

‘Til slutt la jeg bare pengene på bordet, for jeg ville ikke ta noen sjanser lenger’

Enslige kvinners erfaringer med assistert befruktning i Norge

Charlotte Marie Baquilo Bredesen

Våren 2023



Masteroppgave i retts sosiologi
Institutt for kriminologi og retts sosiologi
Det juridiske fakultet
Universitet i Oslo

Antall ord: 32549

‘Til slutt la jeg bare pengene på bordet, for jeg ville ikke ta noen sjanser lenger’

Enslige kvinners erfaringer med assistert befruktning i Norge

Sammendrag

Tittel: 'Til slutt la jeg bare pengene på bordet, for jeg ville ikke ta noen sjanser lenger'
Enslige kvinners erfaringer med assistert befruktning i Norge

Forfatter: Charlotte Marie Baquilo Bredesen

Veileder: Katja Franko

Leveret ved: Institutt for kriminologi og rettssosiologi - Det juridiske fakultet
Universitet i Oslo, Våren 2023

I juli 2020 åpnet bioteknologiloven for å tilby enslige kvinner assistert befruktning på norske virksomheter. En strøm med enslige kvinner meldte seg opp på venteliste hos godkjente virksomheter for å innfri ønsket om å få barn. Blant dem var syv enslige kvinner som mottok assistert befruktning på private fertilitetsklinikker kort tid etter lovendringen. Gjennom intervjuer med syv enslige kvinner får vi innsikt i hvordan reguleringer innen reproduksjon både fungerer muliggjørende og begrensende. Hensikten er å undersøke hvorvidt lovendringen kan bidra til å skape nye idealer for morskap, basert på enslige kvinners erfaringer, refleksjoner og forståelser av den lovpålagte egnethetsvurderingen. Egnethetsvurderingen består av medisinske og psykososiale vurderinger, der beslutningen om assistert befruktning foretas av en behandlende lege. I forkant av lovendringen var det diskusjoner på tvers av partilinjer omkring kvinners reproduktive rettigheter, hensynet til barnets beste og skepsisen rundt sæddonasjon. Uenighetene har omhandlet spørsmålet om enslige kvinner kan oppdra barn i trygge rammer, og om staten delaktig skal bidra til å sette barn i en sårbar posisjon med kun én forelder.

Hovedfunnene belyser to sentrale poler ved lovendringen i skjæringspunktet mellom kontroll og marked i reproduksjonsfeltet. Den første omhandler kvinnes reproduktive valg og vurderinger for å oppfylle barneønsket. Den andre omhandler kvinnes tilgang til hvilke metoder som kan benyttes for å oppfylle dette ønsket. Foucaults maktperspektiver bidrar til å se lovendringen i et kontrollperspektiv, mens feministiske perspektiver på privatisering og kommodifisering av kroppslig materiale i reproduksjonsfeltet ser lovendringen i et markedsperspektiv. Det er spesielt tre områder dette kommer til uttrykk blant kvinnene: privatisering i fertilitetssektoren, betydningen av slektskap og kvinners rettigheter.

Kvinnene forklarer hvordan valget om å gjennomføre behandlingen på privat fertilitetsklinikk var grunnet lang ventetid på offentlige klinikker, der tiden beskrives som den mest begrensende og utslagsgivende faktoren. Dersom offentlige klinikker ikke strekker seg til, kan etterspørselen føre til en økt privatisering i fertilitetssektoren, som endrer premissene for reproduksjon som kan bidra til å transformere fertilitetsbehandling mer som et forbruk. Betydningen av slektskap kommer til uttrykk i kvinnenens ønske om 'egne' biologiske barn. Biologisk tilknytning får samtidig verdi i hensynet om barnets beste, der biologisk tilknytning mellom barn og foreldre betegnes som viktige forutsetninger for å ivareta barnets beste. Basert på kvinnenens livssituasjon naturaliseres valget om å benytte assistert befruktning for å få egne barn, men for kvinnene handlet valget mer om å ha barn eller ikke ha barn - enn å ha barn med eller uten en partner. I en disiplinær kontekst kan dette fortelle hvordan utvidelsen av reproduksjonsfeltet bidrar til å legge mer ansvar på den enkelte kvinne, der kvinnen er mer overlatt til seg selv i valg og vurderinger knyttet til egen reproduksjon.

Forord

Mitt første møte med bioteknologi var andre året, bachelor i sosiologi. Etter en forelesning om transnasjonal surrogati ble jeg bergtatt av alle de komplekse spørsmålene bioteknologien åpnet for. Å studere den nylige lovgivningen om assistert befruktning til enslige, har gitt en dypere forståelse for bioteknologi i samspill med kvinners reproduktive rettigheter. Tusen takk, Ingvill, for at du med stort engasjement introduserte meg for dette komplekse og lærerike feltet.

Tusen takk til alle informantene for deres kloke og reflekterte innspill. Det har vært en fryd å få innsikt i deres hektiske familiehverdag. Dere er inspirerende!

Til Katja Franko – Du har bidratt med mye støtte, innspill, motivasjon og oppmuntring da jeg trengte det mest. Tusen takk for at du har vist en genuin interesse for oppgaven.

En stor takk til Domus-kløveren – Margrethe, Tomine og Rameen, for mange faglige og enda flere ufaglige samtaler. Vi har gått fra latter til gråt nesten hver dag, og jeg ville aldri vært foruten.

En spesiell takk til nære venner og familie.

Dere har alle bidratt til å plukke meg opp på tunge dager, og det setter jeg en enorm stor pris på.

Oslo, 5. April 2023

Charlotte Marie Baquilo Bredesen

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Problemformulering	4
1.2	Oppgavens struktur	6
2	BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING	7
2.1	Biopolitikk i Norge	7
2.1.1	Bioteknologi i norsk reproduksjon	8
2.2	Spørsmålet om likestilling i bioteknologi	10
2.2.1	Eggdonasjon og sæddonasjon.....	10
2.3.2	Morskap og farskap.....	11
2.3	Bioteknologiloven.....	12
2.3.1	En biopolitisk debatt.....	14
2.3.2	En kvinnes rett til familieliv og barnets rett til å bli ivaretatt.....	15
2.4	Tidligere forskning.....	17
2.4.1	Hvem får assistert befruktning i Norge?.....	18
2.4.2	Transnasjonale prokreative praksiser	19
2.4.3	Alternative morskapsidealer	21
3	TEORETISK RAMMEVERK.....	24
3.1	Biomakt og biopolitikk	24
3.1.1	Seksualitetens historie 1: Vilje til viten	25
3.1.2	Anatomisk makt – disiplinering mot kroppen	25
3.1.3	Biologisk makt – biologiske prosesser	26
3.1.4	Governmentality – styring gjennom frihet	28
3.1.5	Feministisk kritikk av Foucaults begreper.....	29
3.2	Feministiske perspektiver på reproduksjon.....	30
3.2.1	En kvinnes frihet over egen reproduksjon	30
3.2.2	Kapitalisering i reproduksjonsfeltet.....	32
4	METODE.....	36
4.1	Kvalitative intervjuer	37

4.1.1	Utvalg: Enslige kvinner med et ønske om barn.....	38
4.1.2	Størrelse på utvalg og hvem kan representere de ulike gruppene	40
4.2	Intervjuguide	41
4.3	Datainnsamling og databehandling	43
4.3.1	Gjennomførelsen av intervjuene.....	43
4.3.2	Transkribering og koding	44
4.4	Forskningsetikk	45
4.4.1	Forskerrollen.....	46
4.5	Andre kilder: offentlige dokumenter.....	47
4.6	Analysestrategi.....	48
5	ANALYSE.....	49
5.1	MARKED	50
5.1.1	Valget om barn	51
5.1.2	Barn som en økonomisk investering	55
5.1.3	Sæddonasjon	59
5.2	KONTROLL	62
5.2.1	Egnethetsvurderingen	64
5.2.2	Barneomsorgsattesten	67
5.2.3	Barnets beste	71
6	SPILLET MELLOM FRIHET OG SIKKERHET	74
6.1	En kvinnes valg - trang til å ha barn	74
6.2	Forbrukere i reproduksjonsfeltet	76
6.3	Disiplinering på tvers av aktører	78
6.4	Barnet som eget individ og subjekt	79
7	AVSLUTNING.....	81
	LITTERATURLISTE	84
	VEDLEGG	91

1 Introduksjon

I en fullsatt stortingsaal den 8. juni 2020 vedtok Stortinget historiske endringer i bioteknologiloven (NTB & Røset, 2020). Et av spørsmålene politikerne måtte ta stilling til var om staten skulle legge til rette for at barn skulle vokse opp med kun én forelder (Norheim og Gråbøl-Undersrud, 2020b). Kjønnsforskeren Kristin Førde kommenterte:

Et argument i dag er at det ikke er en menneskerett å få barn. Spørsmålet om assistert befruktning drar opp en ganske kompleks diskusjon om hva som er best for barn, og om man burde ha kjennskap til slektskap [...]. (Martinčič, 2020)

‘Bioteknologi-thrilleren’ ble en betent og splittende sak på tvers av partilinjene (Humberset, 2021). I saken oppstod det uenigheter rundt spørsmålet om enslige kvinner kan oppdra barn i trygge og sikre rammer med hensynet til barnets beste¹. Thrilleren omtales som et radikalt skifte med Arbeiderpartiet (AP), Fremskrittspartiet (Frp) og Sosialistisk Venstreparti (SV) i front. Daværende helseminister og Høyre-nestleder Bent Høie mente utfallet ville være umulig å spå, da flere representanter fra flere partier var i ferd med å gå imot egne partier for å stemme etter egen samvittighet (Johnsen et al., 2020; NTB og Røset, 2020). Representanter fra Kristelig Folkeparti (Krf) forsøkte lenge å overtale Frp-representanter som var uenige i lovendringene. Krf, med støtte fra Venstre, Høyre og Senterpartiet argumenterte for at lovforslaget ville innebære at staten delaktig bidrar til å sette barn som vokser opp med kun én forelder i en sårbar posisjon (Humberset, 2021).

Etter utallige timer med diskusjon på Stortinget ble det endelig klart: FrP, Ap og SV fikk gjennom sitt forslag om lovendring (Martinčič, 2020). Et stortingsflertall på 89 mot 80 representanter stemte for å tilby assistert befruktning til enslige kvinner. Krf tapte sin største verdisak, og flere politikere brøt med egne partier (Martinčič, 2020). I lys av lovendringen fortalte daværende barne- og familieminister Kjell Ropstad: ‘Krf’s mål har vært å sikre en lov som ikke skaper et sorteringssamfunn, og en lov som sikrer barns rettigheter. Slik loven nå ligger, så har vi ikke klart det’ (Ahmer, Ertesvåg & Hattrem, 2020).

Etter 17 år har Norge innført en ny lov for regulering av bioteknologi i reproduksjon, men bioteknologiloven er ikke kun et politisk spill. Den rommer komplekse og eksistensielle

¹ Hensynet om barnets beste forstås som et grunnleggende prinsipp i politiske og juridiske saker som berører barn (Haugli, 2020, s. 96).

spørsmål om liv og likestilling (Martinčič, 2020). En lov som på den ene siden regulerer det mest private, og på den andre siden tar stilling til store prinsipielle spørsmål om liv, rettigheter og behov (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020b). Kjønnsforskeren Kristin Førde peker på den nye bioteknologiloven (2020) som mer liberal og feministisk enn tidligere, og belyser hvordan reproduksjon på markedet i Norge vil være regulert med begrensede goder (Martinčič, 2020). Etter lovgivningen har det vært en økning enslige kvinner som har søkt om assistert befruktning ved norske (offentlige og private) fertilitetsklinikker. Terje Sjørdal, medisinsk direktør i Medicus² fortalte: ‘Vi visste at det var noen, men at det blei såpass trøkk på single jenter som ville ha barn, det var jeg ikke klar over’ (Lilleeng, 2022).

Ved Oslo universitetssykehus i 2020 hadde reproduksjonsmedisinsk avdeling en ventetid på ti måneder for par som ønsket assistert befruktning (Skogstrøm, 2020). Avdelingsleder ved sykehuset, Péter Fedorcsák, fortalte at de enslige kvinnene ble satt på lik venteliste med par, og at den lange ventetiden mest sannsynlig ville gå ned med tiden. Han påpekte at de måtte avvente rekrutteringen av flere norske sædgivere (Skogstrøm, 2020). Ved spørsmål om hvorfor de ikke valgte å benytte utenlandske sædgivere for å begrense ventetiden, svarte han: ‘Det er ingenting som hindrer oss i det, men vi ønsker å opprettholde den norske sæddonasjonen. Mange pasienter ønsker behandling fra norske givere og hvert land har en viss plikt til å rekruttere egne sædgivere’ (Skogstrøm, 2020). Ifølge overlege, Øyvind Nyttun, fantes det kapasitet for å tilby behandling for enslige kvinner, men at seksjonen var avhengig av å fylle opp ressurser først, slik at mangelen på donorer ikke skulle gå ut over de andre pasientgruppene (Skogstrøm, 2020).

