



BARNLØSHED?

Vejledning til kristne par, der overvejer IVF-behandling

Barnløshed?

Vejledning til kristne par, der overvejer IVF-behandling

Af Jason Roach og Phillippa Taylor

Udgivet i 2014 af Christian Medical Fellowship

Oversat til dansk af Lilia og Nicklas Lautrup-Meiner

Udgivet første gang på dansk i 2018. Genudgivet i 2024

Grafisk design: Finn Brohus

Omslagsfoto: iStockPhoto

Udgivet af Kristelig Lægeforening

Genoptrykt i 2024 med støtte fra Borgfonden

Forord

Flere par i Danmark oplever, at familieførøgelsen er vanskelig, eller at den måske endda helt udebliver trods et brændende ønske om at få børn. Når parrene søger hjælp hos sundhedsvæsnet til familieførøgelsen, bliver de præsenteret for et større forløb med forskellige behandlingsmuligheder alt efter graden af infertilitet.

Fertilitetsbehandling har et lykkeligt formål for øje; nemlig at muliggøre, at et barn bringes til verden. Fertilitetsbehandling er dog ingen let sag og kræver ofte mange ressourcer af parret. De mange muligheder indenfor fertilitetsbehandling kan medføre en række overvejelser eller måske ligefrem bringe par i vildrede. Sundhedspersonalet vil dog til enhver tid tilbyde den bedst mulige behandling til den aktuelle situation og vejlede derom.

For par med et kristent livssyn kan fertilitetsbehandling være endnu svære at navigere i, og mange vanskelige spørgsmål rejser sig om tilværelsen som sådan, identitet og etik.

Kristelig Lægeforening valgte derfor i 2018 at anvende et temahæfte udgivet af vores søsterorganisation i Storbritannien, Christian Medical Fellowship, om barnløshed målrettet par med et kristent livssyn. Med stort engagement og ildhu blev hæftet oversat ved Lilia og Nicklas Lautrup-Meiner. Hæftet blev herefter delt ud i kristne fællesskaber. Siden da har der kontinuerligt været en efterspørgsel på hæftet, og efterhånden løb vi desværre tør for eksemplarer, vi kunne dele ud af.

På baggrund af den massive efterspørgsel og fortsat højkvalitative problemstilling har bestyrelsen i Kristelig Lægeforening undersøgt mulighederne for at få hæftet genoptrykt. I den forbindelse sender vi en stor tak til Borgfonden, som har gjort det muligt.

Vi håber, at I, der læser dette hæfte, får et større indblik og

forståelse for de forskellige fertilitetsbehandlinger set fra et kristent perspektiv. Vi ønsker, at hæftet kan være til inspiration og hjælp for de par, som står i en situation med ufrivillig barnløshed.

For så højt som himlen er over jorden,
er mine veje højt over jeres veje og mine
planer over jeres planer.

Es. 55,9

Ida Guldberg, formand for Kristelig Lægeforening

Indhold

- 6 Tak
- 7 Om forfatterne
- 8 Indledning
- 10 En længsel efter at få børn
- 12 Hvad siger Bibelen om barnløshed og IVF?
- 14 Hvornår overvejer man IVF?
- 17 De praktiske og etiske dilemmaer
 - 1. Risici for mødre
 - 2. Risici for børn
- 26 Øvrige etiske dilemmaer
- 31 Konklusion
- 33 Beretninger
 - Ben og Corinnes historie
 - Sam og Annes historie
- 46 Ordliste
- 47 Læs mere
- 49 Efterskrift om de danske forhold

Tak

Fra Jason

Til alle dem, som jeg har haft glæden af at rådgive i årenes løb: Tak for jeres ærlighed, for jeres kritik og ikke mindst for at lære mig mere om, hvad det vil sige at stole på Gud gennem modgang. Jeg takker Gud for hans arbejde i jer. Må den trøst, han har givet jer, være en velsignelse for andre, når I trøster dem (2 Kor 1,3-4).

Fra Phillippa

Hvis nogen udgivelse nogensinde har haft behov for både nåde og sandhed, må denne bestemt stå højt på listen. Som en del af holdet hos Christian Medical Fellowship (CMF) har det været mit privilegie at trække på min professionelle ekspertise og viden såvel som den praktiske, omsorgsrige erfaring hos mange medlemmer og venner af CMF, som har givet mange vigtige input til vores mange udkast til denne udgivelse. Vi er så taknemmelige for denne hjælp, og jeg håber, at resultatet i sandhed afspejler Guds sandhed og kærlighed i lige så høj grad.

Om forfatterne

Jason Roach har arbejdet som børnelæge og intensivlæge i London, hvor han fik en mastergrad i bioetik. Han har også i adskillige år arbejdet med akademisk, medicinsk journalistik på *British Medical Journal*. I øjeblikket er han anglikansk præst på fuldtid og arbejder i Westminster (det centrale London, o.a.) og med London City Mission i et boligkvarter i Londondistriktet Battersea.

Phillippa Taylor er Head of Public Policy ved Christian Medical Fellowship og er familie- og bioetisk konsulent for Christian Action Research and Education (CARE). Hun har en mastergrad i bioetik fra St Mary's University og har i de seneste tyve års tid skrevet, talt og arbejdet for en lang række moderne bioetiske problemstillinger i offentlig politik.

Synspunkterne i dette hæfte er udelukkende forfatternes egne. De taler ikke på vegne af CMF eller nogen af de akademiske institutioner eller andre organisationer, som forfatterne er tilknyttet.

Christian Medical Fellowship (CMF)

CMF er et netværk af læger og medicinstuderende i Storbritannien. Det er forbundet med over 80 nationale kristne lægeforeninger verden over. Mange CMF-medlemmer er involveret i international sundhed, og nogle har langtidsansættelser i udviklingslandene.

Indledning

Barnløshed rammer hvert syvende par. Det er ofte dybt frustrerende og påvirker alle områder i livet. Den hjælp, der er tilgængelig, er kompleks og forvirrende. Dels står parrene over for den virkelighed, at der er relativt få børn, der er tilgængelige for adoption. Dels er der nu et væld af måder, par kan få deres eget eller sågar en andens barn på.

I lyset af dette kan det være vanskeligt for kristne ægtepar at gennemskue etikken i kunstig befrugtning (IVF-behandling – in vitro-fertilisering), som er en mulighed, de fleste overvejer, når de kæmper med barnløshed.¹ Denne vejledning er lavet for at give hjælp til personer, som overvejer IVF, og til menigheder, der ønsker at yde støtte til sådanne par.

Der er mange flere personlige beretninger og teknologiske muligheder, end der kan uddybes fuldt ud i et kort hæfte. Derfor betragter vi ikke denne vejledning som en erstatning for en individuel samtale med både menighedsledere og læger.

IVF er en fællesbetegnelse for mange forskellige teknikker. Det meste af denne vejledning handler dog om det centrale i IVF-teknik. Det vil sige at befrugte æg og sæd uden for livmoderen for derefter at placere embryoet i livmoderen. Vi beskæftiger os ikke indgående med de biologiske begrundelser for ufrugtbarhed, men der er en ordliste og en liste over litteratur til videre fordybelse bagerst i hæftet. På grund af emnerne er det uundgåeligt, at der er steder, hvor der bliver taget komplekse etiske spørgsmål op. Vi undskylder derfor på forhånd, hvis tonen i denne vejledning nogle steder virker ufølsom. Det er udelukkende vores hensigt at forklare emnerne så klart som muligt. Med tanke på dette har vi inkluderet to personlige vid-

1 Ved IVF-behandling tages æg ud fra æggestokken og befrugtes med sæd i et laboratorie. Herefter lægges de op i kvindens livmoder. IVF betyder i bogstavelig forstand befrugtning i reagensglas.

nesbyrd fra par, som begge overvejede IVF og tog to forskellige beslutninger.²

- 2 Du kan også have glæde af at læse Jubraj R. og Jubraj B. »Infertility – the silent and unseen issue«. Weybridge, Surrey: Roper Penberthy, 2007, som kommer frem til en anden konklusion end os om IVF (nemlig, at det etisk set er uklogt at bruge det).

En længsel efter at få børn

Længslen efter at få sine egne børn er naturlig, legitim og god. Mange steder i Bibelen anerkendes smerten og ensomheden ved ikke at kunne få børn.³ Men som ved ethvert andet ønske må vi vogte os for, at det bliver usundt. En længsel efter at få et barn 'for enhver pris' er hverken åndeligt eller følelsesmæssigt sund.⁴ Det er vigtigt at huske, at et ægteskab uden børn på ingen måde er forkert eller andenrangs. Selvom børn er en velsignelse, som man gør ret i at forvente i et ægteskab, så er de ikke essentielle for det. Et ægteskab er fuldendt uden dem.

En mulighed, som par ofte ikke er bevidste om, er Natural Procreative Technology (NaProTechnology). NaProTechnology forsøger, så vidt som det er muligt, at finde de underliggende årsager og tage hånd om de forskellige faktorer, der gør barnløshed mere sandsynlig. Det er et langt mindre indgreb end IVF og etisk uproblematiske.⁵ To studier, der blev udført for

- 3 »Der er tre, der aldrig bliver mætte, fire, der aldrig siger »nok«: dødsriget og det lukkede moderliv, jorden, der aldrig får vand nok, og ilden, der aldrig siger »nok«.« (Ordsp 30,15b-16). Den bitterhed, som Hanna oplevede, bindes andre steder i Bibelen sammen med smerten over, at ens barn dør (f.eks. Ruth 1,13 og 20, 2 Kong 4,27). Før Raket endelig fik børn, sagde hun til Jakob: »Skaf mig børn, ellers dør jeg« (1 Mos 30,1).
- 4 The Church of Scotland Board of Social Responsibility: Pre-conceived ideas: a Christian perspective of IVF and embryology. Edinburgh: Saint Andrews Press, 1996:14.
- 5 Bemærk, at 75 % af par, som bliver gravide med denne teknik, bliver det inden for 12 måneder (93 % inden for 18 måneder), men at det kan tage op til 24 måneder. For kvinder, der nærmer sig slutningen af den alder, hvor de kan få børn, kan dette være et minus ved tilgangen. Derudover har det ikke effekt for dem, hvis barnløshed skyldes azoospermi (ingen sædceller i udløsningen), ovariedysfunktion (fejl på æggestokken) eller bilateral tubaokklusion (lukkede eller forsnævrede æggeledere. Se Stanford J.B., Parnell T.A., Boyle P. I Irland er fertilitetsbehandling med NaProTechnology den almindelige tilgang. The Journal of the American Board of Family Medicine 2008;21:375-384.

nylig, viste, at NaProTechnology giver lige så mange succesfulde graviditeter som IVF, og yderligere forskning er i gang.⁶

Vi vil kraftigt opfordre par til også at tage adoption med i deres overvejelser om IVF. Det er muligt at have en sund, kærlig familie uden noget genetisk led mellem forældre og barn. Adoption er en vidunderlig redningsaktion, der afspejler Guds kærlige adoption af os.⁷ Vi anerkender, at adoptionsprocessen har sine egne følelsesmæssige udfordringer. Men adoption giver et kærligt hjem til et barn i nød, og man undgår de etiske komplikationer ved fertilitetsbehandling. Vi er dog også klar over, at der i virkeligheden kun er få adoptionsbørn til rådighed i dag, så adoption af ældre børn eller børn med særlige behov er sandsynligvis en mere realistisk mulighed. Dette kan være særdeles udfordrende om end også i sidste ende meget berigende. Der er en personlig beretning til sidst i hæftet fra et par, som valgte at adoptere.

