at spørgsmålet om, hvorvidt og i så fald hvordan man skal lovgive om handel med organer, afhænger af både etiske overvejelser og faktuelle forhold. Diskussionen demonstrerer også, at det kan være vigtigt at holde sig for øje, om man diskuterer organhandel på det principielle eller det praktiske niveau. Man kan fx godt være imod organhandel af principielle grunde ud fra et ideal om, at ingen burde være så fattige, at de er nødsaget til at sælge deres organer – og alligevel være imod et forbud mod handelen i virkelighedens verden, fordi man anser salg af organer for at være til fordel for sælgeren. Man må så blot være klar til at revidere sin opfattelse, hvis dette sidste ikke viser sig at være tilfældet.

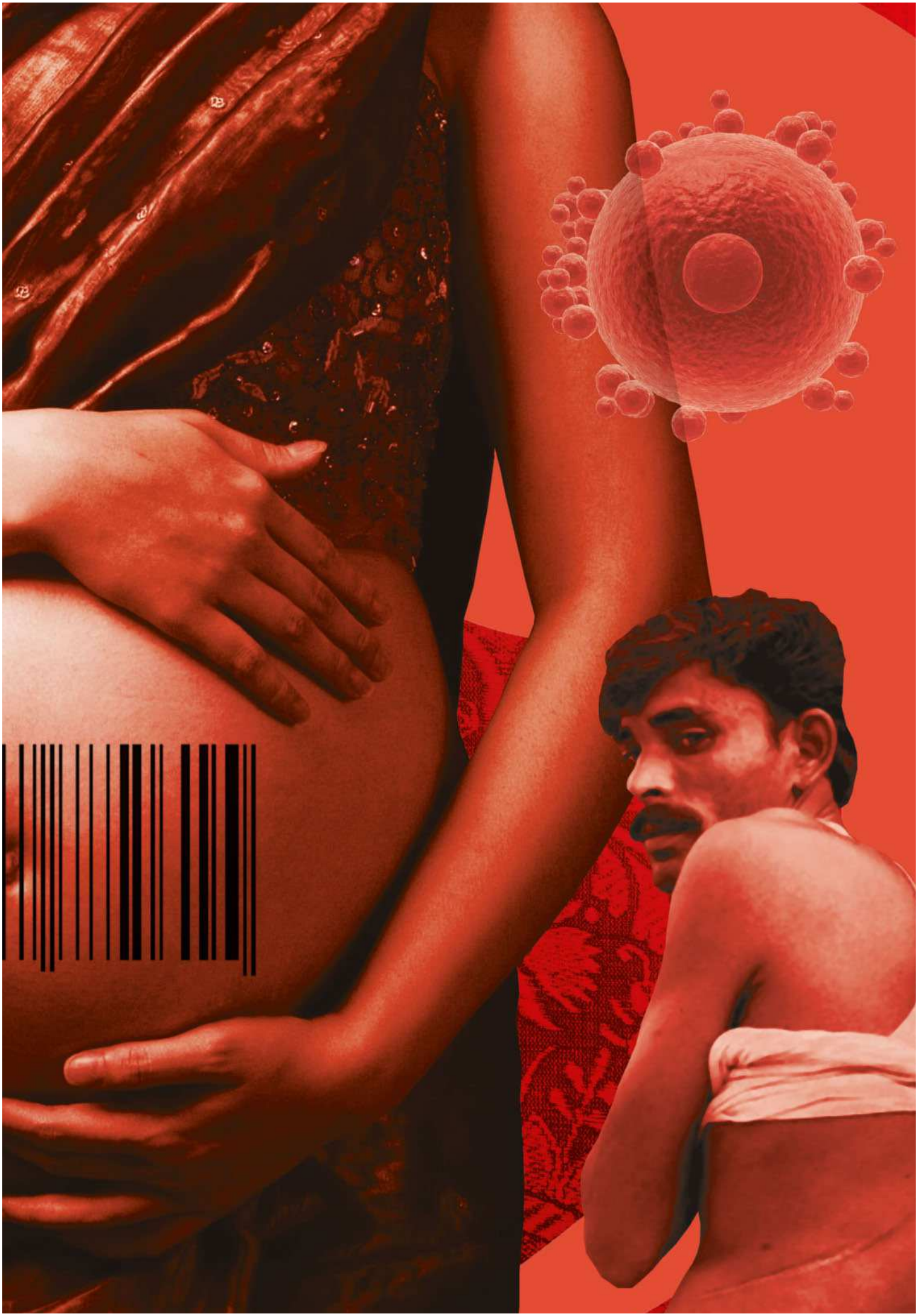
3.3.2.4 Hensynet til modtageren af organet

Til slut i dette afsnit skal det meget kort nævnes, at man også kan diskutere, hvilken rolle hensynet til modtageren af organet bør spille for vurderingen af handel med organer på tværs af landegrænser. Umiddelbart er man måske tilbøjelig til at betragte modtageren som den stærke part i transaktionen, fordi modtageren i modsætning til donoren typisk kommer fra et velhavende land og selv er relativt velstående. På den anden side skal man ikke være blind for, at modtageren af organet normalt også befinder sig i en udsat position med organsvigt, som måske kan være livstruende. Ofte har modtageren stået på venteliste til et organ i lang tid og har haft en meget nedsat livskvalitet fx på grund af vedvarende dialysebehandling, manglende førlighed mv. I den forstand befinder både modtageren og sælgeren af organet sig altså i en udsat og sårbar situation – og modtageren af organet er i en vis forstand ude i samme ærinde som donoren, nemlig at forbedre sin fremtidige livskvalitet og sine fremtidige muligheder. Dette taler alt andet lige for at muliggøre organhandel, uden at det hermed er sagt, at målet helliger midlet. Hvis handelen med organer ikke i sig selv er etisk forsvarlig, kan man udmærket argumentere for, at hensynet til modtageren af organet bør spille en underordnet rolle eller slet ikke bør tages i betragtning.

I hvilken grad man er villig til at tage hensynet til modtageren af organet i betragtning afhænger naturligvis også af, hvilken holdning man i udgangspunktet har til organ-transplantation i det hele taget. For nogle er dette en medicinsk behandlingsmulighed

på linje med så mange andre. Men der eksisterer mange forskellige holdninger til transplantation. Eksempelvis beskriver Scott Carney i bogen *The Red Marked* den holdning, at donation og transplantation må anses for at være et af de mest markante udtryk for ”det medicinske hybris”, idet man i mange tilfælde går til yderligheder for at sikre aldrende mennesker nogle få års ekstra levetid med tvivlsom livskvalitet i stedet for at acceptere døden som et vilkår i menneskelivet.[114] Hvis man har denne opfattelse, er man selvsagt mindre positivt indstillet overfor organhandel, end hvis man har den førstnævnte opfattelse.

114 For en uddybning af denne argumentation se Carney, Scott. 2011.



4. Behandlingsturisme – strafferetlige overvejelser

Det er beskrevet i de foregående kapitler, i hvilket omfang det i Danmark er tilladt at behandle med kunstig befrugtning med handlede æg, at gøre brug af kommercielt rugemoderskab eller at handle med menneskelige organer. Det spørgsmål der herefter rejser sig er, i hvilket omfang danskere, der rejser til udlandet for at benytte sig af sådanne ydelser, kan straffes her i landet, når de vender hjem. Dette kapitel behandler således alene den strafferetlige side af behandlingsturisme[115].

I afsnit 4.1 diskuteres strafbare handlinger foretaget i Danmark.

Er handlingen foretaget i udlandet, forudsætter idømmelse af straf her i landet, at handlingen udover at være strafbar her i Danmark også skal være strafbar i det pågældende land (dobbelt strafbarhed). En yderligere betingelse for straf er, at den danske straffebestemmelse skal have eksterritorial virkning, dvs. at den angiver at også handlinger foretaget uden for Danmarks grænser kan straffes efter bestemmelsen. Spørgsmålene om danske domstoles myndighed (jurisdiktion) og straf diskuteres i afsnit 4.2.

Spørgsmål om medvirken kan trænge sig på, når bistand til en strafbar handling er foretaget i Danmark med tilsigtet eller indtrådt fuldbyrdelse i udlandet. Dette spørgsmål diskuteres i afsnit 4.3.

Afsnit 4.4 indeholder en opsamling af kapitlet i relation til redegørelsens tema.

4.1 Handlinger foretaget i Danmark

Straffelovens jurisdiktionsbestemmelser regulerer spørgsmålet om, i hvilke tilfælde danske domstole er kompetente til at træffe afgørelse i en konkret straffesag. I straffelovens[116] §§ 6-9 afgrænses hvilke straffesager, der kan pådømmes af danske domstole. Muligheden for at inddrage en strafbar handling under dansk straffemyndighed afhænger først og fremmest af, om handlingen er foretaget (eller har virkning) *inden for* den danske stat (§ 6 og § 9), eller er foretaget *uden for* den danske stat (§ 7 og § 8).