Tall fra 2022 viste at enslige kvinner utgjorde mellom halvparten og opptil 70 prosent av de som mottok assistert befruktning med donorsæd i norske private klinikker (Lilleeng, 2022). Styreleder i organisasjonen Ønskebarn, Lise Boeck Jakobsen, som selv er solomor og mottok assistert befruktning i Danmark, fortalte at de mottok flere henvendelser fra enslige kvinner som belyste kapasitetsutfordringer ved offentlige sykehus. Styrelederen, Lise Boeck Jacobsen, fortalte følgende:

Det er synd at folk må vente lenge når de er i behandlingsmodus, og vi håper at de ikke blir nødt til å gå til private klinikker for å få et behandlingstilbud innen rimelig tid. Det har ikke alle råd til. (Skogstrøm, 2020)

² En av syv private fertilitetsklinikker som tilbyr assistert befruktning med donorsæd til enslige kvinner i Norge (Helsedirektoratet, 2019).

Gynekolog, Liv Bente Romunstad, ved Spiren fertilitetsklinikk³ uttrykte at kvinnene som tok kontakt med klinikken var ressurssterke og reflekterte damer, som har tatt godt gjennomtenkte valg om å bli *solomødre*. Videre fortalte hun: ‘De har sørget for å ha et solid nettverk med familie og venner og har lagt backup-planer. Inntrykket er at de har lagt livet sitt vel til rette for å ha omsorgen for et barn alene’ (Skogstrøm, 2020). En av de første enslige kvinnene som mottok behandling på St. Olavs hospital, uttrykte hvordan lovendringen var en bekreftelse:

Jeg hadde nok dratt til Danmark hvis det ikke hadde blitt lov her. Men det var noe med å føle at ‘nå gjør jeg noe ulovlig. Nå er jeg akseptert, nå vil barnet mitt bli akseptert’. Det ble stuereint på en helt annen måte. (Lilleeng, 2022)

Et av argumentene for å innføre tilbudet om assistert befruktning i Norge, var at assistert befruktning var en etterlengtet gode blant enslige kvinner. Denne gruppen bestod av kvinner som nærmet seg slutten av sin fruktbare alder uten en mann å få barn med (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Før lovgivningen i Norge var assistert befruktning tillat i de andre nordiske landene, samt flere land i Europa (Meld. St. 39 (2016-2017)). Mange nordmenn, inkludert enslige kvinner, reiste til utlandet for å gjennomgå fertilitetsbehandling som ikke var lov i Norge. Før lovendringen var det derfor et økende antall enslige kvinner som reiste til utlandet for å innfri ønsket om barn. En *reproduksjonsturisme*, som handlet om å benytte seg av reproduksjonsteknologier i andre land grunnet juridiske begrensninger (Jadva et al., 2009, s. 175; Stuvøy, 2016).

Grunnet manglende tilbud i Norge, kan lovgivningen anses som et resultat av et økende trykk blant enslige kvinner som reiste til utlandet. I kjønns- og samfunnsforskning har denne pasientgruppen fått betegnelsen *choice mothers*, som kan oversettes på norsk til *ønskemødre*⁴ (Bjerklund, 2019). Begrepet beskriver kvinner som aktivt går inn for å få et barn alene grunnet et ønske om barn. Denne gruppen kan skille seg fra andre pasientgrupper, som søker om assistert befruktning grunnet medisinske årsaker og tilstand som hovedårsak (Bjerklund, 2019; Skei & Mon, 2020). Enslige kvinner og likekjønnede par beskrives som ufrivillig barnløse med ikke-medisinske årsaker (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Spilker (2008) belyser derfor

³ En av syv private fertilitetsklinikker som tilbyr assistert befruktning med donorsæd til enslige kvinner i Norge (Helsedirektoratet, 2019).

⁴ Gruppen enslige kvinner er omtalt med flere begreper. Bjerklund (2019) presenterer «single mothers by choice (selvvalgte enslige mødre) og «choice mothers» (ønskemødre). I annen forskning og i den offentlige sfære benyttes ofte betegnelsen «solo mothers» (solomødre) (Bjerklund, 2021; Jadva et al., 2009). I denne oppgaven er det valgt å benytte ønskemødre (choice mothers), både for å holde det konsekvent og presiseringen av informantenes ønske om barn.

at verken fertilitet eller infertilitet lenger anses som en skjebne, men heller som et resultat av menneskelige valg og beslutninger.

I tråd med lovgivningen er det dukket opp mange spørsmål til hvorfor enslige kvinner *skal* eller *ikke skal* få tilgang til tilbudet om assistert befruktning ved norske fertilitetsklinikker. Spørsmål omkring hensynet til barnets beste, betydningen av biologisk tilknytning og kvinners rettigheter har vært sentrale emner i debatten. Temaene kan bidra til å fortelle noe om hvilke verdier som verdsettes i dannelsen av bioteknologiloven. En inngang for å få en større forståelse for tilgangen til nye reproduksjonsteknologier, er med ønskemødre som selv har benyttet seg av tilbudet. Prosjektet er basert på syv dybdeintervjuer med enslige kvinner som har mottatt assistert befruktning i Norge etter 1. juli 2020. På bakgrunn av kvinnes reproduktive praksiser i form av muligheter og begrensninger, skal prosjektet fokusere på enslige kvinners inngang i det norske reproduksjonsfeltet – i en kontekst av kontroll og marked.

1.1 Problemformulering

I lys av problemstillingene knyttet til assistert befruktning for enslige kvinner, består problemformuleringen av én hovedproblemstilling og én underproblemstilling:

Hovedproblemstilling:

Hva er enslige kvinners erfaringer, forståelser og oppfatninger rundt lovgivningen av tilbudet om assistert befruktning i Norge?

Underproblemstilling:

Hvordan kan den lovpålagte egnethetsvurderingen bidra til å produsere, skape og legitimere nye idealer for morskap?

I et forsøk på å snevre inn problemformuleringen skal den hovedsakelig fokusere på lovendringen om assistert befruktning til enslige kvinner ved godkjente virksomheter i Norge fra 1. juli 2020, jf. Bioteknologiloven (2020) §§ 2-3, 2-19. Godkjente virksomheter omfatter både offentlige og private fertilitetsklinikker (Helsedirektoratet, 2019). Informantene i prosjektet har mottatt assistert befruktning med sæddonasjon ved private fertilitetsklinikker i Norge. Assistert befruktning forstås som inseminasjon og befruktning utenfor kroppen, der befruktning utenfor kroppen benyttes dersom kvinnen er befruktningsudyktig jf. Bioteknologiloven §§ 2-1, 2-4. Enslige kvinner regnes som enslige dersom de bor alene, der

kvinnene i informantgruppen kan kategoriseres i denne pasientgruppen, jf. Bioteknologiloven § 2-2.

Underproblemstillingen peker på informantenes (enslige kvinners) erfaringer med egnethetsvurderingen. Avgjørelsen om behandling foretas av en lege, på bakgrunn av en overordnet egnethetsvurdering. Vurderingen bygger på medisinske og psykososiale vurderinger av søkere om assistert befruktning, jf. Bioteknologiloven § 2-6. Et nytt moment ved egnethetsvurderingen er at alle søkere må framlegge en barneomsorgsattest⁵, jf. Bioteknologiloven § 2-6 og politiregisterloven (2010) § 39 første ledd. Andre lovendringer jeg vil gjøre rede for underveis i prosjektet er: oppbevaring av ubefruktede egg, foreldrenes opplysningsplikt og barnets rett til opplysninger om donor, jf. Bioteknologiloven §§§ 2-16, 2-15 og 2-7.

Begrepsavklaring

I løpet av prosjektet vil jeg benytte ‘assistert befruktning’ gjennomgående i besvarelsen, og vil dermed presisere begrepets forståelse i bioteknologiloven. Assistert befruktning omfatter prøverørsbehandling (IVF) og insemineringsbehandling (Bioteknologirådet, u.å.). Prøverørsbehandling (IVF) - ‘befruktning utenfor kroppen’ betegner å hente ut egg fra kvinnens eggstokker, der befruktningen med donorsperm forløper i et prøverør (Romundstad, 2022). Etter to til fem dager plasseres det befruktede egget tilbake i kvinnens livmor. En annen metode for prøverørsbehandling er mikroinjeksjon (ICSI), der én sædcelle injiseres i et ubefruktet egg, i motsetning til annen prøverørsbehandling med langt flere sædceller (Romundstad, 2022). Ved insemineringsbehandling (AID) føres spermdonasjon direkte inn i kvinnens livmor ved eggløsning (Romundstad, 2022). Forskjellene på behandlingsformene vil ikke ha stor betydning i besvarelsen, men forteller hvilke behandlingsformer enslige kvinner kan få tilbud om. Behandlingsformen (assistert befruktning) er et offentlige helsetilbud til ufrivillig barnløse med medisinske og ikke-medisinske årsaker, der enslige kvinner inngår i den sistnevnte gruppen. Behandlingen kan gjennomføres på gifte og samboende par i «ekteskapslignende» forhold, samt enslige kvinner (Innst. 296 L (2019-2020)). Den øvrige grensen for en kvinne å motta assistert befruktning er 46 år (Bioteknologirådet, u.å.).

⁵Barneomsorgsattest er en politiattest for alle individer som skal ha omsorg eller oppgaver knyttet til barn (Helsedirektoratet, 2022a).

1.2 Oppgavens struktur

Kapittel 2 belyser sentrale områder ved bioteknologi i reproduksjon for å danne en bakgrunn for prosjektet. **2.1** gir innblikk i den økte politiseringen av befolkningens reproduksjon. **2.2** omfatter sentrale områder ved biopolitikk i Norge, og bioteknologiens rolle i reproduksjon. **2.3** handler om bioteknologiens betydning for likestilling med spørsmål om biologisk tilknytning knyttet til foreldreskap og donasjon. **2.4** viser en oversikt over endringene i bioteknologiloven. Videre innblikk i den biopolitiske debatten i forkant av lovendringen, samt en redegjørelse for rettslige spørsmål og dilemmaer knyttet til kvinners rettigheter og hensynet om barnets beste. **2.5** er om tidligere forskning på reproduktive praksiser i Norge og internasjonalt.

Kapittel 3 består av det teoretiske rammeverket for prosjektet. **3.1** belyser biomakt og biopolitikk, og dens utforming i anatomisk og biologisk maktform. **3.2** viser til utvalgte feministiske perspektiver på reproduksjon, knyttet til kvinners valgfrihet over egen reproduksjon, samt ulike former for kapitalisering i reproduksjonsfeltet. **Kapittel 4** er om det metodiske rammeverket. Kapitlet legger grunnlaget for utformingen av prosjektet med refleksjoner rundt metodevalg, utvalg, gjennomførelsen og forskerrollen.

Kapittel 5 presenterer funn i to delkapitler: marked og kontroll. **5.1 Marked** belyser informantenes valg og vurderinger i prosessen for å innfri ønsket om barn gjennom assistert befruktning. Her tematiseres valget om barn, barn som økonomisk investering og sæddonasjon. **5.2 Kontroll** peker på den statlige kontrollen i kvinnenenes tilnærming til assistert befruktning i temaene: egnethetsvurdering, barneomsorgsattest og barnets beste. **Kapittel 6** omfatter en diskusjon med hovedfunnene fra analysen. Den ser på delkapitlene som to motpoler, et spill mellom frihet og sikkerhet. **Kapittel 7** er om konklusjon og videre forskning.