På grund af de store teologiske og medicinske holdningsforskelle er denne vejledning skrevet med en ydmyg tilgang til dette meget komplekse emne. Til trods for en uundgåelig uenighed står vi ikke desto mindre fast på, at Bibelen udruster os med alt, hvad vi behøver for at kunne leve et helligt liv, og at den giver os de etiske principper, der er nødvendige for at handle vist.⁸ Disse bibelske principper er et godt sted at begynde og udgør et grundlag for enhver overvejelse om fertilitetsbehandling for kristne.

6 Ibid. Se også: Tham E., Schliep K., Stanford J. Natural Procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian Family practice. *Canadian Family Physician* 2012;58:267-74. Tre case-studier beskrives i Boyle P., Stanford J. Naprotechnology (natural procreative technology) – a multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Biomedicina* 2011;21:61-68.

7 Se eksempelvis Rom 8,15 og 23, Gal 4,5 og Ef 1,5.

8 2 Tim 3,16-17.

Hvad siger Bibelen om barnløshed og IVF?

Det er altid udfordrende at belyse nutidens medicinske problemer ud fra Bibelen, fordi vi ikke bare kan slå ord som IVF og embryo op i et bibelleksikon. Ikke desto mindre er der klare bibelske principper, som kan hjælpe os med at navigere i minefeltet og finde en tilgang, som er tro over for både Guds barmhjertighed og hans love.

Først må vi huske, at Gud er dybt engageret i den, der ikke kan få børn, og den store smerte, som det medfører. Abraham og Sara måtte vente længere, end de følte, de var i stand til, før deres lovede søn, Isak, blev født.⁹ Ligeså viser Hannas nej til mad og hendes fortvivlede bøn og gråd det pres, som barnløshed lægger på et menneske.¹⁰ Disse historier viser os, at Gud er klar over, hvilken smerte det kan skabe at have en uopfyldt længsel efter at få børn.

Men Gud er ikke bare engageret – han er en evenvældig hersker.¹¹ Skriften fortæller os, at alle mennesker tilhører ham.¹² I sin nåde betror han så børn til os som gaver.¹³ Vi kan længes efter en forandring i vores livssituation, men ingen af os har ret til at forlange sådan en gave. Barnløshed og fertilitet er ikke resultatet af et tilfældigt kast med en terning. Det er den alvidende og kærlige Gud, som sågar har sendt sin søn for at dø for os, som har kontrollen over begge dele.

Guds skabelsesbefaling var, at mennesker skal »opfylde jorden og underlægge sig den«¹⁴. Denne forvalterproces er ikke

9 1 Mos 16-21.

10 1 Sam 1.

11 1 Mos 4,1: »[Eva] sagde: 'Jeg har skabt en mand ved Herrens hjælp.« I 1 Mos 16,2 anerkender Sara (eller rettere Saraj), at det er Gud, der har forhindret hende i at få børn.

12 Sl 24,1.

13 Sl 127 og 128.

14 1 Mos 1,28.

lig med grønt lys til at udpine verden, men en befaling om at bruge den i Guds tjeneste. Mange kristne forstår videnskaben og dens resultater som en del af dette. Med andre ord har Gud givet os evnen til at gøre alle slags teknologiske opfindelser og bruge dem på kreative nye måder for at hjælpe andre mennesker. Sundhedsvidenskab er én måde, hvorpå vi kan afhjælpe nogle af de fysiske følger af at leve i en falden verden. De fleste kristne ser dermed sundhedsvidenskaben som en Guds gave, når den bruges rigtigt. Derigennem kan og skal vi bruge vores guldgivne evner til at afhjælpe barnløshed.¹⁵

Men bare fordi vi har udviklet en eller anden teknologi, betyder det ikke, at det nødvendigvis er rigtigt at bruge den. Når en opdagelse eller opfindelse gør vold på et bibelsk, moralsk princip, er det forkert at bruge den.

Den bibelske beretning om skabelsen behandler ægteskab, samleje og formering som noget, der almindeligvis hænger sammen. Bibelen siger klart, at dette med rette skal overvejes i et ægteskab. I dette hæfte udforsker vi de specifikke IVF-problemstillinger i lyset af denne bibelske sammenhæng. Der kan være par, som af hensyn til deres personlige samvittighed vil vælge en mere varsom vej end den, vi tror, Bibelen tillader. Vi opmuntrer menighedsmedlemmer til både følelsesmæssigt og praktisk at støtte par, som tænker sådan.

15 Saunders P. Infertility treatments. Nucleus. Spring 2003:13-21.

Hvornår overvejer man IVF?

Par, der overvejer IVF, får normalt at vide af deres praktiserende læge, at de, før de kan få fertilitetsbehandling, skal have forsøgt at få et barn ved at have haft regelmæssig ubeskyttet sex i to år¹⁶ (i Danmark er det ét år, o.a.).

Efter denne periode laver man et fertilitetstjek for at få så meget information som muligt. Dette kan inkludere fysiske undersøgelser, tests, der tjekker niveauet af hormoner i blodet, sædkvaliteten, og om æggestokkene virker, samt scanninger af de reproduktive organer. Nogle gange udføres en kikkertoperation eller en røntgenundersøgelse af underlivet med kontrastvæske med henblik på at opdage det, som en normal ultralydsscanning kan overse, såsom lukkede eller forsnævrede æggeledere og adhærencer (sammenvoksninger) i bækkenet.

Det er også nødvendigt at se på livsstilsfaktorer. De kan nemlig være vigtige for at optimere chancerne for en succesfuld behandling (eksempelvis rygning og alkoholindtag). Det anbefales normalt, at man tager folinsyre.

Selvom der er anbefalede niveauer for betaling for IVF-behandling, kan finansiering og kriterierne for at opnå den variere fra region til region.¹⁷ (I Danmark tilbydes der op til tre forsøg gratis i det offentlige sundhedssystem, o.a.).

Hvad sker der ved en IVF-behandling?

Ved en almindelig IVF-behandling får kvinden hormonstimulering for at øge produktionen af æg. Derefter udtages æggene fra æggestokkene kirurgisk eller ved hjælp af ultralyd¹⁸. Kvin-

16 Eller have haft tolv cyklusser med kunstig befrugtning. Updated NICE guidelines. 2013.

17 NICE-vejledning. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems.

18 En ultralydssonde indføres i skeden for at finde ægblærer. En tynd nål i en ultralydssonde indføres via skedevæggen i ægblærrerne for at udtage æggene.

den får så hormoner for at forberede hendes livmoder til en graviditet, mens æggene befrugtes med sæden i et laboratorie. Derefter indsættes maksimalt to embryoer i kvindens livmoder, og hvis alt går vel, er det herefter en almindelig graviditet.¹⁹

ICSI (intracytoplasmisk sædcelleinjektion) bruges nu næsten lige så ofte som IVF til at behandle barnløshed.²⁰ ICSI følger samme procedure som nævnt ovenfor, men sæden injiceres direkte i ægget i stedet for at blive overladt til sig selv. ICSI bruges især ved mænd, som den almindelige IVF-behandling ikke ville lykkes for, fordi deres sæd eksempelvis ikke er i stand til at trænge ind i ægget, eller fordi der er andre signifikante fejl ved sæden.

Hvor succesfuld er IVF-behandling?

En af de faktorer, der har størst indflydelse på resultatet af IVF-behandling, er alderen på kvinden, hvis æg man bruger, da æggenes kvalitet aftager, i takt med at kvinden bliver ældre. I 2010 var succesraten for IVF-behandling 32 % for kvinder under 35 år. For kvinder mellem 43 og 44 var succesraten 5 % og for kvinder på 45 år eller mere 1,9 %.²¹ De kvinder, der har størst sandsynlighed for at blive gravide, er som regel dem,

19 Bemærk, at succesraten er forskellig fra klinik til klinik. En anden procedure er insemination, hvor man renser sæden og indsætter den i livmoderen på kvindens mest fertile tidspunkt, når kvinden har ægløsning. Målet er at få så mange sunde sædceller som muligt op i æggelederne for at befrugte et æg. Insemination sker ofte sideløbende med stimulering af æggestokkene for at øge ægproduktionen og dermed chancerne for en graviditet. I nogle tilfælde kan det komme på tale, at man udvælger nogle æg. Dette sikrer, at kun de sundeste æg tages ud af æggestokken for at blive befrugtet uden for kroppen. Det kan være gavnligt for kvinder med få æg eller æg af lav kvalitet. En tredje mulighed er at tage æg ud af æggestokkene, udvælge de sundeste og indsætte dem sammen med sæden i kvindens æggeledere. Herefter sker befrugtningen i kroppen, ligesom hvis det havde foregået på naturlig vis.

20 Over halvdelen (52,9 % i 2011) af nye behandlinger for barnløshed involverer nu ICSI. HFEA Fertility treatments in 2011: trends and figures.

21 HFEA.

der er 37 år eller yngre ved deres første eller andet forsøg med IVF. Sandsynligheden for fødselsdefekter, kromosomfejl eller spontane aborter øges også med alderen.²²

22 Vaughan D. et al. Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age – a cohort study. BJOG. Juni 2013. Og HFEA. Risks of IVF.

De praktiske og etiske dilemmaer

1. Risici for mødre

Der er kun få resultater, der tyder på, at IVF i en eller anden grad indebærer en risiko for kvinder.²³ Men man er nødt til at se realistisk på risiciene. *Enhver* medicinsk behandling indebærer risici. Spørgsmålet, man altid må stille, er, *hvordan risikoen er sammenlignet med ikke at gøre noget*. Det er eksempelvis klart, at risici, der svarer til dem, der er ved en naturlig graviditet, ville være acceptable, hvis man ellers accepterer IVF. Men noget, der er endnu vigtigere, er, at forskellige par kan komme til forskellige konklusioner baseret på deres egne omstændigheder, ligesom de kan i forbindelse med andre mindre kontroversielle medicinske procedurer.

Eksempelvis ville en meget risikabel operation, der kan reparere en koncertpianists hånd, være acceptabel i hans eller hendes øjne, men ikke for andre. En, der har kræft, vil være mere villig til at acceptere bivirkningerne ved kemoterapi i lyset af de mulige positive resultater. Vi er klar over, at de følelsesmæssige og relationelle konsekvenser af barnløshed er store og personlige for ethvert par.

»Den største enkeltstående sundhedsrisiko for kvinder, der undfanger efter fertilitetsbehandling, er flerfoldsgraviditet.²⁴ Risikoen for tidlig og sen spontan abort er større ved flerfoldsgraviditeter. Det samme er risikoen for forhøjet blodtryk. Under fødslen har tvillingemødre i højere grad behov for ekstra sundhedspleje.²⁵ Dertil kommer, at en graviditet

23 Kennedy R. Risks and complications of assisted conception 2005. Der er forskningsresultater, der antyder, at kvinder i fertilitetsbehandling har større sandsynlighed for at få seriøse komplikationer i graviditeten. Der er også forskning, der har vist en større risiko for æggestokkræft senere i livet.