Dansk straffemyndighed omfatter alle handlinger *foretaget i den danske stat*, jf. straffelovens § 6, nr. 1, om *territorialprincippet.* Dette gælder, uanset om gerningsmanden har tilknytning til Danmark i form af statsborgerskab eller bopæl mv. Selv om en handling ikke er foretaget i Danmark, kan handlingen alligevel være undergivet dansk straffemyndighed, hvis handlingens strafbarhed afhænger af eller påvirkes af en indtrådt eller tilsigtet følge, og denne virkning er indtrådt eller tilsigtet at skulle indtræde her i landet, jf. straffelovens § 9 om *virkningsprincippet.*

115 Dette kapitel bygger primært på Justitsministeriets Betænkning nr. 1488 om Dansk straffemyndighed, 2007, hvortil der kan henvises.

116 Lovbekendtgørelse nr. 1028 af 22. august 2013.

Danske domstole tager sig således først og fremmest af danske forhold.

Man kan kun straffe, når der i lov er udtrykkelig adgang hertil. Dette grundlæggende princip fremgår af straffelovens § 1.

Som det er fremgået af de foregående kapitler, er handel med nyrer (sundhedslovens[117] § 268, stk. 2) og menneskelige æg (lov om assisteret reproduktion[118] § 12, jf. § 29) samt kommerciel anvendelse af rugemødre (adoptionslovens[119] § 33, jf. § 34) ikke tilladt i Danmark. Hvis en af disse handlinger udføres i Danmark kan danske domstole træffe bestemmelse om straf.

4.2 Handlinger foretaget i udlandet

Hvis en dansk borger tager til et andet land og foretager disse handlinger, skal det som nævnt ovenfor afgøres efter straffelovens jurisdiktionsbestemmelser, om danske domstole har mulighed for at træffe afgørelse om straf, når den pågældende vender hjem til Danmark.[120]

Hvis en lovovertrædelse hverken for så vidt angår handling eller virkning har nogen tilknytning til det danske territorium, kan der i stedet være dansk straffemyndighed efter straffelovens § 7, stk. 1, om handlinger foretaget uden for den danske stat af personer, som har tilknytning til Danmark i form af statsborgerskab eller bopæl, jf. *det aktive personalprincip*. Tilknytningen til Danmark er således ikke baseret på territoriet, men på gerningsmanden.

4.2.1 Princippet om dobbelt strafbarhed

Efter straffelovens § 7 hører under dansk straffemyndighed handlinger, som en dansk borger har foretaget i udlandet, for så vidt handlingen er strafbar også efter den der gældende lovgivning (kravet om dobbelt strafbarhed). Straffelovens § 7 bygger på en betænkning af Straffelovskommissionen af 1917:

> *"Naar Spørgsmaalet bliver, i hvilket Omfang der er Grund for Staten til at straffe sine Borgere for Forbrydelser, der af disse begaas i Udlandet, findes det ikke at være tilstrækkeligt alene at henvise til, at Staten er berettiget til af sine Borgere at fordre Lydighed mod Statens Retsbud, ogsaa naar Borgerne er i Udlandet. Straffens Formaal er ikke at frembringe en formel Lydighed mod Retsbudene, men at beskytte Samfundsinteresserne, og Spørgsmålet maa derfor blive, i hvilket Omfang Statens Interesser kræver Lydighed af dens Borgere mod Retsbudene, naar Borgerne er i Udlandet. I første Række kommer her i Betragtning, at Staten i Almindelighed ikke indlader sig paa at udlevere sine egne Statsborgere og derfor af Hensyn til den fremmede Stat og af Hensyn til sig selv maa paatage sig at straffe for visse handlinger, begaaede af saadanne i Udlandet. Disse Betragtninger kan dog ikke føre videre end til kun at anvende Straf, hvor Handlingen ogsaa er strafbar efter det Lands Lovgivning, hvor den er begaaet, og forsaavidt der er Tale om et folkeretligt anerkendt Statsomraade, findes der derfor at burde sættes en Begrænsning i Straffemyndighedens Omraade i Overensstemmelse hermed."*

117 Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010.

118 Lovbekendtgørelse 923 af 4. september 2006.

119 Lovbekendtgørelse nr. 392 af 22. april 2013.

120 Kapitlet skal ikke læses som en udtømmende gennemgang af reglerne for dansk jurisdiktion, da fokus er på de problematikker, der diskuteres i denne redegørelse.

Det skal supplerende anføres, at i kravet om dobbelt strafbarhed er der indbygget et grundlæggende synspunkt om, at en person i almindelighed bør kunne regne med, at vedkommende ikke senere kan blive retsforfulgt, hvis der er handlet i overensstemmelse med den lovgivning, der gælder i det land, hvor handlingen er foretaget. Er man gæst i et fremmed land, bør man således kunne opføre sig som landets egne borgere, også når disse har friheder, som gæsten ikke har i sit hjemland.

Mere praktisk kan nævnes, at hvis en handling er lovlig i det pågældende land, kan der desuden være vanskeligheder med at få det pågældende lands politi til at bistå med efterforskning og bevissikring. Det samme vil også gælde her i Danmark, hvor dansk politi normalt ikke hjælper i efterforskning af handlinger, der er lovlige her i landet.

Princippet om dobbelt strafbarhed gælder i de fleste lande. Hvis et land ikke har dette princip, ville landets borgere eventuelt, når de fx vender hjem efter et ophold i Danmark, kunne straffes for handlinger, som de fuldt lovligt har praktiseret i Danmark. De fleste lande har således en interesse i at opretholde dette princip og kun undtage handlinger i situationer, hvor der er ekstraordinære hensyn at varetage. Ud fra sådanne overvejelser kræver fravigelse af kravet om dobbelt strafbarhed, at der foreligger særlige omstændigheder, eller at der i øvrigt findes at være et særligt beskyttelsesbehov. Heri kan indgå, om handlingen angår alvorlige krænkelser af individet, om der er nærliggende risiko for omgåelse, hvor de ulovlige aktiviteter flyttes til udlandet, og i hvilket omfang fravigelsen er begrundet i hensynet til en effektiv retshåndhævelse af normer, der nyder bred tilslutning i det internationale samfund.

I dansk ret er kravet om dobbelt strafbarhed i straffelovens § 7 ophævet i relation til kvindelig omskæring, for seksuel udnyttelse af børn samt menneskehandel. Hvor ophævelse af princippet i relation til omskæring af børn og kvinder tager sigte på at beskytte borgere bosat her i landet, er beskyttelsen ved seksuel udnyttelse af børn samt menneskehandel bredere, idet dette også omfatter borgere i andre lande.

Straffelovens § 6 og § 7 suppleres af straffelovens § 8, nr. 1-6, hvorefter der er dansk straffemyndighed for en række handlinger, som er foretaget i udlandet, uanset om gerningsmanden har tilknytning til Danmark. Under dansk straffemyndighed hører således handlinger foretaget uden for den danske stat, når handlingen er omfattet af en international bestemmelse, ifølge hvilken Danmark er forpligtet til at have straffemyndighed (§ 8,nr. 5). I det omfang der kan opnås international enighed om vedtagelse af en konvention eller anden overenskomst, der forpligter de deltagende stater til at have straffemyndighed, vil der således efter denne bestemmelse være dansk straffemyndighed.

4.2.2 Efter hvilket lands lovgivning?

Straffelovens jurisdiktionsbestemmelser fastlægger ikke, efter hvilket lands (materielle) lovgivning, straffesagen skal afgøres.

Det følger i stedet af straffelovens § 10, stk. 1, at afgørelsen om straf skal ske efter dansk ret, hvis en sag hører under dansk straffemyndighed. Den altovervejende hovedregel er derfor, at en dansk domstol, der i medfør af straffelovens jurisdiktionsbestemmelser har straffemyndighed, skal afgøre sagen *ved anvendelse af dansk lovgivning*. I visse tilfælde kan udenlandsk lovgivning dog have betydning ved pådømmelsen ved danske domstole, da man ikke kan idømme en strengere straf end hjemlet efter gerningslandets lovgivning.

4.2.3 Hvornår er det muligt at idømme straf?

Jurisdiktionsbestemmelserne regulerer heller ikke spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt at straffe en given handling efter domslandets – her Danmarks – (materielle) lovgivning.

Hvis der er tale om en handling, der er begået uden for dansk territorium, er den danske straffebestemmelse ikke i sig selv tilstrækkeligt til, at der kan straffes efter dansk ret. Det vil også være nødvendigt at vurdere, om bestemmelsen rækker ud over landets grænser. Retsforfølgning ved danske domstole og efter danske regler forudsætter således, at den omhandlede straffebestemmelse har en gyldighedsvirkning, der ikke er begrænset til det danske territorium (eksterritorial gyldighed).

Om reglen har eksterritorial gyldighed må afgøres ud fra en beskrivelse og forståelse af den strafbare handling i den pågældende bestemmelse. Som hovedregel antages bestemmelserne i straffeloven om fx drab, vold, røveri m.v. at have gyldighed ud over nationale grænser. For så vidt angår særlovgivningen, dvs. sundhedsloven, lov om assisteret reproduktion mv. er udgangspunktet et andet, nemlig at straffebestemmelser i disse love alene er gældende for handlinger foretaget her i landet. Særlove tager med andre ord sigte på at udstikke retningslinjer for danske forhold. Fortolkning af den pågældende særlovsbestemmelse kan imidlertid føre til, at også en straffebestemmelse i særlovgivningen må antages at omfatte handlinger foretaget i udlandet.