2 Bakgrunn og tidligere forskning

Lovendringen om assistert befruktning til enslige kvinner åpner for nye spørsmål rundt betydningen av reguleringer i reproduksjon (Hammerslev & Madsen, 2013). Den kan anses som en modernisering av nye familiekonstellasjoner, flere reproduktive muligheter og en katalysator for et mer likestilt samfunn (Bjerklund, 2019, 2021; Myskja, 2016; Stuvøy et al., 2021). Samtidig kan den være et resultat av flere underliggende faktorer: en pronatalistisk familiepolitikk, en transnasjonal reproduksjonsturisme, økt etterspørsel etter prokreative løsninger og et behov for kontroll innenfor norske rammer (Ellingsæter, 2005; Stuvøy, 2016). Feltet for bioteknologi i norsk reproduksjon er stort, kompleks og tverrfaglig. Flere samfunnsvitenskapelige retninger har diskutert effekten og betydningen av reproduksjonsteknologier. Feltet rommer blant annet bioteknologiens betydning i forestillinger om slektskap, foreldreskap, samt forståelser av kropp, kjønn og identitet (Kristensen, Ravn & Sørensen, 2016, s. 39).

Begrunnelsen for valg av bakgrunn og tidligere forskning er tatt i kontekst av den politiske og juridiske debatten rundt de nye endringene i bioteknologiloven. Kapitlet vil fordype seg i temaene: politisering av norsk reproduksjon, betydningen av slektskap, barns rett til familie og omsorg, forestillinger om foreldreskap og reproduksjonsmarked. Den skal fortelle om den historiske oppbygningen av bioteknologi i norsk reproduksjon. Samtidig hvordan norsk familiepolitikk har endret seg i takt med nye reproduksjonsteknologier. Deretter om transnasjonal reproduksjonsturisme, for å diskutere hvordan endringene i norsk bioteknologi kan forstås i en internasjonal sammenheng. Til slutt vise til relevant forskning på ønskemødre i Norge og internasjonalt.

2.1 Biopolitikk i Norge

I 2022 ble det målt rekordlav fruktbarhet med et samlet fruktbarhetstall (SFT)⁶ på 1,41 per kvinne, som hittil er det laveste fruktbarhetstallet målt i Norge (Krokedal, 2023). I sin nyttårstale fra 2019, uttrykte daværende statsminister, Erna Solberg, om behovet for å øke befolkningstallet og antall barnefødsler per kvinne (Tahseen, 2019). Behovet er fremstilt som en løsning for velferdsstatens kommende utfordringer, derav manglende arbeidskapasitet i

⁶ SFT – Samlet fruktbarhetstall beskriver et gjennomsnittstall på hvor mange barn per kvinne kommer til å få i løpet av sin fødedyktige periode (15-49 år). Den gir indikasjoner på kommende fruktbarhetstrender blant norske kvinner (Krokedal, 2023).

helsesektoren grunnet store generasjonsforskjeller (Ellingsæter, 2012; Tahseen, 2019). Det økende fokuset på befolkningens reproduksjon kan vise tendenser til en pronatalistisk politikk (Ellingsæter, 2012).

Moi (2004) mener det eksisterer et press på kvinner om å få barn i den offentlig sfære, noe hun betegner som *moderskapsmaset*. Hun hevder at maset overbeviser kvinner som tar valget om å *ikke* ha barn til å tro at de lever meningsløse liv (Moi, 2001, 2004). Dette åpner for å stille kritiske spørsmål om kvinner i vår samtid har frihet til å velge, spesielt med stadig nye reproduksjonsteknologier som muliggjør barneønsket for kvinner med infertilitet. Den representerer en ideologi om at det å være en kvinne – er å være en *mor*. Her kan det underligge en pronatalistisk ideologi: en offentlig politisk retorikk som oppmuntrer kvinner til å føde barn (Ellingsæter, 2012).

Endringene i bioteknologiloven kan anses som et av tiltakene i det store spekteret av en norsk helse- og familiepolitikk, som støtter befolkningen i valget om barn. Et velferdsgode som tillater hver enkelt kvinne å innfri ønsket og valget om å ha barn (Kristensen et al., 2016, s. 19). Norsk familiepolitikk er bygget opp av velferdsordninger som tilrettelegger for småbarnsfamilier, der den heteronormative to-inntektsmodellen kan fungere som et ideal, med ordninger som fedrekvoten i foreldrepermisjonsordninger (Kristensen et al., 2016; Myskja, 2016). Denne type familiepolitikk kan regnes som en *toinntektsnorm*, med statlige ordninger som legger til rette for en kombinasjon av arbeids- og familieliv (Brandth & Kvande, 2013). Slike politiske agendaer for å øke menns involvering i omsorgs- og familielivet, bidrar til å tilrettelegge for kvinners lønnsarbeid. Dermed kan det norske velferdssystemet være preget av et ideal om likestilling og *kvinnevennlighet* (Hernes 1987, som nevnt i Sørensen, 2016, s. 51). Dette gir et bilde på hvordan norsk familiepolitikk legger til rette for en toinntektshushold, der politiske ordninger som fedrekvoter og foreldrepermisjon bidrar til å legge til rette for en kombinasjon av arbeid- og familieliv (Brandth & Kvande, 2013).

2.1.1 Bioteknologi i norsk reproduksjon

I Norge har bioteknologi lenge vært et tverrfaglig forskningsfelt, men definisjonen *bioteknologi* rommer flere områder. Bioteknologi i henhold til Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019-2028 defineres som en muliggjørende teknologi som i samspill med andre fag og teknologier skal bidra til å øke innovasjon og møte samfunnsutfordringer (Meld. St. 4 (2018-2019)).

I Kunnskapsdepartementets rapport 'Nasjonal strategi for bioteknologi – For framtidens verdiskaping, helse og miljø' (2011-2020) ser de på fire tematiske innsatsområder der bioteknologien kan bidra til å møte på samfunnsutfordringer. Et av temaene er helse, helsetjenester og helserelevante næringer (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 12). Denne regnes som best utviklet både faglig og strukturelt av de fire satsingsområdene, og er den mest prioriterte offentlige innsatsen ved universiteter, høyskoler og helseforetak i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 12). Likevel har behovet for økt kunnskap på dette området vært knyttet usikkerhet for mulige helse- og miljøskader, konflikter med etiske normer eller andre uforutsette sosiale konsekvenser. Strategien peker på viktigheten av en grunnleggende debatt om hvilke typer bioteknologi som er ønskelig for samfunnet, spesifikt for enkeltgrupper. Det store spørsmålet blir dermed hvilken risiko og usikkerhet, eventuelt nytte, som knyttes opp mot det å anvende alternativ teknologi eller ikke anvende det. Her trekkes det fram faktorer der samfunnsdialog, verdivalg og definering av nye kunnskapsbehov som faktorer, for å forstå og forvalte bioteknologiens rolle i samfunnet (Kunnskapsdepartementet, 2011, s. 35).

IVF (*in vitro fertilisering*) – også omtalt som *prøveørsbehandling* ble først benyttet i England i 1978, som resulterte til den første babyen i verden som ble unnfanget ved assistert befruktning (Spilker og Lie, 2016, s. 179). Noen år senere ble den første babyen i Norge - *prøveørsbarnet* født i 1984 (Melhuus, 2012, s. 2, referert i Spilker og Lie, 2016, s. 179). Loven om kunstig befruktning ble først vedtatt i Norge i 1987 (Melhuus, 2016, s. 65). Assistert befruktning har gått fra å være 'et kunstig inngrep', til å bli omtalt som en naturlig måte å behandle en unaturlig tilstand – ufrivillig barnløshet (Melhuus, 2016, s. 65). Debatten om assistert befruktning i Norge har vært basert på tre poler: troen på likestilling, ny teknologi og velferdsstaten (Spilker og Lie, 2016, s. 180). Praksisen omkring assistert befruktning har utviklet seg fra å være en polariserende og komplisert behandling, til å bli en normalisert praksis for individer som ønsker å bli foreldre (Spilker og Lie, 2016, s. 179). Men veien dit har vært preget av mange etiske dilemmaer omkring teknologiens betydning i reproduksjon. I reproduksjonsfeltet har Norge tidligere hatt en av de mest restriktive lovgivningene sammenlignet med andre land, der begrepet *sorteringssamfunn* har vært mye omtalt (Spilker og Lie, 2016, s. 184). For eksempel har Kristelig folkeparti (KrF), med bioetikk som sin største kampsak, benyttet begrepene: *menneskeverdet* og *sorteringssamfunn* i reguleringene i bioteknologiloven (Melhuus, 2005, 2012, referert i Spilker og Lie, 2016, s. 184).

Myskja (2016) presenterer en analyse om utviklingen av assistert befruktning i Norge de siste tretti årene. I den første loven om kunstig befruktning (1887) var behandlingen forbeholdt gifte kvinner med samtykke fra kvinnen og ektefellen. Assistert befruktning og sæddonasjon kunne først ikke kombineres, men i 1987 tok loven en mer liberal retning, som godkjente bruken av assistert befruktning og sæddonasjon samtidig (Myskja, 2016). I denne perioden var assistert befruktning forbeholdt gifte og samboende par i 'ekteskapslignende forhold'.

Videre åpnet endringer i ekteskapsloven opp for å gi tilbud om assistert befruktning til likekjønnede lesbiske par (Myskja, 2016). Dette forstås som en ny retning i fertilitetsbehandlingen, da det gis tilbud om å innfri ønsket om barn til grupper som ikke har en ufrivillig barnløshet grunnet medisinsk tilstand. På 80-tallet tar reproduksjonsteknologier en større plass i den internasjonale sfære, som fører til at flere oppsøker fertilitetsbehandling i utlandet. Myskja (2016) trekker linjer fra den biopolitiske debatten på 80-tallet fram til i dag, der hun indikerer at debatten rommer de samme temaene: den enkeltes rett til å bestemme over eget liv og egen reproduksjon. Reproduksjonsteknologiene utvikler seg mer og mer til et menneskelig produkt, med større kontroll over reproduksjonen (Myskja, 2016). Myskja (2016) hevder dermed at menneskenes verdier og nye reproduksjonsteknologier parallelt bidrar til reproduksjonsteknologiens utvikling i det norske samfunnet.

Melhuus (2001, s. 47) forteller om assistert befruktning som en del av *det prokreative universet*. Dette betegner praksiser og forestillinger om menneskelig forplantning, som parallelt finnes lokalt og globalt. Hun forklarer hvordan dette universet består av teknologiens utøvere, som omhandler leger, sykepleiere og ingeniører – aktører som muliggjør behandlingen. Sentrale brikker som byråkrater og politikere er avgjørende for hvilke metoder som innføres i Norge. Videre består dette universet seg av flere frivillige organisasjoner, utvalg og råd (Melhuus, 2001, s. 47). Noen eksempler på relevante organisasjoner i Norge er Ønskebarn – Interesseorganisasjon for Ufrivillig Barnløse og FEMA – Frivillig Enslige Mødre ved Assistert befruktning.

2.2 Spørsmålet om likestilling i bioteknologi

2.2.1 Eggdonasjon og sæddonasjon

Debatten om sæddonasjon og eggdonasjon har lenge vært et spørsmål om likestilling. I Norge ble sæddonasjon først et systematisert tilbud gjennom offentlige sykehus på 1970-tallet (Petersen, 2021). I den nye bioteknologiloven (2020) er det tillat å donere eggdonasjon til par

som søker om assistert befruktning, men det er fortsatt forbudt for dobbeldonasjon og embryodonasjon (Risa, 2020).

Innenfor assistert befruktning har eggdonasjon vært et langt mer kontroversielt spørsmål enn sæddonasjon (Spilker og Lie, 2016, s. 179). Dette er grunnet ideen om ‘det biologiske prinsipp’, som handler om at donorbarnet skal ha biologisk tilknytning til enten mor eller far. Da den første loven om medisinsk bruk i bioteknologi ble innført, var det et absolutt forbud mot eggdonasjon (Spilker og Lie, 2016, s. 184). Derimot i 1994 ble det innført flere lovregler om bruk av medisin i bioteknologi, der eggdonasjon kunne benyttes på et særlig medisinsk grunnlag (Spilker og Lie, 2016, s. 184). I takt med utviklingen innen genetik og reprodutiv medisin har det blitt et økende fokus på genetisk arv (Spilker, 2008). I et kjønnsperspektiv har den norske debatten om eggdonasjon handlet om ulike forestillinger og idealer om kjønn og likestilling (Spilker og Lie, 2016, s. 179). Spilker og Lie (2016) har analysert den politiske debatten og reguleringen av sæddonasjon og eggdonasjon.

2.3.2 Morskap og farskap

Spilker og Lie (2016, s. 192) betegner kjønnslikestilling som et viktig premiss innenfor den biopolitiske debatten. Til tross for at dette prosjektet undersøker nye idealer for morskap, forteller lovgivningen mye om verdien av et farskap. I sosialantropologien har flere forskere kastet lys på verdien av slektskap i Norge, spesifikt knyttet til adopsjon og nye reproduksjonsteknologier (Melhuus, 2001; Smedal, 2000; Spilker, 2008). Her spiller verdien om biologisk slektskap en stor rolle for diskursen av hva et foreldreskap er.