24 HFEA. Embryo transfer and multiple births.

25 HFEA slår fast, at »der er større sandsynlighed for, at babyerne fødes for tidligt og har lavere fødselsvægt end normalen. Studier viser, at risikoen for,

uden for livmoderen stadig kan forekomme efter IVF. Det vil sige, at et embryo udvikler sig i kvindens æggeledere frem for i hendes livmoder (95 procent af graviditeter uden for livmoderen sidder i æggelederne, men den kan også sidde i bughulen, livmoderhalsen eller æggestokkene, o.a.). Graviditet uden for livmoderen kan forårsage vaginale blødninger og et lavt niveau af graviditetshormoner og fører til en spontan abort. Det kan i meget sjældne tilfælde også føre til blødninger, der kan være livstruende.

Risikoen for flerfoldsgraviditeter reduceres ved at lægge færre embryoer op i livmoderen. Det mest almindelige antal er to. 60 % af kvinder, der modtog IVF-behandling i 2011, fik to embryoer lagt op. 36 % fik kun et enkelt lagt op, men halvdelen af disse tilfælde skyldes, at der kun var ét embryo tilgængeligt.²⁶

Øvrige risici for kvinden skyldes den høje dosis af medicin, der skal bruges for at stimulere æggestokkene til ægproduktion. Dette kan forårsage milde reaktioner såsom hedeture, nedtrykthed, irritabilitet, hovedpine og rastløshed.²⁷ Men medicinen kan også forårsage ovariehyperstimulationssyndrom (OHSS) med symptomer såsom brystmerter, stakåndethed og i sjældne tilfælde nyresvigt og død.²⁸ Andelen af patienter, der må indlægges på grund af OHSS, er 0,5-1 %.

at børnene dør inden fødslen eller inden for den første uge af deres liv, er mere end fire gange så stor for tvillinger sammenlignet med et enkelt barn. For trillinger er risikoen syv gange større end for et enkelt barn. Risikoen for spastisk lammelse er fem gange større for tvillinger og 18 gange større for trillinger end for et enkelt barn.« HFEA. Risks of fertility treatment.

26 HFEA. Fertility treatment in 2011: trends and figures.

27 HFEA Fertility drugs.

28 Ovarian hyperstimulation syndrome.

2. Risici for børn

Processen i sig selv

Der er meget, der tyder på, at børn født med ICSI og IVF har en lidt større sandsynlighed for fødselsdefekter.²⁹ Men Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) (uafhængig myndighed, der har ansvar for området i Storbritannien, o.a.) angiver, at risikoen er lille.³⁰

Som det er tilfældet med mødre, er der også en risiko for børn, der fødes efter en flerfoldsgraviditet: »Det øger børnenes risiko for dødfødsel, spædbørnsdød og handicaps.«³¹ Mindst halvdelen af børnene fødes flere uger tidligere end ved enkeltgraviditeter, og de vejer derfor mindre og har større risiko for at udvikle alvorlige sundhedsproblemer. Tvillinger har seks gange så stor risiko for at dø inden for de første 28 dages levetid som børn, der fødes ved enkeltgraviditeter.³² Det reelle tal er dog stadig ganske lavt.

Vi vurderer risikoen for embryoet på en anden måde end moderens risiko, eftersom barnet udsættes for fare uden samtykke. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at der er 50 % sandsynlighed for, at et embryo dør naturligt, uden at kvinden overhovedet bemærker, at hun er gravid, når et par

29 IVF involverer en risiko for nyligt skabte fostre og associeres med en øget sandsynlighed for fødselsdefekter ifølge eksempelvis et stort studie, som fandt en risiko for fødselsdefekter på 5,8 % ved naturlig befrugtning sammenlignet med 7,2 % efter IVF og 9,9 % efter ICSI. Davies M et al. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine* 2012;366:1803-1813. ICSI blev introduceret i 1992 så HFEA skriver, at det ikke endnu vides, om der er en risiko med mulige langsigtede konsekvenser for barnet ved at injicere sæden i ægget. Men forskning fra Australien viser, at et ud af ti børn, der er undfanget med ICSI, har fødselsdefekter. Se også Davies M. et al. Op Cit.

30 HFEA, Fertility treatment risks.

31 HFEA. Multiple births and single embryo transfer review. Bemærk, at denne risiko også gælder for naturligt forekommende flerfoldsgraviditeter.

32 Braude P. One child at a time: reducing multiple births after IVF. 2006.

undfanger på naturlig vis.³³ Til trods for dette er sex normen i et ægteskab (se for eksempel 1 Kor 7,5). På baggrund af dette er den ubekvemme sandhed i en falden verden, at Gud anser spontan abort i forlængelse af normalt samleje for at være acceptabelt.³⁴ Det er umuligt med sikkerhed at fastslå det præcise antal af spontane aborter efter almindelig befrugtning eller efter IVF, og begge varierer fra person til person og fra klinik til klinik. Men vi anslår, at risikoen ved kunstigt at plante embryoer i livmoderen indebærer en fare, som svarer til den, der er i forbindelse med almindeligt samleje. Det gør det principielt acceptabelt.³⁵ Det svarer simpelthen til at genskabe de betingelser i livmoderen, som er normale under Guds suverænitets³⁶.

Nogle har brugt det argument, at IVF er fundamentalt unaturligt og fører til, at børn behandles som et middel snarere end et mål i sig selv. Altså: at se børn som værdifulde, udelukkende fordi de er nyttige for os, snarere end fordi de har værdi i sig selv. Det er ikke et umuligt udfald, men som vi allerede har pointeret, er det legitimt at bruge sundhedsvidenskaben til at rette op på de fysiske konsekvenser af syndefaldet. Set med vores øjne er dette blot en måde, hvorpå man kan udleve Guds befaling ved skabelsen om at »underlægge« sig og »herske« over jorden. Det lader sig vanskeligt gøre at drage den kon-

33 Ord T. The scourge: moral implications of natural embryo loss. *American Journal of Bioethics* 2008;8:13.

34 Dette betyder ikke, at det er moralsk godt at dræbe fostre. Man ville ikke antage, at fordi Gud tillader naturkatastrofer som eksempelvis oversvømmelser i Bangladesh, så er menneskeliv mindre værd dér. Det er smertefuldt og forvirrende at tænke over, at så mange menneskeliv er mistet så tidligt i en falden verden, og at den alvidende Gud i sin suverænitets tillader denne tragedie.

35 Sandel M. Embryo ethics – the moral logic of stem-cell research. *New England Journal of Medicine* 2004;351:208. Sandel argumenterer imod embryoets personlighed, men fremhæver, at den sammenlignelige risiko for spontan abort ved naturligt samleje og IVF ofte bruges til at forsvare det.

36 Bevidst at frasortere, sådan som IVF ofte involverer, fremfor at plante embryoer, er et helt andet emne.

klusion, at antallet af fostre, der dør, skulle føre til en generel holdningsændring til reproduktion.

Dette betyder, at IVF som proces i princippet er etisk acceptabelt.³⁷

Overskydende embryoer

Normalt er der embryoer tilovers ved en IVF-behandling, fordi man befrugter flere æg pr. behandling, end man lægger op. Dette er dog ikke et krav eller en nødvendighed ved IVF, selvom det er klart, at man ved at producere flere embryoer øger chancerne for en succesfuld graviditet og derfor reducerer omkostningerne ved behandlingen.³⁸

Embryoer, der er tilovers, udgør en af de vigtigste beslutninger, som kristne er nødt til at tage i forbindelse med IVF. Embryoer, som ikke lægges op i livmoderen, bliver i stedet 1) brugt til forskning, 2) destrueret eller 3) frosset ned til senere brug. Nedfrysningen udgør en risiko for embryoet, og der er en stor sandsynlighed for, at nedfrosne embryoer aldrig vil blive brugt af forældrene.

Tankegangen i vores samfund er, at fordi menneskelige embryoer (i bedste fald) er små, svage og fysisk ubetydelige, kan de undværes. Men dette er i modstrid med, hvordan de fleste kristne forstår de bibelske principper om det tidlige menneskeliv.

Det lille liv, der udvikler sig i livmoderen, er rigtignok lille, men hvert embryo er fuldt ud menneske skabt i Guds billede. Derfor fortjener det den dybeste respekt, pleje og beskyttelse (1 Mos 1,26-29; 9,6; Jak 3,9). Dette er ikke kun en forpligtelse, som

37 Hvis et embryo er stoppet med at dele sig under optimale omstændigheder, anser vi dette for at være et tegn på, at det er dødt (vi bruger ordet levedygtigt i sådan et tilfælde). Embryoer, der deler sig langsomt eller på ikke-optimal vis, er stadig potentielt set levedygtige, og vi mener, de skal behandles som svage og skrøbelige mennesker.

38 Hvis der befrugtes flere æg, kan man udvælge de »bedste«, og andre kan fryses ned til senere forsøg. Logikken bag denne tilgang er, at man slipper for at skulle tage flere æg ud og gå igennem fertiliseringsprocessen igen.

ligger i forlængelse af det sjette bud. Det er også en del af vores forvalteransvar at kæmpe for den svage og skrøbelige (Sl 82,3-4; Es 1,17).

Spørgsmålet om, hvornår menneskelivet begynder, har været genstand for stor debat. Bibelen er dog tydelig om, at Gud er involveret i menneskelivet før fødslen. Bortset fra en kontroversiel oversættelse af 2 Mos 21,22-25³⁹ er der intet andet i Skriften, som kommer i nærheden af at antyde, at det ufødte barn eller embryoet er noget som helst andet end et menneske fra undfangelsesøjeblikket. Ifølge Luk 1,30-35 begyndte Jesu Kristi livshistorie her på jorden, da han blev undfanget af Maria ved Helligånden. Matthæus fortæller, at englen sagde til Josef: »... det barn, hun venter, er undfanget ved Helligånden« (Matt 1,20). Gud blev inkarneret som et embryo. Det har enorme konsekvenser. Der kan ikke være tvivl om, at Jesu menneskeliv – hans personlige identitet – begyndte ved undfangelsesøjeblikket i Marias livmoder. At vi ved, at han »blev kød« ved sin moders undfangelse, demonstrerer altså både menneskeligheden og den personlige natur hos embryoet.⁴⁰

39 King James- og Revised Standard Version-oversættelsen af den oprindelige hebraiske tekst beskriver en forskellig straf for uagtsomt manddrab på en moder (dødsstraf) og hendes ufødte barn (en bøde) (ligesom den danske 1992-oversættelse også gør, o.a.). Konklusionen har derfor før i tiden nogle gange været, at Gud tillægger moder og foster forskellig værdi. I modsætning til dette siger New International Version-oversættelsen, at dødsstraf er for foster- eller moderdød og bødestraf for skader, der ikke involverer foster- eller moderdød. Den sidste oversættelse betragtes som den korrekte af de fleste nutidige oversættere. Selv hvis den første oversættelse var korrekt, handler teksten dog om utilsigtet drab og ikke overlagt mord. Vi kan derfor ikke uddrage fra teksten, at det tidlige foster eller embryo er mindre værd i Guds øjne, eller at man kan retfærdiggøre at dræbe det.