Hvis en lov ikke må anses for at have eksterritorial gyldighed vil der således *ikke* være mulighed for at idømme straf for handlinger foretaget i udlandet ved en dansk domstol.

Som nævnt ovenfor kan det være forbundet med betydelige vanskeligheder at få oplyst og skaffet det relevante bevismateriale i sager, hvor handlingen er sket i udlandet. Selv i tilfælde, hvor kravet om dobbelt strafbarhed er opfyldt, og hvor der derfor som udgangspunkt er mulighed for hjælp fra lokale myndigheder, kan retsforfølgning i Danmark være vanskelig, hvis den pågældende type lovovertrædelser i praksis ikke retsforfølges i gerningslandet. Lokale myndigheder vil i så fald antagelig heller ikke gøre sig mange bestræbelser på at bistå ved retsforfølgning i andre lande.

4.3 Særligt om medvirken

Også den/de der medvirker til en forbrydelse kan i visse situationer straffes. Det følger af straffelovens § 23, at ”den for en lovovertrædelse givne straffebestemmelse omfatter alle, der ved tilskyndelse, råd eller dåd har medvirket til gerningen. Straffen kan nedsættes for den, der kun har villet yde en mindre væsentlig bistand eller styrke et allerede fattet forsæt, samt når forbrydelse ikke er fuldbyrdet eller en tilsigtet medvirken er mislykkes”.

Et spørgsmål der kan stilles er derfor, om en person, der foretager en handling her i Danmark, som medvirker til den senere fuldbyrdelse af lovovertrædelsen i udlandet, kan straffes efter bestemmelsen om medvirken?

Det følger af straffelovens § 9, at medvirkenshandlinger anses for foretaget i den danske stat, hvis gerningsmanden befandt sig her i landet ved handlingens foretagelse, uanset om lovovertrædelsen fuldbyrdes uden for den danske stat. Når en del af en lovovertrædelse er begået i den danske stat, anses lovovertrædelsen i sin helhed for at være begået her i landet.

Der er ikke krav om dobbelt strafbarhed, men som det er tilfældet ovenfor, forudsætter pålæggelse af straf her i landet, at der skal være tale om et strafbart forhold omfattet af

en dansk materiel straffebestemmelse med eksterritorial gyldighed. I modsat fald tager medvirkenshandlingen ikke sigte på en fuldbyrdet udlandshandling, der efter dansk ret er strafbar.

4.4 Opsamling, handlinger foretaget i udlandet

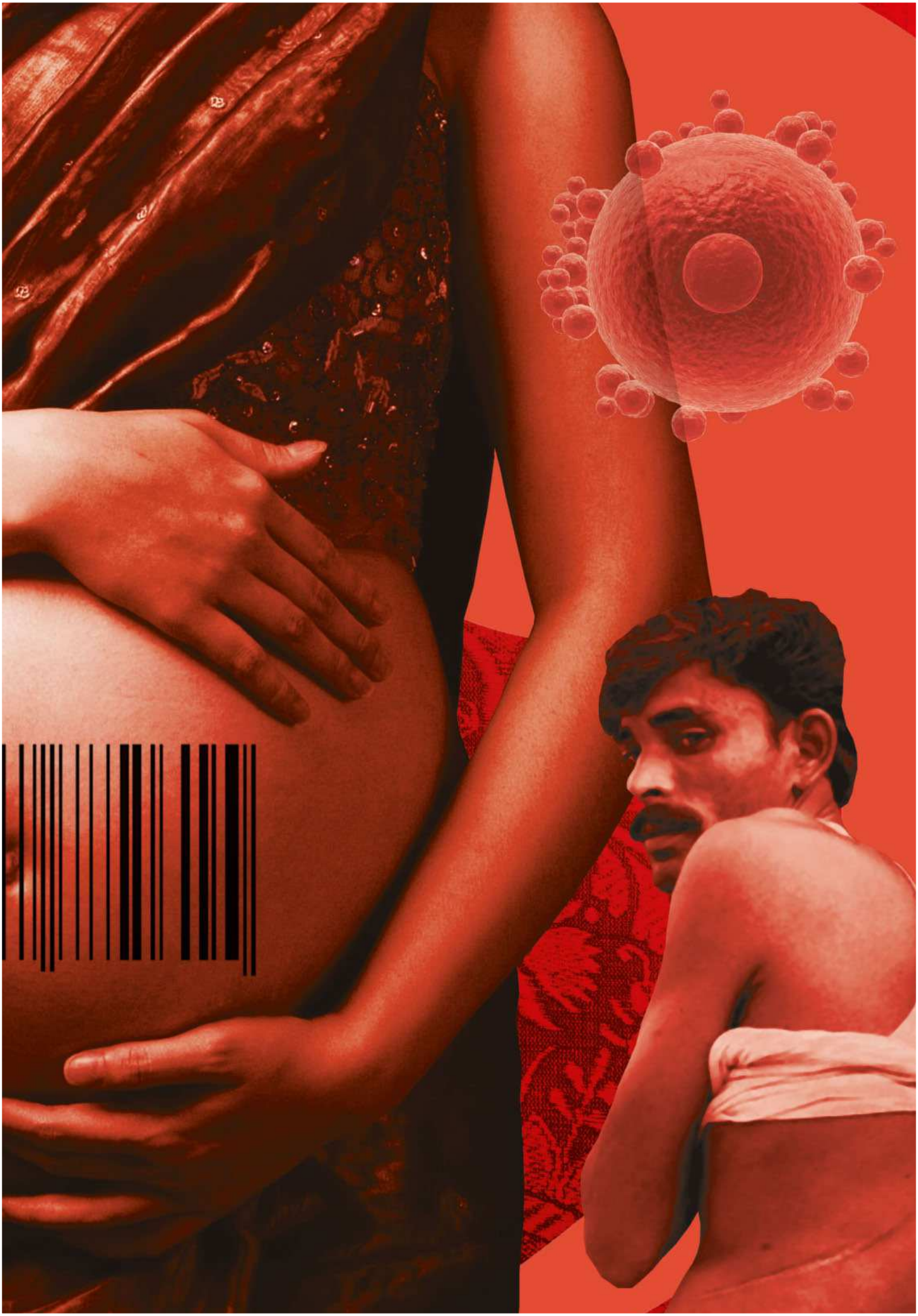
Som det ovenfor er fremgået, forudsætter idømmelse af straf her i landet for handlinger foretaget i udlandet, at handlingen udover at være strafbar her i Danmark også skal være strafbar i det pågældende land (dobbelt strafbarhed). En yderligere betingelse for straf er, at den danske straffebestemmelse skal have eksterritorial virkning, dvs. at den angiver at også handlinger foretaget uden for Danmarks grænser kan straffes efter bestemmelsen.

For to af de valgte cases i redegørelsen vil kravet om dobbelt strafbarhed ofte ikke være opfyldt. Det drejer sig om handel med æg og kommercielt surrogatmoderskab, der i nogle lande lovligt kan udføres. Danske domstole kan således ikke idømme straf her i landet for køb af æg og kommercielt rugemoderskab foretaget i de pågældende lande.

Handel med organer er derimod forbudt i stort set alle lande med enkelte undtagelser. Uanset kravet om dobbelt strafbarhed således er opfyldt for køb af organer i udlandet, kan danskere der vender hjem fra udlandet efter en nyretransplantation kun retsforfølges og straffes her i landet, hvis sundhedslovens § 268 efter fortolkning må antages at have eksterritorial virkning. Ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse omfatter bestemmelsen ikke handlinger foretaget i udlandet.

Straf for medvirken til handel med æg, kommercielt rugemoderskab samt organhandel forudsætter ligeledes, at de relevante straffebestemmelser (lov om assisteret reproduktion, adoptionsloven og sundhedsloven) har eksterritorial virkning, hvilket ikke kan antages at være tilfældet (se om sundhedsloven ovenfor).

Mellemmandsvirksomhed udøvet i Danmark kan selvstændigt straffes, i det omfang en straffebestemmelse dækker den konkrete handling. Ifølge lov om assisteret reproduktion er der et forbud mod at ”formidle salg eller på anden måde medvirke til salg” af ubefrugtede eller befrugtede menneskelige æg. Efter adoptionsloven er det strafbart at ”yde eller modtage hjælp” til at opnå forbindelse til en rugemor. Efter sundhedsloven er der mulighed for straf for ”den, der med viden om, at der er ydet eller modtaget betaling som nævnt i 1. pkt., medvirker til, at et sådant indgreb foretages”.



5. Anbefalinger

5.1 Salg af menneskelige kropsdele og kropsfunktioner

Alle Rådets medlemmer tilslutter sig det overordnede synspunkt, at den menneskelige krop og dens dele principielt set ikke bør kunne købes eller sælges. Medlemmerne lægger vægt på en række forskellige begrundelser for synspunktet, idet alle medlemmer ikke nødvendigvis tilslutter sig alle de nedenstående argumenter:

En væsentlig begrundelse er, at hvis man gør den menneskelige krop og dens dele til varer, der kan handles på et marked, så respekterer man ikke den særlige værdi eller **værdighed**, mennesker har. Begrebet værdighed har som nævnt i baggrundsteksten (kap 2.4) mange fortolkninger, men overordnet set kan understøttelse af et marked for handel med menneskekroppen ses som at man behandler mennesket som en ting og dermed krænker dets værdighed.