Smedal (2000) fremstiller hvordan slektskap ikke lenger kun håndteres i skillet mellom sosialt og biologisk slektskap, men også innen ulike former for biologisk slektskap. For et moderskap vil en kvinne som donerer bort et egg, bli en genetisk mor, omtalt som *genetrix* (opphav til eggene). Kvinner som får inn det donerte egget, blir derimot en biologisk mor (føde-mor). Slik danner det to former for biologisk moderskap (Spilker, 2008, s. 52). Dette skillet mellom genetisk og biologisk mor kan skape en større usikkerhet i hva som kategoriseres som et ‘morskap’. Melhuus (2001, s. 45-46) poengterer dermed at flere former for morskap, i takt med nye reproduksjonsteknologier, kan danne et brudd i en tidligere oppfattet naturlig prosess som innebærer: befruktning, svangerskap og fødsel.

Det har pågått en omfattende diskusjon rundt den essensielle betydningen om et farskap. Alt fra spørsmålet om betydningen for at en far eksisterer i et barns liv, til funksjonelle faktorer som beskriver hvordan farsroller kan og bør fylles (Spilker, 2008, s. 2). I assistert befruktning med sæddonasjon blir verdien om et genetisk farskap satt på spill. Spilker (2008, s. 52) belyser hvordan det er en bred forestilling om hvordan mennesket er genetisk sammensatt, en *biologisme*, som betyr at biologien får en verdi i form av mening, retning og funksjon. Biologismen tar utgangspunkt i tanken om at egenskaper og handlinger forklares på bakgrunn av gener (Spilker, 2008, s. 52). Ved avskaffelsen av anonym sæddonasjon i 2005, fikk barn unnfanget med sæddonasjon rett til å vite om sitt biologiske opphav i en alder av 18 år (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). I den nye bioteknologiloven (2020) er det satt en grense på 15 år, slik at barn unnfanget med sæddonasjon har ved fylte 15 år rett på opplysninger om donorens identitet. Foreldre til donorbarn er samtidig pliktige til å opplyse barnet om donasjonen (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a).

Slik kan vi større grad forstå verdien og diskusjonen rundt det biologiske prinsipp, og hvordan den er med på å forme dannelsen av farskap ut fra sæddonasjon. Samtidig er det flere definisjoner av et farskap som kommer til uttrykk blant enslige kvinner som velger å få barn alene. Bjerklund (2019) undersøker hvordan enslige kvinner (ønskemødre)⁷ definerer barnets donorfar (sædgiver). Mødrene i undersøkelsen forteller at de definerer seg bort fra den tradisjonelle heteronormative kjernefamilien med mor-far-barn, da sædgiver ikke fungerer som en sosial far i hverdagen (Bjerklund, 2019). Dermed vurderer kvinnene det viktigere å utøve et sosialt farskap, enn rollen som biologisk far, samt barnets biologiske opphav (Bjerklund, 2019). Bjerklund (2019) belyser hvordan enslige mødre er posisjonert annerledes i forhold til sædgivernes rolle, enn i likekjønnede lesbiske par der det eksisterer en medmor. Enslige mødre vil dermed forsøke å passe inn i tradisjonelle familie- og slektskapsmønstre ved å fylle begge foreldrerollene, istedenfor å utfordre de (Bjerklund, 2019).

2.3 Bioteknologiloven

Statlige reguleringer er generelt synlige i områder som familieplanlegging, svangerskapsomsorg, barnehagetilbud og familiepolitikk (Kristensen et al., 2016, s. 19). Bioteknologiloven regulerer hva som er tillat og hvem som har tilgang til å benytte bioteknologi innen reproduksjon (Spilker og Lie, 2016, s. 179). Endringene tilbyr enslige kvinner assistert

⁷ Kvinnene betegnes som norske ønskemødre som gjennomgikk assistert befruktning i Danmark, før lovendringen i 2020 (Bjerklund, 2019).

befruktning i form av prøverørsbehandling eller sædinseminering, jf. Bioteknologiloven (2020) § 2-2. Dette tilsvarer enslige kvinner som bor alene, og kvinnene kan i utgangspunktet derfor være i et parforhold, men bo alene og fremdeles regnes som enslig. Grunnen til dette er for å danne et klart skille mellom par og enslige som søker om assistert befruktning, fordi det kreves samtykke fra den/de som søker om fertilitetsbehandling. Begrunnelsen er at involverte som søker om assistert befruktning (paret eller den enslige kvinnen) må gjennom en overordnet personlighetsvurdering (Innst. 296 L (2019-2020)).

Egnehetsvurderingen består av medisinske og psykososiale vurderinger som foretas av en lege. I vurderingen skal legen legge vekt på kvinnens (eller parets) omsorgsevne og hensynet til barnets beste (Innst. 296 L (2019-2020)). Dersom det er nødvendig med flere opplysninger om kvinnen, kan legen innhente relevant informasjon fra offentlige instanser. Ifølge bioteknologiloven § 2-6 fjerde ledd, kan denne informasjon omhandle kvinnens helse, økonomi og bolig. Hvis legen er i tvil om kvinnens omsorgsevne kan legen be om en vurdering fra Bufetat region øst (Enhet for adopsjon), jf. Bioteknologiloven § 2-6 fjerde ledd. Som en del av egnehetsvurderingen må enslige og par som søker om assistert befruktning framlegge barneomsorgsattest, jf. Bioteknologiloven § 2-6 annet ledd. Barneomsorgsattesten fungerer som en politiattest, og forteller om søkeren tidligere har blitt siktet eller dømt for kriminalitet. Noen eksempler er seksualforbrytelser, narkotikaforbrytelser og volds- og ranskriminalitet, jf. Politiregisterloven (2010) § 39 første ledd. Barneomsorgsattesten blir en del av den samlede egnehetsvurderingen legen gjør for å sikre at barnet vokser opp i trygge rammer.

Tidligere var det en femårsgrense for lagring av befruktete egg, men nå plikter virksomhetene å oppbevare befruktete egg til kvinnen er fylt 46 år (Innst. 296 L (2019-2020)). Først fikk enslige kvinner rett til å lagre ubefruktete egg dersom de skulle gjennomgå behandling som kunne skade befruktningsdyktigheten. I dag kan enslige kvinner med medisinske tilstander som kan føre til befruktningsudyktighet på sikt ha rett på å lagre ubefruktete egg, som heter fertilitetsbevarende behandling, jf. bioteknologiloven § 2-11 første ledd. I tillegg kan kvinner også lagre ubefruktete egg uten medisinsk grunn, men kvinnen er selv økonomisk ansvarlig for hele behandlingen, jf. Bioteknologiloven § 2-11 annet ledd⁸. Ved lagring av ubefruktete egg uten medisinsk indikasjon er det kun St. Olavs Hospital i Trondheim av offentlige klinikker,

⁸ Egenbetalingen begrunnes i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, der det står at lagring uten særskilt medisinsk begrunnelse ikke omfattes av retten til helsehjelp (Bioteknologirådet, u.å).

som tilbyr denne behandlingen. Den samme behandlingen tilbys ved åtte private virksomheter i Norge (Helsedirektoratet, 2022b).

I Bioteknologiloven (2020) er det en informasjonsplikt for kvinner eller par som får barn gjennom egg- eller sæddonasjon. Dette betyr at foreldrene har plikt til å informere barnet om sitt genetiske opphav, jf. Bioteknologiloven § 2-7 første ledd. Barnet har samtidig rett til å vite om donorens identitet fra fylte 15 år, som ble endret fra aldersgrensen 18 år. Den nye aldersgrensen gjelder for barn som er blitt til med donoregg eller donorsæd etter 1. januar 2021. En sædgiver kan ikke donere mer enn til seks familier, og har ingen juridiske eller økonomiske forpliktelser overfor barna. Donoren har ikke rett på opplysninger om barnets identitet, og dersom det skal være kontakt mellom donor og donorbarnet må barnet selv ta kontakt (Bioteknologirådet, u.å.). Eggdonasjon ble tillatt fra 1. januar 2021, men gjelder ikke for enslige kvinner, da det ikke er tillatt å bruke donoregg og donorsæd samtidig (*dobbeldonasjon*). Unntaket er at eggdonasjon kan gjennomføres mellom kvinner i likekjønnede par, jf. Bioteknologiloven § 2-15 fjerde ledd.

2.3.1 En biopolitisk debatt

I lys av lovendringen, fortalte Ole Frithjof Norheim og Elisabeth Gråbøl-Undersrud (2020b) i Bioteknologirådet: 'sier vi ja til at enslige kvinner får tilgang til assistert befruktning, sier vi også ja til at barn skal vokse opp uten far eller medmor'. Før lovendringen har den politiske debatten kastet lys på eventuelle utfordringer samfunnet kan stå ovenfor ved den teknologiske utviklingen innen reproduksjon. Ikke minst hvilke verdier som står sentralt i norsk familiepolitikk og reproduksjon ved tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner. I 2014 behandlet Bioteknologirådet spørsmålet om å tillate assistert befruktning for enslige grunnet den økte etterspørselen blant enslige kvinner. Flertallet i Bioteknologirådet sa derimot nei, med begrunnelsen om at barn som vokser opp med kun én omsorgsperson er i en mer utsatt posisjon, dersom mor er ute av stand til å ivareta omsorgen for barnet (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020b).

Et spørsmål med uenigheter på tvers av medlemmene, var hvorvidt det var viktig for et barn å ha bånd til en genetisk far (Norheim og Gråbøl-Undersrud, 2020b). Noen medlemmer i Bioteknologirådet la til grunn at det er et allmennmenneskelig behov, og at savnet fra en far kan ha stor innvirkning i et barns liv. Derimot la andre til grunn at mange i dag lever gode liv, til tross for at de vokser opp uten en far. Et argument som ble benyttet i Bioteknologirådet, var

at enslige kvinner bør få lik mulighet til å innfri ønsket om barn som likekjønnede lesbiske par med fravær av en genetisk far. Samtidig er det vesentlige forskjeller å vokse opp med én forelder i motsetning til to foreldre, slik at enslige kvinner kan anses å være i en annen posisjon enn likekjønnede par med to foreldre (medmor) (Bjerklund, 2019, 2021). Forskningslitteraturen viser at barn som vokser opp med enslige foreldre ikke gir utslag for en dårligere barndom enn andre barn (Norheim og Gråbøl-Undersrud, 2020b). Alle medlemmene i Bioteknologirådet var dermed enige om at det viktigste for barn er å ha foreldre som er glade i dem, og at barna er ønsket (Norheim og Gråbøl-Undersrud, 2020b).

2.3.2 En kvinnes rett til familieliv og barnets rett til å bli ivaretatt

Nye reproduksjonsteknologier bidrar til å utfordre etiske, normative og juridiske oppfatninger av sosiale institusjoner, som familie og slektskap (Hanssen, 2016). Rettslige spørsmål er ofte betinget av flere forhold, som gjør at vi i større grad forstår hvordan det har utviklet seg og hvilke prinsipper de springer ut fra (Bendiksen & Haugli, 2015; Hammerslev & Madsen, 2013). Melhuus (2009) belyser hvordan bioteknologiloven må sees i sammenheng med andre lover. I 2009 ble det for eksempel innført en felles ekteskapslov, slik at lesbiske par som var gift eller samboere fikk rett på assistert befruktning (Kristensen, 2016, s.19). For å forstå bioteknologilovens utvikling må vi anerkjenne forhold som skiftende familiekonstellasjoner, nye muligheter for assistert befruktning, rettslig anerkjennelse av likekjønnede samlivsforhold og nye teknologier som kan fastslå genetisk farskap (Bendiksen & Haugli, 2015, s. 75).

Innenfor bioteknologi og medisinsk behandling grenser menneskerettighetene for hvordan mennesker kan behandles (Meld. St 39 (2016-2017)). I Grunnloven § 102 har enhver rett til respekt for sitt privatliv som er særlig relevant ved genetisk informasjon og andre helseopplysninger (Meld. St 39 (2016-2017)). Statens myndigheter hevder det skal sikre vern om den personlige identitet. I tillegg er Norge rettslig forpliktet den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK), Konvensjonen om menneskerettigheter og biomedisin (biomedisinkonvensjonen) og FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen) (Meld. St 39 (2016-2017)). Myndighetenes handlinger eller unnlaterelser innenfor helseomsorgssektoren kan reise spørsmål om hvor lang statens plikt til å beskytte barn rekker (Meld. St 39 (2016-2017)).