40 Nogle vil indvende, at der ikke kan drages nogen paralleller mellem vores undfangelse og Kristi undfangelse. Men vi ved, at Jesus var fuldt menneske, fordi Bibelen fortæller os, at han blev »kød og blod« og blev »fristet i alle ting ligesom vi, dog uden synd« (Hebr 2,14-17 og 4,15). Betydningen af dette er, at den menneskelighed, han tog på, var vores. Han var nødt til at være som os for at være vores forløser. Den måde, Jesus blev undfanget på, var

Selvom det er umuligt kategorisk at sige, om dette strækker sig helt tilbage til undfangelsesøjeblikket, ligger bevisbyrden på dem, der vil modbevise denne antagelse. Hvis man er ude at jage hjorte og ser noget, der kunne være enten en hjort eller et menneske, og beslutter sig for at skyde, vil man kunne drages til ansvar for sine handlinger, hvis det viser sig at være et menneske! At Det Gamle Testamente lovgav mod uagtsomt manddrab, betyder, at vi skal forsøge at undgå selv risikoen for at forvolde skade (4 Mos 35,22-28; 5 Mos 19,4ff).

I lyset af Bibelens vidnesbyrd om livet før fødslen mener vi, at vi bør lade enhver tvivl, vi stadig tror eksisterer, komme embryoet til gode (Præd 11,5). Medmindre vi kan være *sikre* på, at embryoet ikke er fuldt menneske, bør vi vise det den dybeste respekt (Rom 14,23), uanset hvad de personlige omkostninger måtte være.⁴¹

Vi anbefaler derfor, at man ikke bevidst skaber ekstra embryoer, eftersom det på nuværende tidspunkt er uundgåeligt, at nogle af dem bliver ødelagt. Selvom vi har slået fast, at mange embryoer tabes naturligt, når par har sex og undfanger, kan dette faktum ikke bruges til at retfærdiggøre *bevidst ødelæggelse* af overskydende embryoer. Det skyldes, at naturen ikke kan bruges som et universelt moralsk sammenligningsgrundlag. Mange mennesker dør i naturkatastrofer såsom oversvømmelser, jordskælv og hungersnød. Det betyder ikke, at disse mennesker er mindre værdifulde eller værdige til at blive beskyttet. Disse naturlige tragedier kan vi ikke bruge som troværdigt grundlag for, hvordan vi bør behandle *individer i andre situationer*. Det, der sker naturligt i en livmoder, må ikke styre, hvordan vi bør behandle embryoer *med overlæg* uden for livmoderen.⁴²

unik, men resultatet, når det gælder den fuldstændige menneskenatur, var identisk med vores.

41 Saunders P.: Deadly Questions – on the status of the embryo. Nucleus Autumn 1998:28-34.

42 Iglesias T.: In vitro fertilisation: the major issues. Journal of Medical Ethics 1984;1,36-37. Nogle argumenterer med, at embryoet i en vis periode kan dele sig til tvillinger, og at det derfor er meningsløst at tale om et menneske før

Når det gælder IVF, betyder det, at det er etisk problematisk at tillade, at overskydende embryoer bliver ødelagt eller brugt til forskning.

Nedfrysning og optøning af embryoer udsætter dem også for en unødvendig ekstra risiko. Dette bliver en problemstilling, når der produceres flere embryoer, end der kan sættes op i livmoderen på én gang (britisk vejledning på området fastsætter et maksimum på to i de fleste tilfælde)⁴³. En vejledning fra det britiske sundhedsvæsen forklarer, at »ikke alle embryoer overlever nedfrysning og eventuel optøning, når de skal bruges. I sjældne tilfælde overlever ingen af embryoerne«⁴⁴. Inden for den videnskabelige forskning er man ikke enig om, hvad succesraten er, men flertallet af studier viser, at 2/3 af de nedfrosne embryoer klarer optøningsprocessen. På grund af den nuværende risiko mener vi, at det at fryse embryoer ned svarer til at tage tre børn med til et andet land, velvidende at en af dem ikke overlever rejsen. Det er vanskeligt at udtænke et eksempel, hvor det ville være acceptabelt at påtage sig en sådan risiko frivilligt.⁴⁵

dette tidspunkt. Men i disse tilfælde er sagen dog ikke, hvorvidt der er et menneske, men hvorvidt der er mere end et menneske. Dette retfærdiggør naturligvis ikke, at man behandler embryoet, som om der ikke var nogen person til stede.

- 43 NICE-anbefalinger fra 2013 foreslår, at kvinder under 39 kun skal have et embryo sat op i deres første cyklus af IVF-behandlingen, men at man kan overveje at bruge to embryoer til de efterfølgende cyklusser. For kvinder mellem 40 og 42 bør det overvejes at sætte to embryoer op.
- 44 HFEA Freezing and storing embryos.
- 45 Eksempelvis forklarer professor Peter Braude fra Guy's and St Thomas fertilitetsklinik det således: »Kun omkring to tredjedele af de nedfrosne embryoer overlever nedfrysnings- og genoptøningsprocessen. Overlevelsen afhænger fortrinsvis af embryoets kvalitet (celledeling og morfologi)«. Braude P. And Rowell P. Assisted conception III: problems with assisted conception. British Medical Journal 2003; 327:922. Noget tilsvarende siger det amerikanske Genetics and IVF Institute: »Omkring 65-70 % af embryoerne overlever optøningen, 10 % overlever delvist, og 20-25 % har atresi (fuldstændig dysfunktion). Vores empiri antyder, at embryoer med 100 % celleoverlevelse

Bemærk, at risikoen forandrer sig i takt med nye forskningsresultater.

Vi mener på nuværende tidspunkt, at nedfrysning og optøning er at udsætte embryoerne for en unødigt risiko. Derfor er det etisk problematisk.⁴⁶

Hvis embryoer skabes utilsigtet, vil den etisk mest forsvarlige fremgangsmåde være at gøre sig de yderste anstrengelser for at lægge dem op i moderens livmoder. Begrundelsen er, at det er etisk uacceptabelt at holde dem nedfrosset uendeligt, og at risikoen ved langtidsfrysning er ukendt. Ny udvikling inden for nedfrysning af æg kan lykkeligvis betyde, at behovet for nedfrysning af embryoer i fremtiden bliver en sjældenhed.⁴⁷

er næsten lige så gode som embryoer, der aldrig har været frosset ned, men kun omkring 30-35 % overlever som sådan.« Se Genetics and IVF Institute. Human embryo cryopreservation (embryo freezing) and frozen embryo transfer cycles.

- 46 Oven i den risiko, der er ved nedfrysning af embryoer, kommer, at det er umuligt at vide med sikkerhed, om det vil være fysisk muligt at lægge embryoet op i livmoderen i fremtiden, på grund af økonomiske eller relationelle omstændigheder.
- 47 Ifølge HFEA er der »til dato 900 børn på verdensplan, der er født ved hjælp af nedfrosne æg. Kun fem børn i UK er født med nedfrosne æg Men det er for nylig påvist, at man ved hjælp af vitrifikation (en ny metode til opbevaring af æg) kan forbedre æggenes overlevelseshastighed ved nedfrysning og optøning og derfor øge succesraten.« Se HFEA. Freezing and storing embryos.

Øvrige etiske dilemmaer

Onani⁴⁸

Bibelen adresserer ikke onani direkte, men behandler dog emnet begær og formålet med seksualitet indgående. Begær er »lysten til at gøre seksuelle handlinger, som er i modstrid med Guds lov (dvs. ikke inden for rammerne af et kærligt forhold mellem ægteemand og hustru).«⁴⁹ Jesus forbød udtrykkeligt dette (Matt 5,27-30 sammenlign 1 Mos 3,6). Men onani i regi af IVF er ikke *nødvendigvis* omfattet af Jesu forbud. I dette tilfælde kan onani være fokuseret udelukkende på, at din kone er seksuelt tiltrækkende, og ske med hendes fulde viden og endda medvirken. I sådan en situation er onani på ingen måde en hemmelig, egoistisk handling, hvor der ses bort fra det faktum, at intentionen med sex er relationel. For dem, der ikke har det godt med denne konklusion, findes der særlige sædopsamlingskondomer, så man helt undgår problematikken.

Donerede æg og sædceller

I Bibelen tegner 1 Mos 2,24 den grundlæggende ramme for et ægteskab: en livslang forpligtelse mellem en mand og en kvinde, som er baseret på at forlade, bryde bånd og blive »et kød«. ⁵⁰ I Matt 19,4-6 og Mark 10,6-9 bekræfter Jesus, at ægteskabet er en del af skabelsesordenen. Bibelen lærer tydeligt, at ægteskabet er den eneste korrekte ramme for samleje og også Guds ideal for opdragelsen af børn.⁵¹ Men bryder brugen

48 IVF involverer normalt onani på klinikken for at generere den sæd, der er nødvendig til IVF. Nogle klinikker deler dog særlige kondomer ud, så folk kan opsamle (og om nødvendigt nedfryse) sæden og dermed undgå onani.

49 Frame J. The doctrine of the Christian life. Phillipsburg, New Jersey: Presbyterian and Reformed, 2008:767.

50 Dette udvikles mere detaljeret i Campbell M. The family and bioethics. CMF File 38. 2009.

51 3. Mosebog 18,6-20 og 20,10-21.

af donerede æg og sædceller på nogen måde dette ægteskabsforhold?

På nogle måder introducerer donerede æg- eller sædceller faktisk en anden person i forholdet mellem ægtefællerne. Eftersom denne indblanding primært er genetisk og ikke social (donoren er normalt anonym), er det nok ikke rigtigt at kalde det ægteskabsbrud, hvilket nogle har gjort.⁵² Brugen af donerede kønsceller involverer desuden heller ikke sex uden for ægteskabet og heller ikke det begær og bedrag, som et udenomsægteskabeligt forhold involverer. Men det rækker alligevel ved ægteskabet som værende noget eksklusivt (1 Mos 2,24; Matt 19,5-6).⁵³

John Stott beskrev det som en »indblanding i ægteskabets og forældreskabets bånd«. ⁵⁴ Både sæd og æg introducerer en tredje person, som er genetisk relateret til barnet, men ikke tager del i barnets opvækst. At tage en partner ud af den genetiske ligning kan også give grobund for jalousi og bitterhed i forholdet med partner og barn. Dertil kommer, at konsekvenserne for barnet i form af problemfyldt identitetsbevidsthed bliver bedre kendt, i takt med at flere børn taler ud om, at de er blevet frarøvet en genetisk forbindelse og viden om deres biologiske arv og identitet.⁵⁵

52 Selvom ægget eller sædcellen (det genetiske materiale) normalt doneres anonymt, kan barnet opnå viden om sit biologiske ophav, når det er 18. Derfor kan man ikke fuldstændig ignorere de langsigtede sociale konsekvenser af denne indtrængning.

53 Brendan McCarthy skriver, at »et par accepterer, at de er ude af stand til ... at opleve både det forenende (kærlighedens udfoldelse) og det skabende aspekt af sex ... i deres ægteskab ... så en kvinde får det fuldendende af et af aspekterne ved hendes seksualliv fra en anden mand uden at have det forenende fællesskab med ham (eller modsat). Kvindens lykke og sågar også hendes mands skal ikke negligeres, men prisen for denne handling er for høj, til at den skal godtages.« McCarthy B. *Fertility and faith: the ethics of human fertilization*. Leicester: IVP 1997:183.