Medlemmerne finder, at der er et kontinuum fra handel med hele mennesker, som udgør den alvorligste værdighedskrænkelse, over handel med vitale kropsdele til surrogatmoderskab og handel med ægceller. Medlemmerne er enige om, at alle de typer af kropsdele eller kropsfunktioner, som er medtaget i denne rapport, befinder sig så langt oppe på skalaen, at det er problematisk at gøre dem til handelsvarer.

Der er andre vægtige grunde til, at menneskekroppen ikke bør gøres til en vare og at vi bør holde fast ved det **altruistiske princip** for donation i det danske sundhedsvæsen. For nogle medlemmer er det de motiver, der ligger bag vores handlinger, der er etisk betydningsfulde. Det altruistiske princip lægger vægt på hensynet til den anden, som har behov for et organ for at overleve, eller som ser det at få et barn som et eksistentielt behov. Men hvis man modtager betaling for sin hjælp, flytter det fokus fra hensynet til den anden (i menneskelige relationer) til kalkuler om egen vinding.

Udover at dette er etisk problematisk, er der endda, som tidligere nævnt (se kapitel 2.1), et vist empirisk belæg for at hævde, at et sådant skift fra altruistiske til kommercielle motiver til at donere kropsdele rent faktisk forringer effektiviteten af donorsystemet.

De fleste medlemmer finder, at det er kommercialiseringsaspektet, der gør de beskrevne tilfælde af donation moralsk problematisk, og at altruistisk donation af kropsdele og kropsfunktioner i de fleste tilfælde er positiv og bør fremmes.

Endelig lægger en del medlemmer vægt på, at markedsgørelsen af kropsdele og kropsfunktioner fører til en **rangordning af mennesker**, især på det reproduktive område. På det globale marked for menneskelige æg har de æg, der stammer fra kaukasiske kvinder med bestemte træk og egenskaber, en meget højere økonomisk værdi end æg fra kvinder med en anden etnisk og social baggrund. Hvis man i større stil åbnede for, at menneskelige dele kunne sælges på et kommercielt marked, med

hvad deraf følger af markedsmæssig værdisætning af forskellige typer, ville det efter Rådets mening tjene til at forstærke den allerede eksisterende tendens til at rangordne mennesker efter etisk set arbitrære kriterier såsom etnicitet, social status og bestemte egenskaber, der i dag anses som eftertragtelsesværdige.

Rådets medlemmer finder desuden, at når mennesker, der i et globalt perspektiv er privilegerede, køber sårbare, fattige menneskers kropsdele, vil det altid indebære et element af **udnyttelse**, der som udgangspunkt gør handlingen forkert. Der er formentlig ikke så mange, som vil være villige til at donere deres æg, være surrogatmødre eller afgive deres nyrer til ukendte mennesker fra et andet land, hvis de ikke var tvunget til det af nød. Situationen er dog meget kompleks, for der vil ofte være tale om, at donoren opfatter salg af den pågældendes kropsdel som sin mulighed for at få opfyldt basale behov for mad og bolig og mulighed for at tage sig af sine børn.

Autonomi og paternalisme

Donorernes generelle sårbarhed udgør endvidere en udfordring i forhold til de krav, vi normalt stiller til at foretage **autonome valg**. Her gør sig flere problemer gældende.

Dels er der et problem i forhold til at overholde de regler om informeret samtykke, som er opstillet for at sikre donorens autonomi. Disse regler forudsætter, at donoren foretager sit valg på baggrund af adækvat information om indgrebet og dets risici. En del tyder på, at de kommercielle donorer ikke informeres tilstrækkeligt om disse risici, og at de ofte underskriver aftaler, de ikke kan læse og ikke har forstået.

En anden forhindring, som måske især gør sig gældende i forhold til kvindernes donationer af æg og surrogatmoderskab, kan være, at de traditionelle strukturer i mange lande gør, at det reelt ikke er kvinden selv, der træffer valget, men hendes mand eller måske den udvidede familie.

Endelig kan man diskutere, om den enkelte donors sociale kår gør, at vedkommende reelt ikke foretager et frit valg om at sælge en kropsdel. Det kan indvendes, at forudsætningen for, at man kan træffe et frit valg, er at man ikke så at sige 'har en pistol for panden', og dermed reelt er tvunget af omstændighederne til at foretage et bestemt valg.

Flertallet af Rådets medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Kirsten Halsnæs, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen) finder, at disse karakteristika ved de beskrevne situationer med salg af ægceller, surrogatmoderskab eller organer gør, at sælgerne ikke har mulighed for at foretage et reelt autonomt valg. Medlemmerne erkender, at det udgør en form for paternalisme at forhindre mennesker, som selv henvender sig og udtrykker vilje til at sælge deres kropsdele, fra at gøre det, men mener alligevel, det er på sin plads at gøre det. For herved forhindrer man, at disse mennesker presses ud i et valg, som skader dem selv på langt sigt, og som samtidig vil bidrage til at underminere væsentlige samfundsmæssige værdier såsom det altruistiske donorsystem.

Andre medlemmer (Jørgen Carlsen, Mickey Gjerris, Gorm Greisen, Steen Vallentin, Christina Wilson) anerkender, at om end der ikke er tale om et fuldstændigt frit valg i en situation, hvor donoren er presset af ekstrem fattigdom, så er det et vilkår, som også gælder mange andre valg, fattige mennesker må tage. Hvis paternalisme af disse grunde er berettiget i forhold til at forhindre handel med kropsdele og kropsfunktioner, bør man på samme måde forhindre, at fattige mennesker presses til at træffe andre valg, som på sigt skader dem, såsom at påtage sig farligt eller nedslidende arbejde. Derfor må vi

acceptere, at kun disse mennesker selv kan vælge mellem de ofte dårlige muligheder, de har, hvis vi ikke kan give dem en bedre valgmulighed.

Nogle af disse medlemmer (Gorm Greisen, Christina Wilson) finder dog, at selvom det i en vis forstand kan siges at være i de involveredes interesse at tillade handel med kropsdele, bør det ikke legaliseres. Legalisering kan flytte samfundets grænser for, i hvilken grad man må udnytte andres svaghed og undergrave det altruistiske princip, sundhedsvæsenet hviler på. Medlemmerne mener derfor, at salg af kropsdele og kropsfunktioner fortsat skal være forbudt.

Handel og certificeringsordninger

Rådet har diskuteret, om det var farbart at indføre en certificeringsordning, hvor en organisation påtog sig at sikre, at salg af kropsdele eller kropsfunktioner foregik under omstændigheder, der sikrede donoren bedst muligt. Ordningen skulle bidrage til, at salget kunne foregå uden brug af betalte mellemmænd, at der gennemførtes en informeret samtykke-proces, og at donoren modtog forsvarlig medicinsk behandling og efterbehandling. Endelig skulle den garantere, at donoren fik en pris, der i højere grad afspejlede kropsdelens værdi for modtageren, og som var høj nok til at kunne gøre en reel forskel i forhold til at forbedre donorens situation.

Flertallet af Rådets medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Gorm Greisen, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Kirsten Halsnæs, Lene Kattrup, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen, Christian Wilson) er imod denne løsning. De lægger her vægt på, at selvom tanken om at ville sikre de involverede donorer er tiltalende, vil indførelse af certificeringsordninger kunne give anledning til nogle alvorlige problemer, og det vil desuden være meget vanskeligt eller umuligt at føre tanken ud i praksis.

Disse medlemmer finder, at sådanne ordninger sandsynligvis vil styrke markedet for organer og rugemødre, det vil være lettere for udbyderne at markedsføre deres ’produkter’, og også køberne ville få lettere vilkår og større gennemskuelighed på markedet og måske bedre samvittighed. Det vurderes derfor, at certificeringsordninger vil kunne være meget skadelige, idet flere sårbare fattige mennesker i udviklingslande ville komme til at deltage i sådanne kommercialiseringsprojekter. Yderligere opfatter disse medlemmer det som værende meget urealistisk at forvente, at retslige systemer og styring i fattige udviklingslande vil kunne sikre, at kontrakter eller andre aftaler om organdonation eller rugemoderskab kan overholdes på en måde, som undgår krænkelse af menneskelig værdighed og risici for de involverede parter. Endelig vil disse medlemmer gerne pointere, at certificeringsordninger ikke løser problemet med at sikre frivilligheden af valget om at være rugemoder eller organdonor. I begge tilfælde vil der fortsat være risiko for, at valget træffes af andre eller på anden måde skyldes urimeligt pres fra omstændighederne.