Hensynet til *barnets beste* eksisterer som et gjennomsyrende argument i bioteknologiloven (2020), der tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner er basert på et prinsipp om at

barnets beste skal overgå kvinnens ønske om barn, jf. Bioteknologiloven § 2-6. Lokalt og internasjonalt er ideen om barnets beste godt forankret i barneretten, som et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser som berører barn (Haugli, 2020, s. 96). Ideen fungerer som ett av prinsippene i FNs barnekonvensjon, etterfulgt av forbudet mot diskriminering, barnets rett til liv og utvikling, og barnets rett til å bli hørt (Barne- og familiedepartementet, 2022; Haugli, 2020). En kritikk ved dette hensynet er at det ikke eksisterer en konkret definisjon i Barnekonvensjonen, som kan føre til å gi avgjørelser en legitimitet det ikke er bakgrunn for (Haugli, 2020, s. 56). Haugli (2020, s. 56) poengterer at hensynet om barnets beste kan overskygge andre hensyn, da den kan bidra til å legitimere politiske standpunkter og rettslige avgjørelser. Den kan inneha underliggende hensyn og gitte sannheter om barns behov, der forestillinger om barnets beste naturaliseres (Ellingsæter, 2005).

Innholdet i hensynet om barnas beste i politiske og juridiske sammenhenger kan dermed tas for gitt. Det som skiller hensynet om barnets beste i bioteknologiloven fra andre lovverk, er vurderingen om barns beste i kontekst av et hypotetisk fremtidig barn og dens oppvekst (Haugli, 2020, s. 72). Her dreier det seg om spørsmålet om det er for et barns beste å bli født eller ikke, slik at (hoved)kriteriumet for avgjørelse om behandling eller ikke må ta utgangspunkt i de potensielle foreldrene, og vurderingen av deres omsorgsevne (Haugli, 2020, s. 72). Hensynet er likevel først og fremst basert på en grunnleggende tanke om å ivareta respekten for barnets menneskeverd og integritet (Haugli, 2020, s. 57).

Et annet hensyn som har tatt stor plass i den biopolitiske debatten er ideen om *det biologiske prinsipp*. Med nye reproduksjonsteknologier bidrar sæd- og eggdonasjon til å utfordre det biologiske prinsipp og biologiens betydning (Hanssen, 2016). Den spiller inn på rettslige bånd mellom foreldre og barn, som bygger på oppfatningen om at barn bør vokse opp med biologiske foreldre (Hanssen, 2016). Barns rett til å kjenne sine foreldre og få omsorg av dem er nedfelt i barnekonvensjonen artikkel 7 (Bendiksen & Haugli, 2015, s. 75). Norge, i likhet med flere land, har tolket det slik at barn har rett til å kjenne sitt genetiske opphav (Bioteknologirådet, 2023). I den sammenheng er det innført en opplysningsplikt blant foreldre som får barn ved hjelp av donert ubefruktet egg eller donert sæd, der donorbarnet har rett til opplysninger om donors identitet ved fylte 15 år, jf. Bioteknologiloven §2-7. Dette ble endret fra bioteknologiloven (2003) § 2-7 som avskaffet anonym donasjon, der barn i Norge fikk rett til opplysninger om donor fra fylte 18 år (Stang, 2020, s. 182). Det biologiske prinsipp har samtidig fungert som et av argumentene for å forby surrogati og eggdonasjon til enslige kvinner, da det til hensyn for

barnet og moren ikke er ønsket å skape uklarhet rundt hvem som tilegnes rollen som biologisk mor (Stang, 2020, s. 182).

Barnekonvensjonen pålegger staten å aktivt beskytte og respektere forholdet mellom barn og foreldre. Men det er likevel ikke en entydig forklaring på hvem som skal regnes som forelder til et barn, eller hva en forelder er (Bendiksen & Haugli, 2015, s. 75). Inntil assistert befruktning ble regulert i Norge, fantes det ikke en lov som definerte hvem mor var (Melhuus, 2009). Moren var personen som fødte barnet, og etter hvert ble det vedtatt en lov i barneloven som presiserte dette, jf. Barneloven § 2 første ledd.

Kvinnen som føder barnet regnes som biologisk mor, selv om dette ikke stemmer overens med det genetiske, for eksempel om eggcellen er fra en annen kvinne (Bendiksen & Haugli, 2015, s. 76). Å antyde farskap på en entydig måte har vært vanskeligere å fastslå hvem som er mor til barnet (Bendiksen & Haugli, 2015, s. 75). I juridisk forstand er andre regelverk som navnelovgivning og samkjønnsekteskapsloven viktige i redegjørelsen av slektskap, der en sædgiver ikke kan dømmes til farskap, jf. Barneloven § 9. Bjerklund (2019) belyser at noen argumenterer for at en donor kan regnes som en far, da han er det biologiske opphavet til barnet (Bjerklund, 2021). Samtidig argumenterer andre for at en donor ikke kan defineres som far, da donoren ikke har kontakt med barnet, og dermed ikke ivaretar sosiale og juridiske forpliktelser (Bjerklund 2019).

2.4 Tidligere forskning

Grunnet den nylige lovgivningen om assistert befruktning til enslige kvinner fra juli 2020, eksisterer det lite forskning på dette konkrete feltet. Likevel kan det være hensiktsmessig å undersøke tendenser på hvem som har mottatt assistert behandling i Norge, siden den første loven om kunstig befruktning i 1887. For å danne en oversikt over omfanget av barn som unnfanges ved assistert befruktning, er det gjort et forsøk på å kartlegge hvem som mottar og får tilgang til denne behandlingen i Norge. I den sammenheng skal jeg presentere forskning og statistikk på hvem som har mottatt assistert befruktning de siste årene, før og etter lovendringen. Videre skal jeg inkludere forskning om reproduktive muligheter, derav offentlige debatter om surrogati og adopsjon. Til slutt skal jeg presentere forskning om *Ønskemødre* – kvinner som aktivt går inn for å få barn alene, fra Europa og USA. Dette vil bidra til å skape rammer for *hvem* fertilitetsbehandling har vært, og *er* tilgjengelig for i det norske reproduksjonsfeltet.

2.4.1 Hvem får assistert befruktning i Norge?

Hvert år mottar Helsedirektoratet rapporter om utførte fertilitetsbehandlinger fra norske virksomheter som tilbyr assistert befruktning, grunnet rapporteringsplikten som er vedtatt i bioteknologiloven (2020) § 7-2. Rapporten viser data på antall behandlinger ved godkjente virksomheter i Norge (Helsedirektoratet, 2020b). I 2020 var det naturligvis en sterk økning på antall behandlinger med donorsæd, grunnet lovendringen i juli 2020. Det året ble det født 463 barn gjennom assistert befruktning med donorsæd, som er det høyeste målte tallet fra assistert befruktning (donorsæd) (Helsedirektoratet, 2020b). Av barna var omtrent 83 % født med donorsæd fra sædbanker i Danmark, der de resterende 17 % av barna ble født med donorsæd fra norske sædbanker (Helsedirektoratet, 2020b). Tall fra de siste årene viser en økning i antall behandlinger med donorsæd fra perioden 2014-2017 sammenlignet med perioden 2018-2020. I perioden 2018-2020 er det samtidig en gradvis økning med donorbarn, hvor det ble født 305 barn i 2018, 327 barn i 2019 og 463 barn i 2020 (Helsedirektoratet, 2020b).

Sterke økninger i antall behandlinger med assistert befruktning er nært knyttet til flere lovendringer i bioteknologiloven (2020). Tallene viser en markant økning i 2009 med lovgivning av assistert befruktning til likekjønnede lesbiske par, og i 2020 med lovgivning om assistert befruktning til enslige kvinner (Helsedirektoratet, 2020b). Rapporten viser dog ikke hvor mange likekjønnede par eller enslige kvinner som får behandling hvert år (Helsedirektoratet, 2020b). Heller ikke hvor mange behandlinger kvinnen eller paret mottar før de har et vellykket forsøk som resulterer i barn. Derimot viser rapporten statistikk over antall lagrede ubefruktede egg, der lagring av ubefruktede egg uten medisinske grunner er en behandling pasienten selv er økonomisk ansvarlig for. Ut ifra statistikk var det 21 kvinner som lagret egg i 2020, og 174 kvinner som lagret egg i 2021 (Helsedirektoratet, 2020b).

I rapporten 'The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country' undersøker Goisis et al., (2020) sosiodemografiske fellestrekk blant par som mottar assistert befruktning i perioden 1985 til 2014. Den viser hvem som har fått barn ved hjelp av assistert befruktning, i form av prøverørsbehandling og sædinseminering på private og offentlige fertilitetsklinikker i Norge (Goisis et al., 2020). Tallene viser heterofile par som er gift eller samboer i 'ekteskapslignende' forhold fra 1985-2014, inkludert likekjønnede lesbiske par som fikk tilbud om assistert befruktning fra 2009 (Goisis, et al., 2020).

I undersøkelsen ser de på faktorer som alder, inntekt, utdanning og sivilstatus. Resultatene viste

at aldersprofilen for assistert befruktning tilhørte gruppen eldre kvinner. I inntektsprofilen har paret en større sannsynlighet for å tilhøre gruppen for høyere inntekt. Ved høyere utdanning hadde mødre en større sannsynlighet for å ta høyere utdanning. Parene hadde større sannsynlighet for å være gifte, til tross for at denne tendensen har gått nedover over tid. Helhetlig belyser rapporten at majoriteten familier som gjennomgår fertilitetsbehandling i Norge fra 1985 til 2014 tilhørte en høyere sosioøkonomisk status i samfunnet. Fellestrekkene for utvalget i analysen bestod av eldre, gifte par med god inntekt og høyere utdanning (Goisis, et al., 2020). Deres profil har samtidig vært uforandret i tidsperioden 1985-2014, som kan indikere en sosial reproduksjon, som tilsier at barn som fødes med assistert befruktning vokser opp i ressurssterke familier. Til tross for at behandlingen har vært en del av det offentlige helsevesenet, som prinsipielt alle skal ha lik tilgang til, har tendensen holdt seg siden den opprinnelige lovgivningen (Goisis et al., 2020).

2.4.2 Transnasjonale prokreative praksiser

Det prokreative universet omfatter alle muligheter individer kan ta for å innfri ønsket om barn (Melhuus, 2001, s. 47). Før lovendringen åpnet for å gi enslige kvinner tilgang på assistert befruktning i Norge, var denne behandlingen tilgjengelig i de andre nordiske landene etter at Sverige innførte tilbudet i 2016 (Meld. St. 39 (2016-2017)). Et argument for lovgivningen av assistert befruktning for enslige kvinner var å innfri en gode med stor etterspørsel blant enslige kvinner, på bakgrunn av en økning kvinner som reiste til utlandet for å oppfylle ønsket om egne barn (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a).

Dette har ført til en *reproduksjonsturisme og reproduksjonsmarked*, der enslige kvinner reiste til utlandet for å få behandling med assistert befruktning, grunnet manglende tilbud i Norge (Bjerklund, 2019; Jadvá et al., 2009, s. 175; Stuvøy, 2016). I perioden 2006-2010 ga Storklinikken i Danmark minst 1820 inseminasjonsbehandlinger til norske enslige kvinner (Meld. St. 39 (2016-2017)). Dette kan indikere hvordan økningen blant enslige kvinner som reiser til utlandet, øker i takt med utvidelsen av individers muligheter og frihet i det prokreative universet. Det transnasjonale rommet gjør det dermed mulig for mennesker å benytte seg av reproduksjonsteknologier som ikke er tillat i hjemlandet. Melhuus (2017) belyser hvordan reproduksjonsturismen tar med forplantingsmetoder tilbake til hjemlandet, som over tid kan bidra til å endre reguleringsregimet. Slik kan vi forstå hvordan reproduktive teknologier og deres medfølgende praksis bidrar til å påvirke reguleringsregimer over hele verden (Inhorn og Tremayne 2012, referert i Melhuus, 2017).

2.4.2.1 Surrogati og adopsjon

Transnasjonal surrogati og adopsjon har både likheter og ulikheter knyttet til tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner, der fenomenene har vært benyttet som argumenter for og imot den biopolitiske debatten i forkant av lovendringen. Melhuus (2001, 2017) og Stuvøy (2016) gir et bilde på hvilke diskurser som tildeles fenomenene i den offentlige sfære. Surrogati, adopsjon og assistert befruktning er alle en del av det prokreative universet, som åpner feltet for muligheter og valg i ønsket om barn (Melhuus, 2001).