54 Stott J. *The abortion dilemma*.

55 Til trods for at donoranonymiteten i Storbritannien blev fjernet i 2005, kan donorundfangede personer kun finde ud af noget om deres ophav, hvis deres sociale forældre siger det til dem. Det vælger mange forældre ikke at

Derfor er vi skeptiske over for
brugen af donerede kønsceller og
advarer stærkt imod brugen af dem i
fertiliseringsbehandling.

Donerede embryoer

Det er vigtigt at være klar over, at man reelt frasiger sig kontrollen over dets skæbne, når man donerer et embryo. Men det at *modtage* et embryo er i bund og grund en meget tidlig adoption. Det er en måde at tage sig af nogle af de svageste medlemmer af vores samfund på, og det kan også medvirke til, at de ikke bliver genstand for destruktiv forskning eller permanent opmagasinering.

Rugemødre

Det at bære andres barn kan på overfladen ligne en måde at afhjælpe et barnløst par smerte på. Men det argument overser den grundlæggende antagelse, at det er i barnets bedste interesse at fødes ind i en naturlig familiestruktur, hvor familierelationerne ikke er blevet gjort forvirrende med vilje. Barnet og rugemoren, som er de mest sårbare parter og dem, der har størst sandsynlighed for at mærke smertefulde konsekvenser, nyder ingen eller kun lille beskyttelse.

Der er to tilfælde i Bibelen, hvor der bruges en rugemor. Begge beretninger er eksempler på, hvordan det kan ende i en forvanskning af både samfundet og familieforholdene (Abram og Saraj, der bruger Hagar, og Rakel og Jakob, der bruger Bilha⁵⁶). Derfor bør vi være forsigtige, eftersom resultatet blev jalousi, magtkamp, forskelsbehandling og ufred i familien. Der er dog visse medicinske scenarier, hvor en kvinde ikke fysisk er i stand til at bære sit barn til terminen, og en anden kvinde

gøre. Forskningsresultaterne tyder på, at kun 10-20 % af mennesker, der får et barn med donoræg eller -sæd, har fortalt det til barnet eller sagt, at de på et tidspunkt vil fortælle barnet, hvordan det blev undfanget.

⁵⁶ 1 Mos 16,1-6 og 30,3.

offervilligt melder sig til at gøre det. Selvom dette indblander en tredje part, er det ikke på en sådan måde, at det har stor indflydelse på barnets genetiske forældreskab (det vil dog have en social effekt). Par bør være klar over, at denne mulighed er fuld af både praktiske og etiske vanskeligheder for rugemor såvel som barn og forældre. At finde en rugemor kan være en mulig løsning, men vi mener, det er uklogt, og at adoption er en langt bedre løsning. Juraen ved brug af rugemødre i Storbritannien såvel som nogle af de praktiske og etiske overvejelser, der følger med, behandles mere detaljeret i *CMF File 'Surrogacy'*⁵⁷.

Vi mener, at kristne bør sige nej til at bruge rugemor.

Forskning

Det er utrolig trist, at der laves forskning på menneskefostre – et af de mest skrøbelige stadier i menneskelivet. Vi så hellere, at dette stoppede med det samme, *til trods for* at forskningen kan resultere i mere effektiv fertilitetsbehandling. Men dette betyder ikke nødvendigvis, at kristne ikke kan og ikke skal drage nytte af den forskning, der allerede er blevet lavet (som eksempelvis at få de IVF-skabte embryoer, som de allerede har fået lavet, lagt op i livmoderen). Bibelen giver os mange eksempler på, at Guds folk drager nytte af hedningernes viden i Guds tjeneste.⁵⁸ Så længe vores handlinger *i sig selv* eller *som en direkte konsekvens* ikke skader embryoer, kan vi handle uden at være medskyldige i de synder, der udføres af dem, der laver forskning på fostre. Vi vil gerne opmuntre kristne par, der påbegynder IVF, til at være åbne omkring deres forbehold over for forskning på fostre, så andre ikke bliver forvirrede eller misforstår deres handlinger.

⁵⁷ Taylor P. Surrogacy. *CMF File 47*. 2012.

⁵⁸ I Bibelen bruges af og til den viden, der er udviklet af hedninger. Eksempelvis i ApG 7,22. Salomo mener, at den viden, der blev indsamlet fra de ikke-kristne egyptere, kan bruges i kristenlivet. Se eksempelvis Ordsp 22,17.

Omkostninger

I gennemsnit koster en cyklus med IVF omkring 5.000 britiske pund (ca. 42.000 kroner på oversættelsestidspunktet, o.a.) på en privat fertilitetsklinik. Dette varierer dog fra klinik til klinik, og der er sandsynligvis øvrige udgifter til medicin, konsultationer og tests. IVF mislykkes 67-97% af gangene afhængigt af kvindens alder og årsagen til barnløshed.⁵⁹ Selv med behandling gennem adskillige cyklusser er der ingen garanti for, at det lykkes. Dette vil helt uundgåeligt kræve store økonomiske resurser for de par, der ikke kan få behandling på statens regning. Den høje pris bør vejes op imod øvrige muligheder. Der er ikke noget korrekt svar. Forskellige par har forskellige omstændigheder, men det er fornuftigt at drøfte emnet med kristne venner, man har tillid til. En anden omkostning, der også bør overvejes, er den følelsesmæssige rutsjebanetur med forventninger og knuste drømme.

Samvittighed

Vi har været omkring en stor mængde etiske spørgsmål. Det kan meget vel tænkes, at du på baggrund af et eller flere af spørgsmålene føler dig utilpas ved at skulle fortsætte med IVF eller andre former for fertilitetsbehandling. Vi anbefaler kraftigt, at du ikke fortsætter, hvis du ikke er afklaret. Apostlen Paulus minder os om, at det at gøre noget, som vi *tror*, er forkert, rent faktisk forkert for os, uanset hvad andre måtte tænke (Rom 14,13-17).

59 HFEA. IVF – Chance of success.

Konklusion

- Vær enige om, hvilken vej I vælger. Selvom det er vanskeligt, så gå efter at tale åbent og ærligt om de mest intime detaljer i behandlingen.
- Husk, at Gud er med os i vores verdens kaos. Han er klar over vores smerte og beder os følge ham i tro.
- Vær klar over, at de etiske problemstillinger ofte er mere komplekse i praksis end i teorien. I kan blive bedt om at træffe hurtige valg, som I er utrygge ved. Prøv at være så tydelig som muligt om, hvad der er etisk acceptabelt, så I ikke bliver presset ind i situationer, I er usikre på. Vær ikke bange for at sige, at I har brug for tid til at tænke over tingene.
- Gør jeres yderste for at undgå at handle imod jeres samvittighed.
- Det er klogt at overveje alternativer, der er etisk mindre problematiske, såsom Natural Procreative Technology (findes i øjeblikket ikke i Danmark, o.a.), før man overvejer IVF. For nogle par er dette et billigere og mindre invasivt alternativ til IVF.⁶⁰
- Det er klogt at overveje alternativer, der er etisk mindre problematiske (selvom de ikke er lettere), såsom adoption, mens man overvejer IVF. Adoption er en bibelsk handling, der på et dybt niveau udtrykker Guds kærlighed og nåde (Rom 8,14-15; Gal 4,1-7; Ef 1,3-6).
- Hvis I som par vælger IVF, vil det være klogt at:
 - Være tydelige om, hvad I har givet klinikken samtykke til at gøre med et embryo, hvad angår nedfrysning, donation og forskning.
 - Tage jeres forholdsregler med hensyn til embryoer, der er blevet frembragt ved en fejl og ikke er brugt, hvis et

60 Se www.lifefertilitycare.co.uk eller www.fertilitycare.net for at få mere viden om NaPro Technology, som er et alternativ til IVF.

dødsfald eller sundhedsproblemer umuliggør en fremtidig cyklus.

- Undgå brugen af donerede kønsceller eller embryoer.
- Undersøge, om klinikken kan tilbyde nedfrysning af æg som et alternativ til nedfrysning af embryoer.⁶¹
- Undervejs i processen skal I være tydelige om:
 - At I ønsker, at alle levedygtige embryoer skal lægges op i denne cyklus.⁶²
 - At I ikke ønsker, at der bliver lavet embryoer med henblik på at fryse dem ned.
 - At I ønsker, at alle, der er involveret i processen, er klar over de særlige prioriteter og ønsker, I har.⁶³
- Vid, hvornår I skal stoppe:
 - Det kan hjælpe at tænke over, hvornår I skal stoppe, før I begynder behandlingen. Det er ikke nødvendigvis en negativ tilgang. Det betyder blot, at I er realistiske om chancerne for succes, og hvor langt I er villige til at gå for at få et barn.
- Hjælp andre, så de ved, hvordan de skal støtte jer:
 - Andre i menigheden er ofte klædt dårligt på til at tage sig af par med fertilitetsproblemer. I kan hjælpe dem ved at fortælle, hvordan de bedst kan støtte jer. Eksempelvis kan I fortælle folk om de opmuntringer, bønner og tjenester, der har trøstet jer mest, frem for at lide i stilhed, når folk kommer med banale bemærkninger.⁶⁴

61 Da dette hæfte blev lavet, var denne teknologi stadig kun på et eksperimentelt stadie, men der gøres store fremskridt (enkelte private klinikker i Danmark indfører dette i 2018, o.a.).

62 Maksimalt to embryoer.

63 Nogle gange kan de tekniske medarbejdere på fertilitetsklinikken have forkerte forestillinger om, hvad du ønsker, når du har drøftet detaljerne med lægerne. For eksempel angående, hvor mange æg du gerne vil have befrugtet.

64 Megan Best har et anbefalelsesværdigt afsnit i sin bog om den rådgivning og støtte, som andre kan tilbyde et barnløst par. Eksempelvis at være der for dem (som Jobs venner), at nøjes med få kommentarer (ikke prøve at ordne problemet), at være følsomme, ikke at dømmе eller at give gode råd, at bede, at gøre gode gerninger osv. Best advarer også mod ting, der er mindre hensigtsmæssige at sige, og hun foreslår, hvordan man kan håndtere folks

Beretninger

Ben og Corinnes historie

Vi opdagede ved et tilfælde, at vi ikke kunne få børn. Corinne blev scannet efter en periode, hvor hun havde været syg. Tilfældigvis fortalte scanningen, at det så ud, som om hendes æggeledere var blokerede. Vi var begyndt at prøve at få et barn nogle få måneder tidligere, så det var noget af et chok, at vores anstrengelser med al sandsynlighed var nytteløse.

Vi blev henvist til en konsulent i den reproduktivt-medicinske afdeling ved University College Hospital i London. Hun var meget venlig og forstående over for den smerte, vi følte. Hun forklarede den række undersøgelser, de kunne lave for at undersøge vores fertilitet, og hvad tidshorizonten var. Alt blev godt forklaret. Det tog over et år, før undersøgelserne var færdige. De bekræftede, at Corinnes æggeledere var blokerede, hvilket betød, at undfangelse var menneskeligt umuligt.