Efter disse medlemmers mening vil det overordnet set være skadeligt at gøre væsentlige dele af mennesket til handelsvarer. Ikke mindst vil eksistensen af et marked undergrave det altruistiske princip, det danske donationssystem hviler på. Tilskyndelsen til at donere organer altruistisk vil efter al sandsynlighed falde, hvis der bliver mulighed for at skaffe kropsdelene via markedet. Trods den gode intention frygter disse medlemmer, at certificeringsordningen kun vil blive en måde at købe sig til god samvittighed, som i praksis ikke løser de egentlige problemer.

De nævnte medlemmer er alle modstandere af certificeringsordninger både hvad angår handel med æg, organer og i forbindelse med surrogatmoderskab.

Andre medlemmer (Jørgen Carlsen, Steen Vallentin) finder, at hvis salg af en kropsdel eller kropsfunktioner faktisk forbedrer meget fattige menneskers situation mærkbart uden at tilføre vedkommende alvorlig skade, vil dette tale for, at certificeringsordninger accepteres i visse afgrænsede situationer. Selvom medlemmerne tilslutter sig, at salg af kropsdele er forkert af de tidligere nævnte grunde, kan det alligevel ses som en nødløsning, der kan forbedre en for sælgeren håbløs situation, som vedkommende realistisk set kun kan forbedre på denne måde.

Medlemmerne ser etableringen af en certificeringsordning som den mindst problematiske løsning på et etisk dilemma, fordi dette vil respektere donorens autonomi**.** Medlemmerne finder, at det vil være uacceptabelt paternalistisk at forsøge at forhindre donoren i at udøve sin ret til selv at træffe et rationelt og oplyst valg om, hvordan vedkommende vil agere for at forbedre sin situation, når man ikke har mulighed for at tilbyde et bedre valg.

Disse medlemmer mener imidlertid ikke, man skal respektere eller acceptere sådanne valg fra indbyggerne i lande, der har et så udbygget velfærdssystem, at deres basale behov er sikret. Når salg af kropsdele efter medlemmernes mening kun kan accepteres for mennesker, der ikke har anden mulighed for basal forsørgelse, skyldes det, at medlemmerne som nævnt finder, at salg af kropsdele i sig selv er etisk problematisk og derfor alt andet lige bør være forbudt, og kun tillades i nødstilfælde.

Et medlem (Mickey Gjerris) tilslutter sig, at der kunne tænkes situationer, hvor de etiske problemer ved kommercialisering af kropsdele eller kropsfunktioner måtte tilsidesættes af endnu mere væsentlige hensyn. Dette medlem lægger især vægt på hensynet til de alvorligt syge og de barnløse, for hvem det udgør et eksistentielt problem at måtte opgive at få børn. Medlemmet lægger vægt på, at man igangsætter kampagner for at skaffe donorer, mere effektiv hospitalsindsats eller indførsel af et princip om formodet samtykke til donation fra afdøde.

Hvis problemet trods sådanne forstærkede indsatser imidlertid stadig ikke blev løst, finder dette medlem, at man kunne blive nødsaget til at tillade salg af kropsdele eller kropsfunktioner i afgrænsede situationer. En forudsætning for overhovedet at kunne acceptere dette ville dog også her være, at donoren sikres så godt som muligt med en velfungerende certificeringsordning, som beskrevet ovenfor. Det ville være særdeles vanskeligt at sikre dette, hvis transaktionen fandt sted i lande med dårligere fungerende kontrolinstanser. Derfor finder medlemmet, at man da snarere bør tillade handlen i Danmark, i regi af det danske sundhedsvæsen, hvor mulighederne for effektivt at sikre donoren alt andet lige vil være bedre.

Alle de medlemmer, der tilslutter sig handel med organer i visse, ikke-ideelle situationer, er opmærksomme på, at selv sådanne begrænsede ordninger risikerer at legitimere salg af organer også i andre situationer. De betragter det derfor som vigtigt, at ordningerne indføres i afgrænsede perioder, at der stilles strenge krav til overholdelsen af betingelserne og at der samtidig oplyses om de problematiske sider af handel med de pågældende kropsdele eller kropsfunktioner.

Holdningerne til etablering af certificeringsordninger ville efter tilhængernes mening være forskellig i forskellige situationer, hvorfor positionerne kort vil blive uddybet under stillingtagen til de enkelte teknikker.

5.1.1 Handel med æg til fertilitetsbehandling

Medlemmerne er enige om, at problemet ved at købe ægceller er mindre, end tilfældet er i de to øvrige eksempler, fordi der hele tiden modnes nye ægceller og fordi hormonbehandling og ægudtagning almindeligvis ikke behøver at have alvorlige bivirkninger for donoren, hvis de udføres under forsvarlige medicinske forhold. De finder således ikke, at ægceller udgør så vigtige dele af kroppen, at det er en værdighedskrænkelse at sælge dem. Alligevel er det væsentligt ikke at underminere det princip om, at kropsdele og kropsfunktioner kun skal kunne doneres altruistisk, som den danske og europæiske lovgivning baserer sig på.

Snarere end at underminere den altruistiske ægdonation mener nogle medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Gorm Greisen, Kirsten Halsnæs, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen, Christina Wilson), at den etisk set bedste løsning på den nuværende mangel på ægdonorer ville være at stimulere den altruistiske ægdonation. Det kunne ske ved at give gode rammer for at donere æg og oplyse om, hvordan donation hjælper barnløse par. Nogle medlemmer peger også på den løsning at fremme muligheden for såkaldt krydsdonation. Det kunne efter nogle medlemmers (Mickey Gjerris, Gorm Greisen, Jørgen E: Olesen, Thomas Ploug) mening også ske ved at åbne for donation af befrugtede æg til overs fra fertilitetsbehandling. Dette er i dag forbudt i Danmark, hvor enten moderen eller faderen skal være genetisk beslægtet med barnet, men kendes fra andre lande som USA og flere europæiske lande.

Andre medlemmer (Jørgen Carlsen, Steen Vallentin) deler ønsket om at fremme den altruistiske ægdonation, men finder, at indtil det er lykkedes at afhjælpe manglen på æg, bør problemet adresseres ved at etablere en certificeringsordning. Her skal kvinder i lande uden social sikring, der lever under forhold, hvor deres basale behov ikke er sikret, kunne sælge ægceller under betryggende forhold. Derved vil risikoen for overstimulation med hormoner, betændelsestilstande mm. kunne minimeres, og det kan sikres, at kvinderne er informeret om risiciene ved indgrebet og at de samtykker til det. Og ikke mindst kan der sikres en minimum pris, som betales direkte til kvinden, så udnyttelse fra mellemmænd undgås.

Et medlem (Mickey Gjerris) lægger ligeledes vægt på, at barnløse kvinder skal kunne hjælpes, og at i en situation, hvor der er informeret massivt om manglen på donoræg, og andre metoder til at få flere altruistisk donerede æg (som de ovenfor nævnte), er udtømt, kunne der være behov for at åbne for en vis, certificeret handel med æg. Denne handel bør dog efter dette medlems mening foregå i Danmark, hvor mulighederne for at kontrollere, at behandlingen sker under betryggende forhold, alt andet lige er bedre end i fjernere lande.

Et medlem (Lene Kattrup) finder, at ægdonation eller salg af æg ikke bør være tilladt. Ethvert barn bør være sikret retten til at kunne stole på, at den kvinde, barnet er blevet født af, også er dets biologiske mor. I hvert tilfælde bør staten ikke medvirke til, at denne ret og den vished og tryghed, det for mange mennesker betyder at have en sikker viden om, hvor man stammer fra og dermed en følelse af identitet og ”høren hjemme”, ikke imødekommes. Dette medlem peger desuden på, at adoption som alternativ bør fremmes, blandt andet fordi, der i verden findes et stort overskud af uønskede/forældreløse eller nødstedte børn, der kunne sikres en god opvækst her i landet. Set ud fra et samfundsperspektiv mangler vi ikke børn her i landet, da der de sidste 30 år har været et fødselsoverskud hvert år, og befolkningen vokser hastigt. Folketallet i Danmark var 1. januar 2013 5.602.628. Ifølge Danmarks Statistik vil vi være 6 millioner allerede i

2037. Medlemmet finder, at vi er ved at være for mange. Sidst peger medlemmet på, at man burde forske meget mere i selve årsagerne til barnløsheden hos begge køn for at forsøge at kunne finde disponerende miljøfaktorer mm., så man på denne måde måske kunne opnå at forbedre den naturlige fertilitet – i stedet for som nu fortrinsvis at satse på den mere tekniske fertilitetsassistance til par med barnløshed.

5.1.2 Kommercielt surrogatmoderskab

Det Etiske Råd anerkender de problemer, der er forbundet med barnløshed, der skyldes dysfunktion/sygdom i/mangel på livmoder, for såvel de barnløse par som for de involverede i kommercielt surrogatmoderskab over grænser.

Selve termen ”surrogatmoderskab” indebærer en anerkendelse af det forhold, at det at bære et barn er noget, der gøres i stedet for den intenderede moder. Rådet vælger at anvende termen i lyset af den udbredte anvendelse. Nogle medlemmer ønsker imidlertid at understrege, at de opfatter det barn, der bæres af en kvinde, som kvindens retmæssige barn, og omvendt, at kvinden er barnets retmæssige mor. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at betegnelsen ”surrogatmoderskab” medvirker til at forhåndsanerkende, at fostret/barnet ikke hører hjemme hos den kvinde, der bærer barnet.