I Norge kan enslige adoptere dersom de har forutsetninger for å ivareta eneomsorgen for et barn, og kun søkere som bor alene regnes som enslige, jf. Adopsjonsloven (2017) § 7. Dette faktumet ble benyttet som et argument for å tilby assistert befruktning til enslige, da mange barn har en trygg og god oppvekst med enslige foreldre (Meld. St. 39 (2016-2017)). En vesentlig forskjell er derimot at adopsjon gjelder barn som allerede er født, og ikke har foreldre. Ved tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner tillegges dermed staten en større rolle i unnfangelsen av et barn, ved å aktivt bidra til at barn skal vokse opp med kun én biologisk forelder (Meld. St. 39 (2016-2017)).

I adopsjonsloven (2017) står hensynet til barnets beste sterkt, i både lokal og internasjonal adopsjon, jf. § 4. Dersom barnet er eldre enn 7 år ved adopsjonen, skal barnet bli hørt og samtykke før det fattes vedtak om adopsjon, jf. Adopsjonsloven § 9. Spedbarn kan dermed kun adopteres bort hvis foreldrene har gitt fra seg omsorgen ved fødselen, jf. Adopsjonsloven § 14. Et vesentlig argument for innføringen av barneomsorgattesten i egnethetsvurderingen for assistert befruktning, er at alle par og enslige som søker om å adoptere et barn er pliktig til å legge fram en uttømmende politiattest, jf. Adopsjonsloven § 5. Melhuus (2001) trekker fram hvordan forestillinger om adopsjon og assistert befruktning viser to ulike sider av samme sak, og hvordan de belyser to ulike diskurser i den offentlige sfæren. Adopsjon går innunder en *veldedighetsdiskurs* med tanken om at adopsjon hjelper trengende barn. Derimot fremstår assistert befruktning som en mer unaturlig praksis, med en idé om at menneskelig manipulering i reproduksjon kan resultere i fremtidige skrekksenarioer (Melhuus, 2001, s. 47).

Bioteknologiloven innehar ingen direkte forbud mot surrogati, men barneloven § 2 fastslår at en avtale mellom å føde et barn for en annen kvinne ikke er bindende (Meld. St. 39 (2016-2017)). Det vil si at surrogati ikke er rettslig bindende, og at en overføring av barnet til en annen kvinne må skje gjennom adopsjonsloven (Meld. St. 39 (2016-2017)). Dermed lovfestet at

kvinnen som føder barnet utdeles rollen som juridisk mor. I Stuvøy (2016, s. 202) sin analyse kommer det fram at surrogati som en mulighet for å innfri barneønsket anerkjennes blant politiske aktører, men at det er selve metoden som slår uenigheter om å tillate surrogati i Norge eller ikke. I debatten skilles det gjerne mellom to former for surrogati: *kommersiell og altruistisk*. Altruistisk surrogati er når surrogatkvinnen selv ønsker å utøve en tjeneste, mens kommersiell surrogati er når en surrogat kvinne bærer fram et barn mot betaling direkte knyttet til svangerskapet (Meld. St. 39 (2016-2017); Stuvøy, 2016).

Kommersiell surrogati åpner spørsmål rundt betydningen av livmoren som en vare, der økonomiske forutsetninger muliggjør å betale for en annen kvinnes kropp (Hochschild, 2011, 2015). Til tross for at surrogati fortsatt er forbudt i Norge, er det en økning norske par som får assistert befruktning i form av surrogati i utlandet (Meld. St. 39 (2016-2017); Risa, 2020). En vesentlig forskjell mellom surrogati og assistert befruktning er involveringen av en tredjepart i reproduksjonen: *surrogatkvinnen* (Stuvøy, 2016). Et sentralt punkt som har vært gjenstand for diskusjonen er kvinnens selvbestemmelse, i frykt for utnyttelse på tvers av landegrensene. Det helhetlige uttrykket for surrogatidebatten blant politiske aktører i Norge er bruddet på likestilling mellom kjønnene, samt kvinners frigjøring (Stuvøy, 2016).

En likhet ved adopsjon og surrogati er at foreldreskapet begrunnes i lovverket, slik at barnets genetiske opphav regnes irrelevant i synet på foreldreskap (Melhuus, 2001, s. 46). Det prokreative universet viser hvordan det store ønsket om barn settes opp mot et menneskets rett til å ha barn – noe som tydeliggjøres i assistert befruktning, adopsjon og surrogati (Melhuus, 2001). Assistert befruktning settes i lys av både adopsjon og surrogati, som kan bidra til å gi et helhetlig bilde på hvordan kulturelle, politiske og juridiske rammer rundt familie og slektskap gjennomføres i alle områder for reproduksjon. Eggdonasjon, er i dag er lovlig blant par, men skepsisen før lovendringen blant politiske aktører bestod av en tanke om at tilgang til nye reproduksjonsteknologier kunne bidra til å forflytte seg lenger og lenger fra den opprinnelige familiemodellen med mor, far og barn (Stuvøy, 2016, s. 203). Ved å anerkjenne flere sider av reproduksjonsfeltet, kan vi se tendenser til at morskapet forandrer seg i takt med nye reproduksjonsteknologier, som bidrar til å utfordre norske reproduksjonsregimer.

2.4.3 Alternative morskapsidealer

Manglende tilbud om assistert befruktning til enslige kvinner i Norge danner et kunnskapshull om denne gruppen. I et forsøk på å kartlegge denne nye pasientgruppen, skal jeg belyse

forskning om norske, svenske, amerikanske og kanadiske *ønskemødre* (Jacobsen, Vik & Dahl 2020; Jadvá et al., 2009; Volgsten & Schmidt, 2021). Ut ifra den transnasjonale reproduksjonsturismen har det vært en økning kvinner som aktivt velger å bli mødre uten involvering av partner. Myndighetene registrerer ikke tall på norske kvinner som gjennomfører assistert befruktning i utlandet, men grunnet normaliseringen av denne kundegruppen i utlandet påstår Bjerklund (2019) at verken *ønskemødre* eller enslige foreldre anses som et normbrudd i norsk kontekst.

Jadvá, Badger, Morrisette & Golombok (2009) presenterer en studie om 291 enslige kvinner fra USA og Canada, og deres motivasjoner og erfaringer i valget om å aktivt få barn alene. Denne gruppen skiller seg fra andre enslige kvinner som oppdrar barn alene grunnet separasjon eller skilsmisse. Studiet viser at kvinnene oppsøkte råd fra andre i forkant av behandlingen og gjorde praktiske endringer i forberedelsen, ved å spare penger og flytte til mer barnevennlige strøk (Jadvá et al., 2009). Majoriteten av kvinnene brukte sædinseminering som metode for assistert befruktning, der mange av kvinnene valgte anonym donasjon. Flertallet av kvinnene mente det var viktig for barnet deres å ha en mannlig rollemodell, der de uttrykte i ulik grad bekymring for at barnet vokser opp uten en far. Men flere av kvinnene poengterte at det ikke var en nødvendighet for dem å inngå et forhold med en mann i framtiden (Jadvá et al., 2009). Overordnet presenteres kvinnene som høyt-utdannede kvinner med fulltidsarbeid og god økonomi. Flesteparten har hatt langvarige forhold tidligere, men majoriteten uttrykker at de heller ønsker å ha et barn alene, enn å ikke ha barn. Studiet belyser hvordan kvinnene viser tendenser til at romantiske forhold kommer i andre rekke etter morskapet (Jadvá et al., 2009).

En prioritering av morskapet kommer også tydelig fram i en svensk studie av Volgsten & Schmidt (2021). I likhet med *ønskemødrene* i Jadvá (et al., 2009) er flesteparten av kvinnene høyt utdannede, og i heltidsarbeid med en stabil inntekt (Volgsten & Schmidt, 2021). Kvinnene har vært i langvarige forhold tidligere, men oppsøkte behandling med assistert befruktning grunnet frykten for å få barn med feil partner. Hovedmotivasjonen for behandlingen var grunnet høy alder, og at ønsket om barn ble ansett viktigere enn å vente på riktig partner. Men flere av kvinnene uttrykte et håp om å finne en partner i framtiden (Volgsten & Schmidt, 2021).

I en analyse av 9 norske kvinner som har gjennomgått assistert befruktning i utlandet, beskrives *ønskemødrene* som generelt høyt-utdannede med en stabil økonomi (Jacobsen et al., 2020). Kvinnene fikk barn med assistert befruktning (sæddonasjon) før lovendringen, i perioden 2004

- 2015. Analysen deles opp i tre hovedtemaer ut fra kvinnes opplevelser med helsevesenet i Norge etter unnfangelsen: 1) beslutningen om å bli solomor medførte et stort ansvar og sårbarhet, 2) å bli møtt med omsorg og interesse var overraskende og verdifullt, 3) nødvendig å utfordre regler og reguleringer (Jacobsen et al., 2020). Funnene viser at ønskemødrene anser seg selv som en annerledes gruppe enn andre mødre, der terskelen var høy for å spørre om hjelp etter fødsel i helsevesenet. Analysen viste at ønskemødrenes behov ikke ble møtt etter fødsel, og at en videre forskning er viktig for å kunne dekke behov for denne gruppen (Jacobsen et al., 2020).

3 Teoretisk rammeverk

Hittil har vi belyst politiske, kulturelle og juridiske aspekter ved lovendringen om assistert befruktning til enslige kvinner. Ut ifra dette kan vi anse det prokreative universet som et felt med uendelige muligheter og valg. I et forsøk på å besvare problemformuleringen, skal jeg presentere et teoretisk rammeverk som kan gi noen verktøy for å ytterligere forstå komplekse spørsmål i det reproduktive feltet. Kapitlet vil belyse teoretiske perspektiver knyttet til kontroll og marked innen reproduksjon. I den sammenheng vil jeg presentere Foucaults maktperspektiver, og supplere med forskning og teori som belyser og drøfter *biomakt* i reproduksjon. Videre vil jeg trekke fram feministiske perspektiver knyttet til reproduktive valg, kommodifisering av kroppslig materiale, privatisering innen reproduksjonsfeltet, samt assistert befruktning og eggdonasjon i et markedsperspektiv.

3.1 Biomakt og biopolitikk

Michel Foucault (1926-1984) presenterte et komplekst begrepsomfang i hans mangfoldige forfatterskap. Ideer og tanker rundt medisin, det moderne mennesket, disiplinering, befolkningsregulering, samt styring ble sett på som banebrytende i hans tid (Hammer, 2017, s. 2). Det mangfoldige landskapet gjør det vanskelig å plassere Foucault i en spesifikk kunnskapstradisjon, og han har blitt tolket for å være blant annet en poststrukturalist, postmodernist, kulturellevist og empirist, noe han selv har uttrykt uenighet om (Øye, Sørensen & Martinsen, 2018, s. 11). Begrepene er relevante for prosjektet, da de åpner for en kritisk forståelse og diskusjon av noe vi ser på som en gitt sannhet. En virkelighetsforståelse, der teknologi og politikk er godt integrert i den moderne samfunnsformasjonen (Hammer, 2017, s. 13). Nærmere bestemt om etablerte sannheter og løsninger rundt foreldreskap, reproduksjon og oppdragelse. Foucaults samspill av begreper og historiske begivenheter innen reproduksjonsteknologi og familiepolitikk kan bidra til å forstå menneskers måte å være, tenke og handle på i samfunnet (Hammer, 2017, s. 13). Foucault benyttet begrepet *biopolitikk* for å belyse statens økende interesse for regulering av befolkningens reproduksjon, liv og helse (Foucault, 2015). I takt med nye retninger innenfor bioteknologi og reproduksjonsteknologi har begrepene *biomakt* og *biopolitikk* fått en enda større aktualitet (Rose, 2007).