Corinne har altid glædet sig til at blive mor. Hun har ikke store karriereambitioner og har i flere år sagt, at det, hun virkelig ønskede sig, var at »lave kager, lave børn og fortælle mennesker om Jesus«. At »lave børn« var et nøgleelement i hendes drømme. Så det var særligt hårdt for hende. Det, der gjorde det ekstra svært, var, at vi var en del af en menighed, der var midt i noget, der lignede et babyboom. Vi kæmpede med at forstå, hvorfor Gud holdt denne velsignelse tilbage fra os, og følte os ret isolerede med vores smerte. Når vi ser tilbage, ville det have været en hjælp at have et ældre kristent par, vi kunne mødes, tale, bede og græde med. Ved Guds nåde medførte vores kamp med barnløshed aldrig spændinger mellem os. Efter undersøgelserne blev vi henvist til fertilitetsklinikken på Guy's Hospital og inviteret til en infoaften.

kommentarer. Best M. Fearfully and wonderfully made: ethics and the beginning of human life. Kingsford, NSW. Matthias Media. 2012.

På det tidspunkt var vi ikke sikre på vores holdning til IVF. Vi følte bare en generel skepsis. Men vi besluttede os for at deltage i introaftenen for at se, hvad det var. Der var omkring 100 mennesker. Nogle af de ansatte forklarede de forskellige behandlinger. Vi fik en hel stak papirer, der forklarede alting mere detaljeret.

Vi lavede en aftale med en af lægerne. Før aftalen læste vi papirerne og fandt nogle artikler på CMF's (Kristelig Lægeforening i Storbritannien, o.a.) hjemmeside, der hjalp os. Det stod klart, at en almindelig behandling indebar at producere omkring 12 embryoer, lægge de to bedste op i kvindens livmoder og fryse resten ned til eventuel senere brug. Vi ville helt sikkert ikke lave overskydende embryoer. Vi kunne ikke være sikre på, at vi ville være i stand til at bruge dem, og vi var overbeviste om, at det ville være forkert at udsætte vores børns liv for sådan en fare bevidst. Vi kæmpede med tanken om at skulle gå videre med en behandling, der var så umoralsk i udgangspunktet.

Uanset om en evt. behandling ville være synd eller ej, kæmpede vi med tanken om at skulle behandles af læger, som tog del i at ødelægge menneskeliv. En fra vores menighed hjalp os til at forstå, at det at være associeret med syndige mennesker ikke betyder, at vi tager del i deres skyld. Beslutningen om, hvorvidt vi skulle gå videre med IVF eller ej, var ikke en, vi tog let på.

Vi søgte vejledning i Bibelen og bad meget. I lang tid ville det have været forkert for os at fortsætte, fordi vi handlede mod vores samvittighed, men over en periode på nogle måneder blev vi enige om, at det var en god og rigtig fremgangsmåde for os. Længslen efter at få børn er god. Vi kunne i princippet ikke se nogen grund til, at det skulle være forkert at bruge både penge og lægevidenskaben for at opfylde den længsel.

Da vi tog til mødet på klinikken, var vi ivrige efter at finde ud af, om det ville være muligt for os at gå igennem behandlingen uden risiko for, at embryoerne ville blive ødelagt. Vores læge var meget forstående – både angående vores kamp med

barnløshed og angående vores kristne overbevisning, når det gælder embryoernes status. Hun fortalte os, hvordan de kunne imødekomme vores ønsker. Behandlingen ville betyde, at Corinne skulle have en lavere dosis medicin for at producere æg, hvorefter de kun ville forsøge at befrugte to. Hvis de så blev befrugtet, ville de lægge begge op i Corinnes livmoder. Hun understregede, at dette ville nedsætte vores chancer for at få et barn drastisk. Hvis det mislykkedes, ville vi skulle betale det fulde beløb igen, hvis vi ville forsøge med en ny behandlingsrunde.

Lægen sagde, at hun ville drøfte vores sag på det næste afdelingsmøde for at sikre sig, at hele afdelingen ville fortsætte på den måde, hun havde beskrevet. Det virkede, som om vi var de første, der nogensinde havde bedt om sådan en ændring i behandlingen. Igennem hele behandlingen var sundhedspersonalet fantastiske. Der var kun én læge, der udtrykte sin utilfredshed med vores overbevisning og gjorde det klart, at hun syntes, vi var vanvittige, når vi ville reducere vores chancer for graviditet for at beskytte embryoerne. »De er jo ikke rigtige mennesker!«

Efter den indledende konsultation modtog vi et brev, der opsummerede vores samtale og bekræftede, at afdelingen var villig til at fortsætte på den måde, vi havde talt om. Det næste spørgsmål var, hvornår vi skulle starte. På dette tidspunkt finansierede den offentlige sygeforsikring en cyklus med IVF for barnløse par, men der kunne være op til 18 måneders ventetid. Hvis vi betalte for en cyklus selv, kunne vi begynde med det samme. Timing var en faktor, fordi Corinne kun havde én æggestok. Der var problemer med den også, hvilket betød, at det var muligt, at den skulle fjernes. Vi besluttede derfor at fortsætte med egenbetaling. De totale omkostninger inklusive medicin var omkring 2.000 pund (ca. 17.000 kroner i juni 2017, o.a.). Det endte med, at vi fik støtten fra det offentlige, lige da vi skulle til at begynde behandlingen. Derfor fik vi vores gebyr refunderet.

Behandlingscyklussen tog omkring en måned alt i alt og indeholdt syv eller otte besøg på klinikken. Der var en aftale indledningsvist og en scanning, der skulle vise, om Corinne var på det rigtige tidspunkt i sin cyklus. Det var også ved dette besøg, at vi fik instruktion i, hvordan vi skulle tage medicinen – daglig brug af næsespray og daglige indsprøjtninger. Det var en hjælp, at Corinne er sygeplejerske. Det betød, at indsprøjtningerne ikke var så dramatiske, som de måske kan være for andre. Efter ni dage besøgte vi klinikken flere gange for at få vurderet follikelvæksten i Corinnes æggestok. Da de var tæt på at have den optimale størrelse, blev der sat en dato for indsamling af æg – normalt omkring dag 15. Den morgen skulle jeg afgive noget sæd i en lille kop. Afdelingen har et særligt rum med en kasse fuld af pornoblade. Jeg besluttede mig for, at jeg kunne klare mig uden dem. Som en del af indsamlingen af æggene skulle Corinne bedøves. Herefter brugte de en stor nål og et rør til at indsamle æggene fra hendes æggestok. Det var en meget ubehagelig oplevelse for Corinne, men personalet på klinikken tog sig godt af hende. To æg blev udvalgt tilfældigt (det er umuligt at vurdere kvaliteten på dette tidspunkt) og lagt i et fad sammen med min sæd. Da Corinne var kommet til sig selv efter noget tid, rejste vi hjem og ventede til næste dag for at høre, om æggene var blevet befrugtede.

Det var 24 meget følelsesladede timer. Vi tænkte over, hvad der skete på klinikken, og længtes efter og bad om, at Gud ville skabe liv, og ventede nervøst ved telefonen den følgende morgen. Til vores glæde fik vi at vide, at begge æg var blevet befrugtet. Vi glædede os over, at vi nu ved Guds nåde og magt havde to børn boende i et fad på Guy's Hospital.

Dagen efter vendte vi tilbage til det, de kaldte »embryo-transfer«. Det var meget hurtigere og enklere, end da æggene skulle indsamles. Her sprøjtede de i bund og grund bare embryonerne op i Corinnes livmoder gennem et rør. Corinnes reaktion var at ligge med enden i vejret i to uger af frygt for, at de skulle falde ud igen. Det kan åbenbart godt ske. Men det var to

nervepirrende uger, hvor vi ventede på at finde ud af, om de liv, Gud havde skabt, ville sætte sig fast i Corinnes livmoder. Det er denne del af behandlingen, hvor der er størst fare for, at det går galt. Det er let at fokusere meget på procenter. Selvfølgelig er vores far i himlen ikke afhængig af procenter, og derfor bad vi meget om, at han ville bevare vores børns liv. Corinne hvilede meget i disse uger og gjorde kun det, der var nødvendigt.

På grund af hendes helbredstilstand havde Corinne brug for en blodprøve for at undersøge, om hun var gravid. Hun fik prøven om morgenen, og derefter kørte vi til det sydvestlige England for at være med på en sommerlejr, vi skulle være ledere på. Vi forventede at få resultaterne samme eftermiddag. Desværre kunne de ikke få resultaterne den dag. Men den følgende morgen blødte Corinne voldsomt. Telefonopkaldet, vi senere fik, bekræftede, at embryoerne ikke havde sat sig fast. Det var en utrolig trist dag. Vi havde investeret så meget – tid, penge og energi – og det var slået fejl.

At gå igennem IVF-behandlingen involverede rigtig meget tid og en stor mængde følelsesmæssig energi. Det betød, at vi levede i en osteklokke, mens behandlingen stod på. Under vores første behandling var det kun en håndfuld personer ud over vores familier, som vidste, hvad vi var i gang med. Da det endte i en spontan abort, besluttede vi os for at være mere åbne. Så i forbindelse med den anden behandling havde vi en e-mail-liste med omkring 30 personer, som vi bad om at bede for os fra begyndelsen.

Vi følte, at barnløshed og spontan abort var emner, der var så tabubelagte, at vi gerne ville imødegå dette ved at tale mere åbent om vores oplevelser. Nogle gange blev vi mødt med overraskelse over, at vi overhovedet var i gang med IVF-behandling. Vi var nødt til at give en lang forklaring om, hvordan vi tilpassede behandlingen for at gøre den etisk forsvarlig. Vores oplevelse har betydet, at vi har været i stand til at rådgive og opmuntre flere andre par, som går igennem lignende vanskeligheder.

For at færdiggøre historien, så gik vi i gang med en ny cyklus af IVF ni måneder efter Corinnes spontane abort. Vi begyndte behandlingen med den tanke, at hvis det mislykkedes igen, ville det være sidste gang. Det var følelsesmæssigt så hårdt at gå igennem en fejlslagen cyklus, at vi ikke kunne gøre det igen. Der var også den store økonomiske omkostning ved behandlingen. Desuden var vi begyndt at tænke seriøst over adoption som en mulighed, og selvom vi følte, at vi først var nødt til at ændre vores indstilling til det at få børn biologisk, så vi det som et godt og kristent alternativ for os.

Resultatet af vores anden cyklus blev, at begge æg igen blev befrugtet. Gud skabte to piger, Moya og Elsie, 18. februar 2005. På mirakuløs vis satte de sig begge fast i Corinnes livmoder. De blev født ved akut kejsersnit, da Corinne var i 32. uge, men desværre døde Elsie 30 timer senere.

Moya er nu fire år gammel og har en lillesøster, Darcy, som også blev undfanget ved en tredje IVF-cyklus. I forbindelse med den sidste cyklus forlangte vi, at klinikken kun befrugtede ét æg, for at undgå risikoen for en ny tvillingegraviditet. Gud var meget god, og Darcy blev undfanget og født sikkert. Vi har besluttet os for ikke at forsøge en ny IVF-behandling, selvom vi gerne ville have flere børn. Vi er dog opsatte på at udforske mulighederne for adoption senere.