Alle medlemmerne finder, at betalt surrogatmoderskab er etisk problematisk af én eller flere af følgende grunde: det udgør en værdighedskrænkelse, det kan ændre synet på graviditet og forældreskab, og det risikerer at underminere de altruistiske principper, det danske sundhedssystem er baseret på, og det har elementer af udnyttelse.

Nogle af Rådets medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Ester Larsen, Edith Mark, Christian Borrisholt Steen) finder desuden, der er skærpede grunde til at være imod surrogatmoderskab, kommercielt såvel som altruistisk, fordi surrogatmoderskab reducerer kvindekroppen til at være et hylster for produktion af et individ.

Nogle af Rådets medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Ester Larsen, Edith Mark, Christian Borrisholt Steen) mener, at surrogatmoderskab indebærer en krænkelse af det barn, der frembringes. Denne holdning baserer sig på en opfattelse af, at tilknytningen mellem foster og mor under graviditeten er væsentlig for barnets videre udvikling, og en surrogatmoderskabsaftale repræsenterer en planlagt fjernelse af barnet fra den eneste mor, det kender. Dette kan indebære en svækkelse af barnets muligheder for at udvikle sig harmonisk.

Flertallet (Jørgen Carlsen, Mickey Gjerris, Gorm Greisen, Kirsten Halsnæs, Anne-Marie Mai, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Steen Vallentin, Christina Wilson) finder ikke, at surrogatmoderskab som sådan bør forbydes i enhver situation uanset at praksissen kan hævdes at være etisk problematisk af nogle af eller alle de anførte grunde. I forhold til tilknytningen mellem mor og barn i svangerskabet, anerkender de, at denne er vigtig, og at afbrydelse af kontakten ved fødslen alt andet lige bør undgås. Disse medlemmer finder imidlertid ikke, at dette forhold i sig selv udgør en begrundelse for helt at forbyde surrogatmoderskab. De færreste mennesker er resultatet af et helt optimalt svangerskab eller helt optimale opvækstbetingelser. Der er ikke tilstrækkelig evidens for, at en stressfyldt graviditet eller fjernelsen af barnet fra moderen efter fødslen i sig selv udgør en uoverkommelig forhindring for, at barnet kan få et godt liv.

Disse medlemmer mener, at lovgiverne af hensyn til de barnløse par bør se på muligheden for at lempe adgangen til altruistisk

surrogatmoderskab i Danmark. Disse medlemmer anbefaler, at bestemmelserne i adoptionsloven om, at det er strafbart at yde eller modtage hjælp ”med henblik på at opnå forbindelse mellem en kvinde og en anden, der ønsker, at kvinden skal føde et barn til denne” lempes på den måde, at det alene er den kommercielle virksomhed, der kan straffes efter bestemmelsen. De fleste medlemmer mener dog, at det stadig bør være en udtrykkelig betingelse, at kvinden påtager sig surrogatmoderskabet uden betaling. Og det bør sikres, at surrogatmoderen har ret til at beholde barnet, hvis hun undervejs i graviditeten knytter sig til det i et omfang, så hun ikke kan give det fra sig.

Nogle af disse medlemmer (Jørgen Carlsen, Steen Vallentin) finder derudover, at man bør respektere kvindens ret til at træffe beslutning om, hvorvidt hun vil være betalt surrogatmoder, hvis hun ikke har andre måder at sikre sin basale forsørgelse på. Man bør som tidligere beskrevet, gennem en certificeringsordning sikre hende retten til informeret samtykke i forhold til, hvor mange æg hun vil have opsat, samt ret til at modsætte sig selektiv abort og unødvendige, planlagte kejsersnit. Det bør også sikres, at kvinden er forsikret under og i en periode efter graviditeten mod invaliditet og død, og at hun får ret til at afstå fra at være interneret i hostels under graviditeten. Hun bør desuden sikres ret til at kunne vælge at beholde barnet, hvis hun undervejs i graviditeten knytter sig til det. Endelig skal kvinden sikres en betaling, der reelt vil give hende mulighed for at forbedre sin livssituation.

Et andet af disse medlemmer (Mickey Gjerris) mener, at omsorgen for barnløse par tilsiger, at der bør gøres mere for at fremme altruistisk surrogatmoderskab i Danmark, eventuelt bør det tillades at annoncere efter surrogatmødre. Hvis det ikke, trods en sådan forstærket indsats, kan lykkes at løse problemet med mangel på surrogatmødre, og den illegale trafik fortsætter, finder dette medlem, at der bør åbnes for at tillade, at danske par – som deres sidste udvej – får et barn ved certificeret, kommercielt surrogatmoderskab. Her lægger medlemmet vægt på, at gennemførelse af en graviditet normalt ikke er alvorligt skadelig for en kvinde, hvis den overvåges, og fødslen sker under betryggende vilkår, men at det er vigtigt at sikre, at forholdene er betryggende. Derfor bør det i givet fald være en betingelse, at surrogatmoderskabet foregår her i landet, så der er mulighed for at overvåge, at certificeringsbetingelserne overholdes.

5.1.3 Handel med organer

Alle medlemmerne af Det Etiske Råd betragter den handel med organer, der foregår internationalt og illegalt, med den største alvor. At sælge et organ er særdeles indgribende og kan få meget alvorlige følger, især når det ikke foregår under betryggende medicinske forhold. Desuden er indgrebet uafvendeligt, organer gendannes aldrig. Dertil kommer, at det beskrives som almindeligt, at kyniske mellemmænd og kriminelle lokker donorerne med decideret forkerte oplysninger om proceduren og betalingen, og stjæler en stor del af den i forvejen beskedne andel af betalingen, donoren var lovet. Medlemmerne finder derfor, at organhandel er særdeles etisk problematisk af en eller flere af de ovenfor nævnte grunde: det udgør en værdighedskrænkelse, kan føre til en ændret og mere selvisk relation mellem køber og sælger og den eksisterende praksis har et meget væsentligt element af udnyttelse.

Medlemmerne anerkender, at manglen på organer til alvorligt syge eller livstruede mennesker er et meget stort, samfundsmæssigt problem, som der bør gøres mere for at løse. Derfor bør der gøres mere for at fremme den altruistiske donation. Nogle af medlemmerne (Jacob Birkler, Mickey Gjerris) mener, at andre metoder bør tages i brug for at fremme altruistiske donationer, det kunne fx være i form af at oprette en mindelund

for organdonorer. Den kunne være et sted, hvor vi som samfund markerer det livgivende forbundet med organdonation, og hvor pårørende såvel som transplanterede kunne mindes. Det må antages, at flere ville melde sig som organdonorer, fordi de på denne måde fik blik for det livgivende i at være donor

Rådets medlemmer noterer sig, at der i arbejdet med en *Convention against trafficking in human organs* i Europarådet blandt andet er fokus på tiltag, der kan imødegå den mangel på organer, som er en af hovedårsagerne til organhandel. I processen med konventionen nævnes et forslag om, at landene indfører princippet om formodet samtykke i deres lovgivning.

En del af Rådets medlemmer (Jørgen Carlsen, Mickey Gjerris, Gorm Greisen Jørgen E. Olesen, Christina Wilson) anbefaler, at man i givet fald følger en sådan henstilling og indfører formodet samtykke. Medlemmerne henviser blandt andet til et af eller begge de to følgende argumenter. Det første er, at ideen om formodet samtykke er positiv, fordi den vægter fællesskabets forpligtelse til at hjælpe de alvorligt syge medborgere. Det andet er, at der ganske vist er problemer knyttet til at tilsidesætte borgerens frihed til som udgangspunkt at bestemme over egen krop, men at de store problemer, der er forbundet med manglen på organer og med den internationale handel med organer, vejer tungere. Disse medlemmer tilslutter sig derfor alle, at vi bør indføre formodet samtykke til organdonation, såfremt dette fører til, at flere alvorligt syge kan modtage organer.

Andre af Rådets medlemmer (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Søren Peter Hansen, Kirsten Halsnæs, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Ester Larsen, Anne Marie Mai, Edith Mark, Thomas Ploug, Christian Borrrisholt Steen, Steen Vallentin) anser problemerne ved at indføre formodet samtykke for så væsentlige, at dette ikke bør indføres. Medlemmerne finder, at det er vigtigt at værne om respekten for borgernes livssyn og ret til selvbestemmelse,[121] men mener som nævnt, at bestræbelserne for at få organer gennem altruistisk donation bør øges væsentligt.