Biopolitikk gir innsikt i den økonomiske, politiske og vitenskapelige moderniseringen av vesteuropeiske samfunn. Den benyttes for å beskrive hvordan offentlig politikk tar del i de mest intime delene av livet, som seksualitet, kropp og helse (Spilker og Lie, 2016, s. 182). Analysene

tar utgangspunkt i 1800-tallet, men bidrar til å kaste lys på vitenskapens rolle i utviklingen av det moderne samfunn. Første møtet med biopolitikk finner vi i Foucaults essay *Nietzsche, Genealogy, History* fra 1971, der han ser på samspillet mellom biologi og historie (Spilker og Lie, 2016, s. 182). Begrunnelsen var at det biologiske ble reflektert i politikken med fokus på reguleringer av befolkningen og disiplinering mot kroppen. I kapitlet vil jeg benytte noen utvalgte begreper fra Foucaults omfattende analytiske univers: *biomakt, disiplinering, befolkningsregulering, styring, subjektivering og selvets teknologier*. Begrepene er relevante for analyser innen reproduksjon, familiepolitikk og bioteknologi, da den vedrører kroppen i bred forstand, og fungerer som et verktøy for å studier av kjønn, modernitet og individualitet (Melby & Rosenbeck, 2009).

3.1.1 Seksualitetens historie 1: Vilje til viten

Foucault presenterer begrepet biomakt for å fremstille en ‘statliggjøring av det biologiske’. Dette kan belyse hvordan maktstrukturer styrer menneskers måte å leve på i samspillet mellom liv og død (Foucault, 2015). I Seksualitetens historie 1: Vilje til viten (1976/2020) betegnes opprinnelige maktstrukturer i samfunnet som en *fratakelsesmekanisme*, der makten har rett til å ta kontroll over ting, kropper og liv. Ved utviklingen av biomakt, tilegnes maktstrukturene en annen funksjon, der makten over befolkningen handler om å stimulere, forsterke og kontrollere. Istedenfor en makt som er laget for å avlede eller ødelegge befolkningen, fungerer biomakt som en mekanisme for å sikre, opprettholde og kontrollere liv i samfunnet (Foucault, 1976/2020, s. 147). Jana Sawicki (1999, s. 190) benytter Foucaults disiplinære maktmodell, for å gi en feministisk kritikk av nye reproduktive teknologier i USA. Hun poengterer at biomakt belyser hvordan kvinners kropper blir kontrollert gjennom et sett med diskurser og praksiser, som styrer både individets og befolkningens helse, utdanning og velferd. I Seksualitetens Historie: Vilje til viten fra 1976 presenterer Foucault to ulike former for makt: *anatomisk og biologisk* (Foucault, 1976/2020).

3.1.2 Anatomisk makt – disiplinering mot kroppen

I løpet av det 19. århundre utviklet makten over livet under to konkrete hovedformer. Den ene maktformen konsentrerte seg om kroppen som en maskin:

[...] dressur av den, dens ferdigheter, utvinnelse av dens krefter, en parallell forsøkning av dens nytte og føyelighet, dens integrasjon i effektive og lønnsomme kontrollsystemer, alt dette ble sikret ved hjelp av de maktprosedyrene som karakteriserer disiplininformene: menneskekroppens anatomiske politikk. (Foucault, 1976/2020, s. 148)

Denne disiplineringen handlet om økningen av kroppens yteevne, og hvordan menneskets fysiologiske egenskaper ble styrt og opprettholdt av institusjoner. De er lokalisert innenfor institusjoner som sykehus, skoler og fengsler, men samtidig i hverdagslige aktiviteter og vaner til enkeltpersoner (Sawicki, 1999, s.190). For eksempel fungerer familien som en institusjon med uskrevne regler for hvordan et foreldreskap ideelt bør være. Dermed den optimale måten å oppdra et barn og gjøre en familie på, samt hvilke verdier som bør læres og videreføres (Foucault, 1976/2020, s. 153). Slik stiller Foucault kritiske spørsmål til hvordan foreldre og barn utøver atferd på konkrete måter, basert på en diskurs av hva en familie er og ikke er. Makten eksisterer i ulike typer institusjoner og fungerer som en strategi for å holde orden i samfunnet (Foucault, 1976/2020, s. 153). Denne ordenen består av normer der funksjonen er å disiplinere seg selv og andre, ut ifra en diskurs om hvordan de skal eller bør oppføre seg. Disiplineringen bidrar derfor til å normalisere og etablere spesifikke typer atferd (Sawicki, 1999, s. 190).

I forbindelse med nye reproduktive teknologier kan det nye settet med diskurser bestå av ultralyd, fostermonitorer, fostervannsprøver, prenatale testprosedyrer – alle teknikker som kan danne grunn for overvåkning og undersøkelse (Sawicki, 1999, s. 192). Ifølge Sawicki (1999, s. 192) kan det føre til at kvinnelige kropp og fostre blir synlige, målbare og kontrollerbare. Disse medisinske disiplinene er med på å isolere spesifikke typer avvik, der pasienter kan av medisinske eller ikke-medisinske grunner, bli definert som uegnede for fertilitetsbehandling. Dette kan for eksempel være individer som er infertile, av ulike genetiske årsaker ikke har fysiske forutsetninger til å bære et barn eller regnes som psykisk uegnet til å bli foreldre. I den sammenheng fungerer biomakt som en kontrollmekanisme, der ens oppgave handler om å beskytte befolkningen fra eventuelle farer (Foucault, 1976/2020, s. 148). Men ved å isolere vekk spesifikke avvik, forsterkes nye normer for sunt og ansvarlig morskap (Sawicki, 1999, s. 193). Disse nye teknologiene kan dermed skape nye subjekter, som vil si diskurser for hva som anses som 'egne mødre' (Sawicki, 1999, s. 193).

3.1.3 Biologisk makt – biologiske prosesser

Ifølge Foucault ble den andre maktformen dannet i midten av 18.århundre, som i større grad handlet om kroppen som art: 'forplantingen, fødslene og dødeligheten, helsetilstanden, levealder, levetid med alle de omstendigheten som kan få disse faktorene til å variere. Disse faktorene tas hånd om av en rekke inngrep og regulerende kontrollformer: en befolkningens

bio-politikk' (Foucault, 1976/2020, s. 149). Denne formen for makt handler om kroppen som art og dens biologiske prosesser: reproduksjon, fødsel og døden, helsetilstand, levealder og levetid (Foucault, 1976/2020, s. 152). Biopolitikk bidro til å opprettholde kontroll over reproduksjon, noe som tidligere ble oppfattet som en naturlig og biologisk prosess i privatlivet. Den bidro til å synliggjøre ekteskap, fødselskontroll, abort og enslige mødre som politiske interesser (Rosenbeck & Melby, 2009).

Kunnskapsutviklingen om befolkningen førte til målinger av individer, slik at vitenskap og teknologi – med politiske reguleringer kunne sikre befolkningen fra farer. Kunnskapen tok dermed hånd om livets prosesser, der menneskene lærte hvordan å leve og overleve (Foucault, 1976/2020, s. 155-156). Gjennom biopolitikk blir befolkningen ikke lenger styrt gjennom disiplin, men kontrollert mer i en livsregulering. Begge maktformene utgjør til sammen en biomakt: med fokus på en disiplinering mot kroppen og en regulering av befolkningens prosesser (Hammer, 2017, s. 71).

3.1.3.1 Aktivt medborgerskap (forbruker og pasient)

Klinikkens fødsel (Foucault, 1973, referert i Rose, 2007, s. 10) analyserer hvordan sykdom og medisin kom til å bli romliggjort på den enkeltes kropp. Dette er en tanke om at vitenskap på flere måter fungerer som et produkt av kulturelle og sosiale holdninger. Det gjennomgående er at selv om sykdom er i fokus i et felt av holdninger, vaner og atferd, er det kroppen selv som blir syk og dermed forblir i fokus for '*the clinical gaze*' (Rose, 2007, s.10). Den medisinske samlingen som tok form i siste fjerdedel av det tjuende århundre var svært ulik fra denne kliniske medisinen som oppstod i begynnelsen av det nittende århundre. Endringene innebar modifikasjoner langs flere dimensjoner, som flere beskriver som det nye medisinske territoriet (Rose, 2007, s. 10). Medisinsk jurisdiksjon betegner faglig kontroll. I denne sammenheng hvordan legene arbeider for å ivareta kontroll for hva som regnes som gyldig kunnskap og god praksis, og hvem som får utøve arbeidsoppgaver (Abbot, 1988, referert i Rose, 2007, s. 10). Her kan vi trekke linjer til hvordan behandlende leger er gitt myndighet til å vurdere hvem som skal få tilgang til assistert behandling og ikke, jf. Bioteknologiloven § 2-6.

I det tjuende århundre ble den medisinske jurisdiksjonen preget av en administrering av reproduksjon, vurdering og styring av 'risiko' (Rose, 2007, s. 11). Et økt fokus på optimalisering av den sunne kroppen, bidro til en '*self management*' blant individer, som tilsier at individer tok større grep i egne praksiser gjennom diett, trening, spesifikke medisiner og

helsetilskudd, samt selvdiagnose og behandling (Rose, 2007, s. 11). Dette bidro til en økende grad av 'aktivt medborgerskap', der pasienter tok mer kontroll over egen helse og viten om helse. Ved at individer tok mer kontroll, oppstod det flere muligheter og valg som bidro til å transformere pasienter til 'forbrukere' (*consumers*) i helsevesenet (Rose, 2007, s. 11).

3.1.4 Governmentality – styring gjennom frihet

Foucault belyser etter hvert en transformasjon innenfor statens grenser, til det han beskriver som *governmentality* i det liberale samfunnet (Hammer, 2017, s. 75). Begrepet *governmentality* (oversettes på norsk til *regjering*⁹) handler om spesifikke måter å gjennomføre praksiser på (Foucault, 2008, s.19; Neumann, 2003). Blant annet praksiser i utdanning og helsevesen med en form for disiplinering som baseres på vektlegging av spesifikk medisinsk kunnskap (Foucault, 2008, s.19). I den sammenheng presenterer han tre ulike styringsteknikker som oppstår mellom mennesket og samfunnet. Overordnet består styringsteknikkene av 1) juridiske ordninger og praksiser over rett og galt 2) disiplinering basert på kunnskap og maktteknikker 3) målinger og kontroll over befolkningen og dens prosesser (Foucault, 2007, s. 4-5). Den første styringsteknikken kan vi forstå som kjernen i biomakt, da den danner forholdet mellom storsamfunnet og individer (Foucault, 2007, s. 4-5). I lys av dette danner bioteknologiloven grunnlag for hva som er rett og galt, med juridiske ordninger og praksiser som forteller hvem som skal få tilgang til fertilitetsbehandling og ikke.

Den andre styringsteknikken er disiplinering basert på kunnskap og maktteknikker. En tanke om at biomakt gjennomsyres i alle sosiale institusjoner som danner grunnlaget for normer og menneskenes atferd (Foucault, 2007, s. 4-5). Den disiplinerende makten kan forstås som små og store prosesser som gjennomsyres i ulike sosiale institusjoner: universiteter, sykehusene og militærvesenet – og danner et grunnlag for den mest optimale måten å tenke, snakke og handle på. Det er denne makten som kan fortelle mer inngripende om hvordan utformingen av bioteknologiloven, kan forstås ut ifra ideen om 'barnets beste' og 'det biologiske prinsipp'. Her benyttes dermed kunnskap som en styringsmekanikk for å holde orden over befolkningens mengde, spredning og fordeling (Hammer, 2017, s. 75). I det siste nivået om måling og kontroll over befolkningen og dens prosesser møter vi videreutviklingen av biologisk og anatomisk makt (Foucault, 2007, s. 4-5).

⁹ Begrepet er oversatt på norsk i flere varianter, men jeg velger å presentere Neumann (2003) sin oversettelse til *regjering*. I prosjektet vil jeg derimot hovedsakelig benytte den engelske termen: *governmentality*.

Styringen har som hensikt i å optimalisere befolkningen, der *governmentality* forstås som en styringsteknikk rettet direkte mot individers måte å handle på konkrete måter (Foucault, 1976/2020). Knutsen (2017, s.135) belyser hvordan helsemyndighetene i Norge fremmer mål om bedre helse ved å innføre kampanjer som ‘fem-om-dagen’ og røykekutt, der intensjonen er å gjøre befolkningen sunnere. Samfunnet legger dermed indirekte fram noen normer for den ‘rette’ måten å leve et sunt liv på (Knutsen, 2017, s. 135). I den sammenheng kan vi trekke linjer til hvordan samfunnet kan inneha normer for hvordan et moderskap skal foregå, der målet er å optimalisere kvinner til å gjøre et morskap på den ‘ideelle’ måten. Intensjonen i *governmentality* er at styringen foregår i *individets selvteknologier*. Dette betegner ‘teknologier’ i form av hva et individ utfører for å optimalisere seg selv, i påvirkning av seg selv og andre (Foucault, 1997, referert i Knutsen, 2017, s. 225).