Når det gælder børnene fra den første spontane abort, var vi til at begynde med ikke helt sikre på, hvordan vi skulle tænke om de liv, Gud havde skabt. De havde levet så kort, men alligevel tænkte vi om dem, at de var vores børn med fuld menneskelig værdi. Vi var ikke sikre på, hvilken form vores sorg skulle tage. Det var først mange år senere, at vi besluttede os for at navngive dem James og Hetty. Vi ved ikke, hvad deres køn var, men en dreng og en pige virkede passende, og vi ønskede at gøre noget for at anerkende dem som mennesker.

Vi tænker dog anderledes om dem, end vi tænker om vores datter Elsie, som blev født lidt over et år senere, og som døde 30 timer efter sin fødsel; på samme måde ville vi tænke anderle-

des om en af vores overlevende døtre, hvis en af dem døde nu. Jeg tror, det er uundgåeligt. Men vi stoler på, at vi ser dem på den nye jord, hvor vi skal finde ud af, om vi gættede rigtigt om deres køn.

Vi takker Gud for lægevidenskaben, som gjorde det muligt for os at blive forældre. Vores oplevelser var hårde til tider, men vi kan se, hvordan Gud har brugt dem til at forme os og forhåbentlig gøre os i stand til at hjælpe andre.

Sam og Annes historie

Det er en blæsende efterårsdag, mens jeg skriver dette, og vores treårige tvillingedøtre er vildt begejstrede over kastanjekamp, agern, den kraftige storm i går aftes, at lege kaffeselskab, feer, hvorfor man egentlig ikke kan se Jesus, ligesom man kan se mor og far, hvordan og hvorfor ost smelter, og tusindvis af andre ting. De skal starte i førskole næste september, og vi er i gang med at vælge skole til dem. Alt sammen helt normale ting. I går havde vi besøg af pigernes storesøster, som er seks år, og hendes forældre, som vi mødte for første gang. Ikke så normalt! Ligesom vores piger er deres søster blevet adopteret, men ind i en anden familie af forskellige grunde. Vores liv er »normalt med helt vildt unormalt smurt ovenpå«. Baggrunden for, at det er blevet sådan, bliver helt naturligt en del af snakken i hverdagen, når man lever med spørgelystne små piger. Men nogle sider af historien virker, som om de foregik i en svunden tid.

Året efter at vi blev gift, fik min mand, Sam, fjernet en testikel efter at have haft ekstreme smerter i nogle uger. Der var snak om både en vredet testikel og en infektion. Selvom lægerne forsikrede os om, at det ikke ville påvirke fertiliteten, begyndte vi at tænke over, at det måske ikke ville være så ligetil at få et barn, som vi var gået ud fra. På daværende tidspunkt var vi i en bedegruppe med et par, som kæmpede med barnløshed og var i gang med godkendelsesprocessen til adoption. Så selv på dette tidlige stadie lå denne mulighed i vores tanker. Lægerne foreslog at lave en undersøgelse af sæden, hvis vi var bekymrede, men af en række grunde gjorde vi det ikke lige med det samme. I bakspejlet kan vi se, at Guds timing for, hvornår vi skulle begynde undersøgelserne, var den helt rigtige.

Vi begyndte at prøve at blive gravide i december 2007. Efter at der ikke var sket noget i seks måneder, tog vi til vores praktiserende læge, som sagde, at vi skulle give det nogle måneder mere. Vi var bekymrede for, at min cyklus på en eller anden måde var uregelmæssig, og tog igen til lægen senere samme år

for at begynde den første række undersøgelser. En sædprøve viste, at der ikke var nogen sædceller i udløsningen, og lægen forklarede os, at dette betød, at vi ikke kunne få børn. Lægen foreslog os at få lavet en ny prøve, så vi gennemgik en pinefuld uge, mens vi ventede på, at resultaterne blev enten bekræftet eller afvist, mens vi bad inderligt om, at den første prøve måtte have været en fejl, men også om Guds hjælp til at stole på ham, hvis prøven havde vist det rigtige resultat. Desværre blev resultatet bekræftet, og vi blev henvist til en fertilitetsspecialist for nærmere undersøgelser. Det var i december 2008 – en temmelig elendig måned!

Året efter skulle vi begge igennem flere undersøgelser. Sam fik lavet to operationer for at se, om der var nogen sædceller, der kunne bruges til IVF-behandling. Den anden af disse operationer blev lavet, sideløbende med at jeg tog IVF-medicin, så eventuelle sædceller ville kunne bruges med det samme. Før vi begyndte på alt dette, havde vi læst en masse for at prøve, så godt som vi kunne, at få svar på, om det var en mulighed, som vi kunne fortsætte med i respekt for Gud. Især John Wyatts bog *Matters of Life and Death* var en stor hjælp. Til sidst besluttede vi os for at befrugte et lille antal æg med den intention, at de alle skulle lægges op på et eller andet tidspunkt.

Selvom der er debat om det etiske i at nedfryse embryoer, da der er nogle, der ikke overlever, tænkte vi, at det ikke var meget anderledes, end at der hver måned er mange embryoer, der ikke sætter sig fast, eller som resulterer i en meget tidlig spontan abort. Så selvom vi mener, hvert eneste af dem er et unikt menneskeliv, der er skabt af Gud, var det vores holdning, at dem, der gik tabt i nedfrysningsprocessen, bestemt ikke blev dræbt med vilje. Derfor var det i overensstemmelse med Guds ønske om, at vi skal ære hans ret til at give og tage liv. Men vi mener bestemt ikke, at vi har det endelige svar på alt dette. Vi kan se stor visdom i at tage en anden beslutning, som nogle gør. På et tidspunkt følte vi os nærmest lammede over beslutningen. Vi mente nemlig, at det var godt, at vi længtes efter at få børn. Samtidig

ønskede vi dog ikke at være ulydige over for Gud. En ven, der vidste, at vi havde bedt og bedt, studeret Bibelen nøje, gransket vores motiver og søgt rådgivning fra kristne om emnet, minde os om, at vi kunne stole på, at Gud vil jævne vores stier, når vi stoler på ham (Ordsp 3,5-6). Det betyder ikke, at det endelige resultat viser, at Gud ikke synes om, at vi gik i gang med IVF-behandling, men vi følte sikkerhed for, at han ville sørge for det resultat, der var bedst for os og til hans ære.

Resultatet af den anden operation var negativ. Der var ingen sædceller. Dette var afslutningen for os, hvad angår fødsel af børn. Selvom vi var bekendte med, at der var kristne, der havde brugt donorsæd, var vi blevet enige om, at det ikke var noget, vi ville gøre, måske særligt fordi tanken om adoption rumstede i vores hoveder, og fordi vi følte, at det ville være lettere at være forældre, hvis vi begge havde samme genetiske forhold til barnet. Her anerkender vi, at vi har haft det lettere end andre barnløse par, fordi der var en grad af lettelse i at have en klar afslutning på bestræbelserne på at føde børn. For andre er tingene meget mere uklare.

De næste måneder var fyldt med sorg og forsøg på at forstå forskellen på Guds plan og vores. Vi var meget taknemmelige for, at vi havde fået en klar undervisning om Guds kærlige styring i vores liv, og for, at vi i kraft af Jesu liv, død og opstandelse kunne have sikkerhed for, at han elsker os. Jeg bad om, at Gud måtte fjerne min længsel efter at føde børn, og jeg husker, at jeg omkring midten af februar bemærkede, at mine følelser var begyndt at forandre sig. Tabet var mindre råt, og jeg syntes, at Salme 131,1-2 beskrev min oplevelse af at lære at overgive mig selv til Gud og hans godhed: »Herre, mit hjerte er ikke hovmodigt, mine øjne er ikke stolte. Jeg omgås ikke med store planer, der er for underfulde for mig. Nej, jeg bringer min sjæl til hvile og ro; som barnet hos sin mor, som barnet er min sjæl i mig.« Det betyder ikke, at smerten over ikke at kunne få børn forsvandt, men der var helt sikkert en forandring og en accept af, at Gud havde bedre planer og ønskede at gøre godt imod os.

Det gjorde det muligt at tænke klart om adoption. I foråret fandt vi steder med introduktionsdage om international adoption og indenrigsadoption og ansøgte de sociale myndigheder. I juni begyndte vi den første del af vurderingen efterfulgt af ti hjemmebesøg fra en socialrådgiver, hvor vi fik talt om stort set hele vores liv. Vores vurdering var overstået forholdsvis hurtigt, og vi blev godkendt til adoption i begyndelsen af december 2010.

Mange folk har haft andre oplevelser af vurderingsprocessen, end vi har. Nogle spørger, om vi føler, at det var en ulempe at være kristne. Jeg synes egentlig, der er mange fordele for kristne. Som mennesker, der ved, at vi er frelst af nåde, var vi villige til at tale om vores svagheder uden at gå i forsvarsposition, og vi blev ikke fordømmende, når vi læste om de bortadopterades familier. Kirken er ligeledes et fantastisk netværk, som de sociale myndigheder altid er interesserede i. I det store hele havde vi det sådan, at vi forventede at blive stillet grundige spørgsmål, fordi de børn, vi måske skulle tage os af, fortjente en grundig proces.

Efter at være blevet godkendt til adoption ventede vi på at blive matchet - udvalgt som den bedste mulighed for et bestemt barn. De tre-fire måneders ventetid føltes som en evighed. Til sidst blev vi dog matchet med to tvillingepiger, der var ni måneder gamle. Vi mødte pigerne hos deres plejefamilie, og så lå bolden på vores banehalvdel, hvis vi skulle fortsætte. Vi tænkte meget over det og følte også, at det var nødvendigt at gennemtænke, om vi havde de evner, det kræver at påtage sig den store opgave, som tvillinger er. Der var også nogle medicinske usikkerheder, vi skulle have undersøgt, før vi kunne adoptere pigerne. Adoptionen blev endelig godkendt i juni 2011. Derefter havde vi to ugers introduktion, hvilket involverede en masse besøg hos plejefamilien for at lære pigerne at kende og prøve at gøre omvæltningen og forvirringen, som pigerne uundgåeligt ville opleve, så lille som muligt. De flyttede endeligt ind lige før deres etårsfødselsdag.

Siden den dag har livet været lidt tåget! At tage sig af tvillin-

ger efterlader ikke meget tid til refleksion. Der var mange besøg fra socialrådgivere, der skulle undersøge, hvordan tingene gik, indtil en gang i oktober, da de med glæde kunne godkende os til at søge om afslutning af adoptionen hos en dommer. Efter det var vi til en særlig dag i retten, hvor pigerne fik nye fødselscertifikater og blev gjort til en del af vores familie for evigt.

I dag er det meste af vores liv som enhver anden families. Pigerne bringer os og mange andre enormt meget glæde. De er utrolig sjove og har et tæt bånd til hinanden. Jeg kan ikke sige, hvordan det føles at elske et barn, man har født, men jeg ved, at vi elsker vores piger, og at de elsker os. Vi var naturligvis nødt til at lære hinanden at kende (men sådan er det vel også med børn, man føder), og fordi vi var optaget af at elske dem, blev vores følelser gradvist dybere. Pigerne er også meget normale, hvad angår raserianfald, ulydighed og alt, hvad man ellers vil forvente fra en treårig. Vi er taknemmelige for, at de lader til at være faldet på plads og være knyttet til os, da det ikke altid er lige ud ad landevejen for adoptivbørn. Vi er glade for, at vi havde tiden til at falde på plads sammen som familie hen over en stille sommer.