Et medlem (Jørgen Carlsen) mener dog, at så længe problemet med manglen på organer til de alvorligt syge består, er det nødvendigt at forholde sig til, at nogle vil vælge at rejse til udlandet i desperation. Dette medlem finder, at problemerne ved organhandlen er skærpede *netop fordi*, det er en praksis, som er næsten universelt ulovliggjort, så den er henvist til at foregå illegalt i kriminelle netværk. Donorerne er ressourcesvage, og de er helt prisgivet de kriminelle mellemmænd, hvilket gør udnyttelsen af dem langt mere alvorlig. Medlemmet finder derfor, at en certificeringsordning også her kunne bringes i anvendelse. Hvis transplantationerne kunne bringes ind i forsvarligt medicinsk regi, og hvis donoren var fuldt informeret om de medfølgende risici og sikret forsvarlig, livslang efterbehandling – og ikke mindst hvis vedkommende modtog en betaling, som reelt kunne hjælpe ham ud af sin desperate fattigdom, ville situationen være mindre alvorlig. Medlemmet anerkender dog, at denne løsning formentlig ikke realistisk kan gennemføres alene af den grund, at alle lande har forbudt organhandel, så der ikke lovligt ville kunne foregå certificeret handel med organer i noget land. Det forhindrer dog ikke, at dette efter medlemmets mening er, hvad man burde gøre.

Et andet medlem (Mickey Gjerris) deler opfattelsen af, at medfølelsen med de livstruede nyrepatienter bør føre til, at indsatsen for at skaffe organer ad altruistisk vej mangedobles. Denne mulighed bør forfølges, herunder som nævnt ved at indføre

121 For en diskussion af informeret versus formodet samtykke, se Det Etiske Råds udtalelse *Organdonation - Etiske overvejelser og anbefalinger* fra 2008 på: http://www.etiskraad.dk/upload/publikationer/organdonation-og-obduktion/organdonation-etiske-overvejelser-og-anbefalinger/index.htm

princippet om formodet samtykke. Men skulle man efter at have arbejdet intenst på dette nå frem til, at problemet ikke kunne løses ad denne vej, og den illegale trafik fortsætter, burde en vis betaling for organer overvejes i det danske sundhedssystem, hvor muligheden for at kontrollere de vilkår, det foregår under, er til stede. Dette ville imidlertid være en ulykkelig løsning, og den bør derfor *kun* være en nødløsning, hvor alt andet er prøvet.

5.2 Skal der indføres lovgivningsmæssige sanktioner for danskeres køb af de tre typer kropsdele og kropsfunktioner

Rådets medlemmer er enige om, at det er etisk problematisk, når danskere vælger at købe kropsdele eller kropsfunktioner i udlandet og dermed omgår dansk lovgivning og de demokratiske spilleregler. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan samfundet skal forholde sig i forhold til at straffe eller indføre sanktioner mod de borgere, som alligevel vælger at købe ægceller, surrogatmoderskab eller organer i udlandet. Her gør sig forskellige praktiske forhold gældende, som gør det vanskeligt at finde egnede sanktioner. Derfor mener en del af medlemmerne, at disse handlinger hører til blandt dem, der er moralsk betænkelige, men som ikke er egnede til formelle sanktioner.

En mindre del af medlemmerne finder, at der principielt bør indføres en form for sanktioner overfor de borgere, der på denne vis omgår lovgivningen. Nogle lægger vægt på, at disse borgere forbryder sig mod de værdier, vi har valgt at basere lovgivningen på, og at mangel på sanktioner kan tolkes som en accept af dette. Andre ønsker sanktioner for at modvirke, at flere bliver opmuntret til at foretage samme handlinger. Andre igen ønsker med straffen at markere, at individet ikke efter forgodtbefindende kan bryde de fælles spilleregler, når de ikke lige tjener hans eller hendes interesser, og så efterfølgende uantastet nyde godt af fællesskabets fordele.

Der gør sig imidlertid forskellige forhold gældende, som gør det vanskeligt at sanktionere i de forskellige tilfælde:

5.2.1 Handel med ægceller til fertilitetsbehandling

Som nævnt finder Det Etiske Råds medlemmer, at alvoren af at handle med ægceller er mindre, end tilfældet er i de to øvrige eksempler. I forhold til at indføre sanktioner mod de kvinder, der køber ægceller i udlandet, er der desuden den komplikation, at det i praksis vil være særdeles vanskeligt at bevise, at en kvinde, som vender gravid hjem fra udlandet, har undergået fertilitetsbehandling med købte æg.

Flertallet (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Jørgen Carlsen, Gorm Greisen, Søren Peter Hansen, Kirsten Hastrup, Lotte Hvas, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen, Steen Vallentin, Christina Wilson) finder, at indsatsen i forhold til at dæmme op for trafikken med at opsøge behandling med købte æg i udlandet bør ligge, inden handlingen foretages. Myndighederne bør informere og tilskynde til offentlig debat om forholdene på de steder, hvor kvinder sælger deres æg af nød, om de mangelfulde medicinske forhold, risikoen for overstimulation og andre komplikationer, samt om udnyttelsen fra mellemmænd mm., men ikke indføre egentlige sanktioner.

Andre medlemmer (Lene Kattrup, Mickey Gjerris) finder derudover, at der principielt bør indføres sanktioner for kvinder, der alligevel køber æg i udlandet. Sanktionerne skal indføres for at afskrække danskere fra at rejse til udlandet for at købe æg. De kan for eksempel have form af en stor bøde eller af samfundstjeneste.

Endelig finder nogle medlemmer (Mickey Gjerris, Gorm Greisen, Kirsten Halsnæs, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Steen Vallentin), at mellemmænd, herunder danske fertilitetsklinikker, som medvirker til at sende danskere til udlandet, og endda ifølge deres hjemmesider forbereder kvinderne med hormonbehandling mm. inden afrejsen, bør kunne straffes for disse handlinger.

5.2.2 Køb af surrogatmoderskab

Der gør sig særlige omstændigheder gældende i forbindelse med at påføre danskere, som opsøger surrogatmoderskab i udlandet, sanktioner. Det skyldes, at de fleste mulige sanktioner risikerer at få den uønskede effekt, at de i mindre grad rammer forældrene, der har udført den problematiske handling, og i højere grad rammer barnet. Det gælder således manglende eller vanskelig accept af indførelse af barnet i Danmark, fængsling af forældrene og indirekte også store bødestraffe til forældrene.

En anden komplikation er, at kommercielt surrogatmoderskab er tilladt i en række lande, blandt andre Indien og USA. At indføre sanktioner mod danskere, som opsøger behandlinger i lande, hvor de er lovlige, ville være i modstrid mod princippet om dobbelt strafbarhed, som Rådet anerkender, i de fleste tilfælde er velegnet som gensidig sikring af landes ret til at håndhæve egen lovgivning indenfor landets grænser.

Flertallet (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Jørgen Carlsen, Søren Peter Hansen, Kirsten Hastrup, Lotte Hvas, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Christian Borrisholt Steen, Steen Vallentin, Christina Wilson) finder ikke, der bør indføres sanktioner mod de par, der opsøger surrogatmoderskab i udlandet. Indsatsen fra myndighederne bør i stedet være forebyggende, den bør blandt andet bestå i at fremme oplysning og debat om generelle forhold vedrørende surrogatmoderskab og om de etiske problemer, der er forbundet med kommercialisering af kropsdele eller kropsfunktioner.

Andre medlemmer (Mickey Gjerris, Gorm Greisen, Lene Kattrup, Thomas Ploug) finder, at de etisk problematiske forhold ved kommercielt surrogatmoderskab tilsiger, at der udover forebyggelse bør indføres sanktioner for at forhindre danske borgere i at indgå sådanne aftaler. Sanktionerne bør i videst muligt omfang udformes sådan, at de ikke rammer barnet, men forældrene.

Endelig finder nogle medlemmer (Gorm Greisen, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Edith Mark, Christian Borrisholt Steen), at mellemmænd, der formidler kontakt til rugemødre i udlandet, i højere grad end det er tilfældet i dag, bør kunne straffes for disse handlinger.

5.2.3 Køb af organer

Alle Rådets medlemmer ser med stor alvor på den handel med organer, der foregår internationalt og illegalt; der er tale om en etisk set meget betænkelig trafik. Men spørgsmålet om straf er komplekst, fordi mennesker, som kommer hjem efter en nyreoperation, som måske endda er udført under mindre end optimale forhold, kan være svækkede, og de vil have behov for livslang efterbehandling. At sætte dem i fængsel kan få alvorlige følger for dem.

Flertallet (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Jørgen Carlsen, Gorm Greisen, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Ester Larsen, Anne-Marie Mai, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen, Steen Vallentin, Christina Wilson) finder, at myndighedernes indsats – udover at forsøge at øge antallet af altruistiske donationer - også her bør bestå i at informere om de etiske problemer forbundet med organhandel og med kommercialisering af kroppen i det hele taget. Forebyggelse og debat bør være

redskaberne til at forhindre international organhandel, der skal ikke derudover indføres egentlige sanktioner mod de danskere, som køber nyrer i udlandet.

Nogle medlemmer (Gorm Greisen, Lene Kattrup) finder derimod, der bør indføres frihedsstraf for danskere, der køber organer i lande, hvor det er forbudt. Andre (Mickey Gjerris) mener, at der i stedet for frihedsstraf bør indføres samfundstjeneste for køb af organer. Endelig finder nogle medlemmer (Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen, Steen Vallentin), at frihedsstraf bør komme på tale i særligt grelle tilfælde, hvor hensynet til donorens ve og vel helt er tilsidesat.

Dertil finder nogle medlemmer (Mickey Gjerris, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Edith Mark), at mellemmænd, der formidler kontakt til organdonationsklinikker i udlandet, bør kunne straffes for disse handlinger.