Jeg tror, det er vigtigt at forstå, at adoption ikke er svaret på smerten ved at være barnløs. Adoption eksisterer på grund af tab – primært det tab, som børn, hvis forældre af en eller anden grund ikke kan tage sig af dem, oplever. Ofte udspringer adoption af det tab, barnløse par oplever, når de slipper tanken om at føde børn, selvom vi beder til, at erfarne forældre også må være villige til at opfylde behovene hos de børn, der er i systemet.

Det har været udfordrende for os at se i øjnene, hvor let vores ønske om at blive forældre kom til at handle om at opfylde vores behov og lette vores smerte, mere end det handlede om Guds ære og vores børns bedste. Pigerne opfylder rent faktisk vores behov, fordi Gud lader os vokse, når vi elsker andre, som han elsker os. Men ved adoption bliver ens eventuelle selviske motiver tydelige. Man er nødt til at forstå, at disse børn ikke er der for at udfylde det hul, som de forventninger, man havde om

at føde børn, har efterladt; adoption tvinger en til at tage dette emne op til overvejelse.

Adoption er en vidunderlig mulighed for at efterligne Guds nådige adoption af os ind i sin familie på vores egen kluntede måde. Men der er store forskelle. Gud er en perfekt forælder, og hans adoption af os får udelukkende positive følger. Mennekkelig adoption involverer forældre, der laver fejl, og børn, som har oplevet et fundamentalt og betydningsfuldt tab. Det er ikke noget, vi tænker på hele tiden, og i hverdagen er vores piger nogle glade små tingester, men det kommer op til overfladen på forskellig vis. Vi hjælper ikke vores piger ved at prøve at lade, som om de er heldige, fordi de er endt i vores fantastiske familie.

Vi håber, vi kan lære dem – og at Gud kan give dem tro til – at stole på hans kærlige hånd, når det gælder de rodede aspekter af deres liv. Det gælder også for os. Selvom vores længsel efter børn er fuldendt i kraft af vores piger, er følelsen af at være anderledes og den smerte, der følger med, der stadig. Særligt på vores nuværende stadie i livet i småbørnsgrupper og endeløse rækker af graviditeter og ammesnakke. Jeg føler ikke en intens bitterhed eller tristhed, som jeg gjorde tidligere, men der dukker stadig en tristhed op af og til. Løbende forstår jeg også mere af den smerte, et adopteret barn må komme overens med, og selvom disse problemstillinger er mindre på overfladen for Sam, er de ikke forsvundet gennem adoption. Vi er i gang med at lære, at Gud bruger denne vedvarende smerte til at gøre os afhængige af ham og få os til at se fremad mod den nye jord. Vores erfaring har lært os, at Gud har planer for os, som vi ikke kunne have drømt om, og som er meget mere interessante end det, vi selv kunne have fundet på!

Ordliste

Embryo

Det levende individ, som udvikles fra det øjeblik, et æg og en sædcelle mødes, og de første otte uger af udviklingen.

Æg

Kvindelige kønsceller, der produceres i æggestokken. Ægget har ikke samme status som embryoet. Det er ikke et menneske. Før befrugtningen med en sædcelle er ægget faktisk mere som en hudcelle, bortset fra at det kun har halvt så mange kromosomer.

Befrugtning

Begynder med kontakt mellem æg og sædcelle, som så forenes, hvilket fører til modning af ægget og fusionering af begge cellekerner. Processen ender med, at den nye kerne deler sig og danner det tocellede embryo.

Foster

Term, der bruges om babyen i livmoderen fra 9. graviditetsuge indtil fødslen.

Kønsceller

Fællesbegreb, der dækker både æg og sædcelle.

Sæd

Mandlige kønsceller, der produceres i testiklerne. Sæden har ikke samme status som embryoet. Den er ikke et menneske. Før befrugtningen med ægget er sædcellen faktisk mere som en hudcelle, bortset fra at den kun har halvt så mange kromosomer.

Læs mere

Bøger og artikler

- Beer D., ed. Christian choices in healthcare. Leicester: CMF and IVP, 1995
- Best M. Fearfully and wonderfully made: ethics and the beginning of human life. Australien: Matthias Media, 2012
- Commission on Parenthood's Future. My daddy's name is donor.
- McCarthy B. Fertility and faith: the ethics of human fertilization. Leicester: Inter-Varsity Press, 1997
- McWhinnie A., ed. Who am I? Experiences of donor conception. Leamington Spa: Idreos Education Trust, 2006
- Saunders, P. Infertility treatments. Nucleus. Spring 2003:13-21.
- Wyatt J. Matters of life and death: Human dilemmas in the light of the Christian faith. Revised edition, Leicester: CMF and IVP, 2009.

CMF Files

CMF Files er etiske holdningspapirer, der omhandler specifikke problemstillinger. De kan downloades fra: www.cmf.org.uk/publications/cmf-files

- Taylor P. Surrogacy. CMF File 47, 2012
- Campbell M. The family and bioethics. CMF File 38, 2009
- Berry C. Artificial reproduction. CMF File 6, 1999.

Adoption

- Moore R. Adopted for Life. Wheaton, Illinois: Crossway, 2009
- Piper J. Adoption: the heart of the gospel.

Hjemmesider

- Christian Medical Fellowship: www.cmf.org.uk
- Life FertilityCare Programme – et alternativ til IVF: www.lifefertilitycare.co.uk • Fertility Care Centres of Europe – for mere information om NaPro Teknologi: www.fertility-care.net
- The Human Fertilisation and Embryology Authority: www.hfea.gov.uk
- The National Institute for Health and Care Excellence: www.nice.org.uk.

Efterskrift om de danske forhold

Hvorvidt en læge er villig til at foretage ændringer i den normale procedure, afhænger i praksis meget af, hvilken læge man møder. Der kan være forskellige holdninger til dette internt på et hospital eller en klinik. Det er derfor ikke nødvendigvis sikkert, at lægen er parat til at lave ændringer i proceduren for at imødekomme samvittigheds kvaler.

Af den grund er det vigtigt, at I som par overvejer, hvad I kan gøre med god samvittighed, før I begynder processen. Lægerne vil gerne hjælpe par med at få børn, og derfor vil de bruge alle de muligheder, der findes. Den psykiske belastning, det kan medføre for et par, der brændende ønsker sig et barn, er enorm. Rådfør jer med et par, der har været i samme situation som jer, en ægteskabsrådgiver eller en sjælesørger/præst, I har tillid til.

Dette hæfte beskriver forholdene set fra et britisk synspunkt på det tidspunkt, hvor hæftet blev skrevet. De etiske dilemmaer er de samme i Danmark, men selve det praktiske adskiller sig på flere områder. I dette afsnit beskriver vi derfor kort de vigtigste områder.

Hvordan foregår IVF i Danmark?

IVF-behandling foregår i store træk på samme måde i Danmark, som det er beskrevet i hæftet. Som regel vil lægen først begynde en undersøgelse af par, der har forsøgt at blive gravide i 12 måneder. Herefter undersøger lægen og evt. gynækologen både manden og kvinden for om muligt at finde årsagen til barnløshed. Herefter henvises der til fertilitetsklinikken, hvor der foretages yderligere undersøgelser.

Hvilke muligheder er der for selv at bestemme i det offentlige?

I det offentlige system lægger man indledningsvist kun ét embryo (befrugtet æg) op, medmindre kvindens alder taler for,

at man lægger to op for at optimere chancerne for en fuldbåren graviditet. Når man kun lægger ét æg op, er det for at reducere antallet af tvillingegraviditeter.

Som udgangspunkt vil behandlerne gerne tage flere æg ud. Hvis man mener, hvilket der rådes til i dette hæfte, at det er etisk problematisk at befrugte flere æg og fryse dem ned, bør man derfor tage en samtale med lægen om, hvor mange æg der skal tages ud.

Der er mulighed for at få hormonstimulerende medicin, der er mindre effektivt, sådan at der produceres færre æg. Ud over, at der kun produceres 1-2 æg, er fordelene også, at de fysiske smerter er mindre end ved mere hormonstimulerende medicin.

Hvis kvinden har regelmæssig ægløsning, og kvinden ikke er årsagen til, at parret ikke kan få børn, kan man nogle steder få lov til blot at tage de 1-2 æg, der kommer ved almindelig ægløsning, ud. I det tilfælde gives der kun en ægløsende sprøjte og ingen hormonstimulering.

Hvilke muligheder er der i det private?

De private klinikker er interesserede i at opnå en høj succesrate med henblik på PR. Derfor vil der være stor forskel på, hvad de er villige til at gå med til, på grund af frygt for en behandling uden positive resultater.

Flere private klinikker tilbyder nedfrysning af ubefrugtede æg; det gør de offentlige fertilitetsklinikker så vidt vides ikke. Man skal dog være opmærksom på, om klinikken ønsker at tage flere æg op til befrugtning, end de er villige til at sætte op.

Det anbefales, at man på forhånd tager en samtale med klinikken, så man er enig om, hvordan processen skal foregå.

Muligheder for adoption

Hæftet nævner adoption som en mulighed for barnløse. Adoption er også en mulighed i Danmark, men i de senere år er det blevet både vanskeligt og dyrt at adoptere. Danmark har opsagt

aftaler med lande, hvor der har været mistanke om snyd. Sydkorea, som er et af de lande, Danmark traditionelt har fået børn fra, bortadopterer stort set alle børn til sydkoreanske par. Det betyder, at der kommer færre børn til Danmark.

Dertil kommer, at selve adoptionsprocessen og dokumentationskravene er blevet mere omfattende end tidligere.

En adoption kan koste 150.000-300.000 kroner. Der gives et statstilskud på cirka 52.000 kroner.

I hæftet gives den begrundelse, at det at adoptere et barn er at gøre en god gerning mod barnet. I Danmark er der eksempler på, at denne begrundelse ses som et negativt tegn af adoptionsbureauet. Hvis man gerne vil gøre en god gerning mod barnet, kan man donere det store beløb, en adoption koster, til at hjælpe barnet i dets fødeland, lød bureauets modargument i ét tilfælde.

Man bør derfor gøre sig klart, at dette argument ikke kan stå som det eneste eller vigtigste argument. Det vigtigste argument er, at I ønsker et barn.

Omkring hvert syvende par har problemer med at blive gravide. Knap hvert tiende barn i Danmark fødes som et resultat af kunstig befrugtning. Kristne er ikke immune over for problemet. I takt med at flere og flere par søger lægerådgivning, opstår spørgsmålet, hvordan vi navigerer i det forvirrende udvalg af teknologisk hjælp og samtidig bevarer troskaben mod Gud.

Dette hæftes mål er at præsentere en bibelsk etik for IVF-behandling på en klar og omsorgsfuld måde. Men det er en hjælp at have samtalepartnere på vejen gennem barnløshed. Derfor er der også to beretninger i hæftet fra to par, som har været igennem problematikken og har taget forskellige valg.

Vi håber, hæftet vil være en værdifuld vejviser for menighedsledere, sjælesørgere, bekymrede venner og kristne par, der står midt i problematikken.