5.3 Er der en etisk forpligtelse for det danske samfund og sundhedssystem til at hjælpe danskere, der har købt kropsdele i udlandet?

Rådets medlemmer er enige om, at det danske sundhedsvæsen helt grundlæggende bør hvile på det samaritanske princip, hvor alle har lige adgang til den nødvendige behandling uanset egen skyld eller andre ikke-medicinske faktorer. Det betyder, at alle danskere, uanset om de har købt æg, surrogatmoderskab eller organer i andre lande, og uanset at organhandel er ulovlig i hele verden, bør være sikret relevant medicinsk efterbehandling på danske sygehuse.

Litteratur

Beauchamp, Tom L. and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth edition, Oxford University Press.

Bergman, S. 2011. Reproductive agency and projects: Germans searching fo regg do-nation in Spain and the Czech Republic. *Reproductive Biomedicine online*, 23. Side 601ff

Bhowmick, Nilanjana. 2012. Why People Are Angry About India's New Surrogacy Rules. *Time world* 15. februar.

Biggins, SW et al. 2009. Transplant tourism to China: the impact on domestic patient-care decisions. *Clinical Transplantation* 23: 831-838

Bilefsky, D. 2013. 5 Are Convicted in Kosovo Organ Trafficking. *New York Times,* 9. april.

Brudal, L. 2000. *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Vigmostad & Bjørke A/S

Caney, S. 2010. Unpacking the global human egg trade.

Caplan et al. 2009. *Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs*. Joint Council of Europe/United Nations study. Strasbourg Cedex: Directorate General of Human Rights

Carney, Scott. 2011. *The Red Marked*. William Morrow.

Caulfield, Timothy Roger Brownsword, Roger. January 2006. Human dignity: a guide to policy making in the biotechnology era?. *Nature Reviews Genetics 7*: 72-76

Chapman, Audrey R. 2011. Human Dignity, Bioethics, and Human Rights. *Health Care, Bioethics and the Law*, *Amsterdam Law Forum,* Vol. 3:1.

Cheshire, William P. Summer 2002. Toward a common language of human dignity. *Ethics & Medicine* vol. 18, no. 2: 7-10

Cohen. G. 2010. Medical Tourism: The View from Ten Thousand Feet. *The Hastings Center Report* vol. 40, no. 2: 11-12

Cohen, G. 2013. Transplant Tourism: The Ethics and regulation of international markets for organs. *Global Health and the Law*, spring 2013

Davidson, N. 2012. In China, criminals fill the kidney donor deficit. *The Guardian* 27 May

Dehghan, S.K. 2012. Kidneys for sale: poor iranians compete to sell their organs. *The Guardian* 27. maj

Det Etiske Råd.2003. *Etiske problemer vedrørende kunstig befrugtning, 1. del, Ret til børn? = Ret til hjælp til at få børn*?

Det Etiske Råd. 2005. *Brev, 4. april 2005. Svar på henvendelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Mulige ændringer af loven om kunstig befrugtning.*

Det Etiske Råd. 2008. *Det Etiske Råds udtalelse om rugemødre, 21. maj 2008.*

Fleck, Fiona. 2012. New era for organ donation and transplant in China. *Bulletin of the World Health Organisation* no 90:802–803

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine.

Council for Responsible Genetics. 2010. *Surrogacy in America.* Tilgængelig på: http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevej0a1m.pdf

Dahlgaard, M og U.G. Hansen. 2013. Svenske æg til danske kvinder. *Berlingske Tidende* 15. juni 2013

Dansk Nefrologisk Selskab. 2006. *Landsregister for patienter i aktiv behandling for kronisk nyresvigt Rapport for Danmark 2006*

Erfat, A. 2012. The Politics of Combating the Organ Trade: Lessons from the Israeli and Pakistani Experience. *American Journal of Transplantation.* Vol. 13, is. 7: 1650-1654

Golombok et al. 2011. Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol.* 47(6): 1579–1588

Golombok et al. 2013. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 54 no. 6: 653–660

Goodin, Robert E. 1988. *Reasons for Welfare.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Goodin, Robert E. 1995. *Protecting the Vulnerable.* Chicago and London: The University of Chicago Press.

Halken, J. 2011. Transnational crime in the developing world. *Global financial integrity*
Hippen, B. 2008. *Organ sales and moral travails – Lessons from the living kidney vendor program in Iran*. Cato Policy Analysis

Hudson et al. 2011. Cross-border reproductive care: a review of the literature. *Reproductive Biomedicine Online 22* p 680

Jadva et al. 2003. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction* vol.18, no.10: 2196-2204

Jaycox, Michael P. 2012. Coercion, autonomy, and the preferential option for the poor in the ethics of organ transplantation. *Developing World Bioethics.* Vol. 12, no. 3: 135-147.

Junker, Maj Susanne. 2012. Par med rugebørn strander i udlandet. *Politiken* 6. april.
Justitsministeriet. 2007. *Betænkning nr. 1488 om Dansk straffemyndighed.*

Levine, A. 2010. Self-Regulation, Compensation, and the Ethical Recruitment of Oocyte Donors. *Hastings Center Report* 40, no. 2: 25-36.

Linden, P. 2009. History of solid organ transplantation and organ donation. *Critical Care Clinics.* Volume 25, Issue 1, p 167 ff

Ljungdal et al. 2007. *Adoption och psykiska hälsoproblem - en systematisk littera-turöversikt*. Statens folkhälso-institut

Lunt et al. 2011. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OECD

McMahon, D. 2013. Medical Tourism and Cross-border Care. Background Paper. *Nuffield Council on Bioethics Forward Look,* 2

Moorthy, A. 2011. *Transnational Commercial Gestational Surrogacy: Cultural Constructions of Motherhood and their Role in the Development of National Indian Guidelines*. Arizona State University

Nuffield Council on Bioethics, 2011. *Human bodies: donation for medicine and research*,
Nullis-Kapp, C. 2004. Organ trafficking and transplantation pose new challenges. *Bulletin of the World Health Organization* vol 82 no. 9: 715

Nussbaum, M. C. 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach,* Cambridge and New York: Cambridge University Press

Pafford, B. 2009. The third wave – medical tourism in the 21st century. *Sourhern Medical Journal* vol 102, no 8

Pande, A. 2009. Not an 'Angel', not a 'Whore': Surrogates as 'Dirty' Workers in India. *Indian Journal of Gender Studies 16: 141-173*

Prasad, Raekha. 2008. The fertility tourist. *The Guardian*. Wednesday 30 July.

Rippon S. Published online June 28, 2012. Imposing options on people in poverty: the harm of a live donor organ market. *Journal of Medical Ethics*

Rotabi, K. Schmidt and Nicole Footen Bromfield. 2012. The decline in Intercountry Adoptions and New Practices of Global Surrogacy: Global Exploitation and Human Rights Concerns. *Affilia: Journal of Women and Social Work.* Vol. 27, no. 2: 129-141.
Sandel, Michael J. 2012. *What Money Can't Buy – The Moral limits of Markets.* Allen Lane, Penguin Books.

Saxena et al. 2012. Surrogacy: Ethical and Legal Issues. *Indian Journal of Community Medicine,* Vol.37, no. 4: 211-13

Shetty, Priya. 2013. India's unregulated surrogacy industry. *Lancet* Vol 380 November 10

Shenfield et al. 2010. Cross border reproductive care in six European countries. *Human reproduction,* March 26

Shimazono, Y. 2007. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bulletin of the World Health Organization* 85

Smerdon, U.R. 2009. *Crossing Bodies, Crossing Borders: International Surrogacy Between The United States And India*

Tanderup, Malene. 2012. *Cross-border Reproductive Care – Surrogacy in India*. Research Year Report. Århus Universitets Hospital.

The Permanent Bureau. 2012. *A Preliminary Report On The Issues Arising From International Surrogacy Arrangements*. The Hague Conference on Private International Law

Titmuss, Richard. 1970. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy.*
UNFPA. 2012. *Sex imbalances at birth, current trends, consequences and policy implications,*

The United Nations Development Programme. 2010. *Power, Voice and Rights – A Turning Point for Gender Equality in Asia and the Pacific*

The United Nations Population Fund. 2007. *Characteristics of sex-ration imbalance in India and future scenarios*.

Watts. J. 2007. China introduces new rules to deter human organ trade. *The Lancet* vol 369, June

Wertheimer, Alan. 2008. Exploitation. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (http://plato.stanford.edu/entries/exploitation/)

WHO. 2004. *Resolution on human organ and tissue transplantation.* Geneva

Wilkinson, Stephen. 2003. The exploitation argument against commercial surrogacy. *Bioethics* vol. 17, No. 2: 169-187

Working Group on Incentives for Living Organ Donation. 2012. Incentives for Organ Donation: Proposed Standards for an Internationally Acceptable System. *American Journal of Transplantation. V*ol. 12, no. 2: 306-312.

Zargooshi, J. 2000. Quality of Life of Iranian Kidney Donors. *Journal of Urology.* Vol. 165, no. 2: 386-392.

DET ETISKE RÅD
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel: 7226 9370
www.etiskraad.dk