Det vestlige samfunnet handler i stor grad om å overlate mest mulig til individet selv. Foucault (2007, s. 48) beskriver dette som *liberalismens spill*, som betyr at subjektet overlates til seg selv, sine egne interesser, det beste for seg selv og samfunnet. Det kan forstås som et evig paradoks, der friheten betinger ordninger av kontroll, undertrykkelse og forpliktelser (Foucault, 2008, s. 64). Det moderne mennesket forstås som et *rettighetssubjekt* (juridisk og politisk) og *interessesubjekt* (økonomisk). Mennesket i samfunnslivet har dermed tre forankringspunkt som består av det økonomiske, juridiske og det sosiale. Tanken er at individer som rettighets- og interessesubjekt skapes ved at de tar valg innenfor dette feltet. På den måten åpner det for at subjektene frie, politiske og/eller økonomiske handlinger formes og styres i et samfunnsrom på bakgrunn av en idé om *governmentality* (Hammer, 2017, s. 78).

Garland (1997, s. 190) belyser et annet perspektiv ved å introdusere begrepet *aktive subjekter* (*homo prudens*). En idé om at subjektet blir mer ansvarsfullt og sikkerhetsbevisst ved å gjøre bevisste risikovurderinger. Ved å trekke linjer til reproduksjon kan det innebære kvinnenes risikovurderinger knyttet til egen reproduksjon ved lagring av ubefruktete egg. Her betegnes frie subjekter som aktive subjekter, ved at de aktivt utfører teknologier (forstått som atferd) for å beskytte seg mot risiko ved kjøp av tjenester (Garland, 1997, s. 190).

3.1.5 Feministisk kritikk av Foucaults begreper

Innenfor feministisk teori har Foucault blitt kritisert for å *ikke* rette søkelys på kjønn (*gender*), likestilling og feminisme. Dette har bidratt til en interesse og skepsis blant flere kritikere, da flere deler av hans arbeid ikke tar stilling til kvinners posisjon i samfunnet. Hartsock (1987) og

Butler (1990) uttrykte at Foucaults forståelse av subjektet neglisjerte *'det kvinnelige subjekt'*. Den stod i strid mot den feministiske bevegelsen, da hans forståelse av subjektet ikke legitimerte kvinners opplevelser og erfaringer (Hartsock, 1987). Butler (1990, s. 34) belyste hvordan subjektet ikke innehar potensialet til å handle og fremme sin sak, da den er forstått som historisk og sosialt konstruert. Hun diskuterer dermed at Foucaults forståelse av subjekter hindret motstand og forandring i samfunnet, spesifikt feminismens bidrag til å motvirke destruktive maktstrukturer. Deveaux (1994, s. 233) belyste hvordan det ikke eksisterer rom for å yte motstand til Foucaults maktperspektiver, da den gjennomsyrende makten står til hinder for frigjøringsidealer, derav kvinnefrigjøringen.

3.2 Feministiske perspektiver på reproduksjon

3.2.1 En kvinnes frihet over egen reproduksjon

[...] bare dersom begge alternativene [å få barn og ikke å få barn] oppfattes som genuint likeverdige (ikke som like, men som potensielt like meningsfulle), kan en si at kvinner virkelig velger å få barn. [...] Ingenting er mer ødeleggende for kvinners frihet til å definere sin seksualitet som de vil, enn myten om at den 'ekte kvinnen' er feminin, heteroseksuell og full av morsinstinkt. (Moi, 2000, s. 28)

Sitatet er hentet fra innledningen til den norske oversettelsen av Simone de Beauvoirs: *Det Annet Kjønn* (Moi, 2000). I kronikken 'Morskapsmaset' beskriver Moi (2004) hvordan kvinner som velger å ikke få barn anses som egoistiske, mens de samme egenskapene ikke gis menn som ønsker å ikke ha barn. Moderskapet kan dermed anses som en kvinnens idealform (Moi, 2000). Moi (2001, 2004) danner et bilde av hvordan kvinner utsettes for et *moderskapsmas*: en forventning om at kvinner bør eller skal reprodusere. Ved å belyse flere feministiske perspektiver rundt reproduktive valg i reproduksjonsfeltet, er hensikten å diskutere hvorvidt nye reproduksjonsteknologier¹⁰ kan fungere som en bidragsyter til dette presset. Mer spesifikt hvordan friheten over egen reproduksjon ikke kun handler om hvilke muligheter en har for å innfri ønsket om barn, men derimot friheten til å velge å *ikke* ha barn til tross for mulighetene. Feministiske teoretikere har fremstilt hvordan reproduksjon anses som kjernen i betydningsfulle samfunnsspørsmål (Kristensen et al., 2016, s. 33). Kristensen, Ravn og Sørensen (2016) tar for seg fire ulike tematikker i den feministiske litteraturen om reproduksjon: 1) teknologisk frigjøring og kvinners muligheter, 2) maskulin dominans og

¹⁰ Reproduksjonsteknologier gjelder alle tilgjengelige muligheter innen reproduksjonsteknologi, deriblant prøverør, fostervannsprøve, ultralyd, inseminering, sæd- og egg donasjon, og surrogati (Franklin & Mcneil 1988, Rowland 1987, som nevnt i Ravn og Skjølsvold, 2016, s. 161).

kvinnerens naturlige motsvar til ny teknologi, 3) reproduksjon som et likestillingsprosjekt og 4) ulikhet mellom kvinner.

Reproduktive valg¹¹ handler først og fremst om et individs frihet over eget liv. I moderne samfunn har individet en mye større frihet enn tidligere. Giddens (1991) belyser hvordan identiteten i større grad kan velges, slik at enhver aktivt har muligheten til å skape sitt eget liv og skjebne (Giddens, 1991). Giddens (1991) forteller om *'the trajectory of self'*, en mulighetsstruktur der individet selv må velge en livsstil og en livsplan. Individer er dermed tvunget til å velge en livsstil, og at det ikke er noe annet valg enn å velge (Giddens, 1991, s. 81). Mennesker i det moderne samfunnet velger en livsstil gjennom utdanning, yrke, relasjoner, venner, partnere og identitet. Individuell frihet og rettigheter fungerer som det moralske fundamentet, der den sentrale faktoren er at individet selv har frihet til å velge eget liv. Parallelt med utviklingen av nye reproduksjonsteknologier har spørsmål om reproduktive valg tatt større plass innen forskningsfeltet for reproduksjon og reproduksjonsteknologi. Flere kjønnsforskere vært opptatte av spørsmål rundt reproduktive valg (Ravn, 2017; Sawicki, 1999; Thompson, 2005).

Tilgangen til reproduktive valg har lenge vært ansett positivt for kvinnefrigjøringen, da den bidrar til å fremme kvinnens rettigheter over sin egen reproduktive kropp. I løpet av teknologiutviklingen har diskusjonen rundt reproduktive valg vært mer omdiskutert blant kjønnsforskere (Ravn, 2017, s. 163). Feministiske teoretikere har belyst hvordan assistert befruktning parallelt fungerer muliggjørende og begrensende (Rapp, 1988, referert i Ravn 2017; Sawicki, 1999; Thompson 2005;). Dette vil si et felt med uendelige muligheter for kvinner å ta valg for sin reproduktive helse, samtidig som at kvinnene må forholde seg til juridiske restriksjoner som begrenser og kontrollerer bruken av de (Ravn, 2017, s. 163). På bakgrunn av denne tanken belyser feministiske teoretikere hvordan reproduktive valg innenfor reproduksjonsteknologier bidrar til å normalisere noen former atferd, som gjør det mulig å stille seg kritisk til om reproduktive valg faktisk er frie valg (Rapp, 1988; Sawicki, 1999; Thompson 2005).

Spilker (2008) gir et bilde av hvordan reproduksjon får innsyn og kontroll, som bidrar til en

¹¹ Reproduktive valg forstås som alle valg og muligheter i kvinnens reproduktive praksis. Prosjektet fokuserer hovedsakelig på valg innenfor reproduksjonsteknologier, men reproduktive valg gjelder også tilgang til prevensjon og selvbestemt abort (Ravn og Skjølsvold, 2016, s. 161).

kartlegging av kroppens prosesser. På denne måten poengterer hun hvordan fertilitet og infertilitet er et resultat av menneskelige valg og beslutninger, og ikke lenger kun en skjebne (Spilker, 2008). Tilgjengelige reproduktive teknologier kan samtidig analyseres i en mulighets- og markedslogikk, der valgene kan være formet av det som er lovlig og tilgjengelig i ulike livssituasjoner (Ravn og Skjølvold, 2016, s. 161).

3.2.2 Kapitalisering i reproduksjonsfeltet

Tidligere nevnte teorier kan fortelle hvordan valg av uendelige reproduksjonsmuligheter kan bidra til et reproduksjonsmarked, der behandlingen kan anses mer som forbruk i helsevesenet (Ravn, 2017, s. 263; Rose, 2007, s. 11; Stuvøy, 2016). Stuvøy (2016, s. 210) belyser at skepsisen (blant politiske aktører) rundt en potensiell lovgivning av surrogati, kan omhandle frykten for at individer skal benytte privat velstand for å få barn. I forkant av lovendringen om assistert befruktning for enslige kvinner, ble det uttrykt bekymring for lang ventetid på offentlige klinikker grunnet mangelen på norske sæddonorer. Dette kan resultere i at flere oppsøker privat fertilitetsbehandling, og benytter privat velstand for å innfri ønsket om barn (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a; Skogstrøm, 2020). Dette gir grunnlag for å undersøke hvordan reproduksjonsteknologier danner et marked, drevet av samtidens kapitalistiske samfunn. En sentral funksjon ved opprettholdelsen av kapitalistiske samfunn er at markedene styrer hvordan overskuddene i samfunnet skal investeres (Fraser, 2014, s. 58). Denne overskuddskapasiteten gir dermed indikasjoner på hvordan mennesker ønsker å leve livene sine, og hvordan mennesker ønsker å balansere produktivt arbeid med familieliv. Samtidig hvilke verdier mennesker ønsker å overføre til neste generasjoner (Fraser, 2014, s. 58).

3.2.2.1 Oppbevaring av egg blant *tidsfattige* kvinner

Kapitalismen har vært preget av separasjonen mellom reproduksjon og produksjon, som kan anses som lønnet og ulønnet arbeid. Fraser (2014, s. 62) og Hochschild (2011) forstår reproduksjon og produksjon som dypt kjønnset, der reproduksjon assosieres med kvinner og produksjon med menn. Fraser & Jaeggi (2018, referert i Wiel, 2020, s. 54) belyser hvordan denne separasjonen i samspill med *'finansiell kapitalisme'* bidro til idealet om to-inntektsfamilien. Dette skiftet kan anses som et resultat av økningen i antall timer lønnet arbeid som krevdes for å forsørge en husholdning. Det belyser hvordan dette bidrar til å skifte tid og energi til noe som tidligere transformerte reproduksjon til 'produktivt' arbeid. Wiel (2020, s. 54) hevder at kombinasjonen av økt arbeidstid og kutt i offentlige tjenester (USA) presser sosial reproduksjon til bristepunktet.

I en undersøkelse om grunner for hvorfor unge amerikanske voksne har færre barn er resultatene: 1) barneomsorgen er for dyr: 64%, 2) vil ha mer tid sammen med barnet de eventuelt får: 54%, 3) bekymret for økonomien: 49%, 4) har ikke råd til flere barn: 44% og 5) ventet grunnet økonomisk instabilitet: 43%. Fellesnevneren i utvalget er mangelen på penger og tid, samt behovet individene har for å ‘*outsource*’ omsorgen for barna de allerede har eller skal få (Fraser & Jaeggi, 2018: 49 & 86, referert i Wiel, 2020, s. 54). Dette belyser hvordan den finansielle kapitalismen drives av trenden om senere fødsel, og dens bekymringer om aldersrelatert kvinnelig reproduktive vaner. Eggfrysing beskrives som en mestringsmekanisme som benyttes av *tidsfattige* kvinner, som er preget av høy kvinnelig arbeidsdeltakelse, begrenset foreldrepermisjon og et økende teknologipreget samfunn (Wiel, 2020, s. 54). Eggfrysning kan dermed fungere som en løsning for å løse spenningen mellom reproduksjon og produksjon i samtidens kapitalisme (Wiel, 2020).

Wiel (2020) beskriver hvordan fertilitetsbehandling er en nært tilpasset kapitalakkumulering og et privatisert helsevesen. Hun argumenterer for at finansieringen i infertilitet og fertilitetsbehandling fremdeles er understudert. Wiel (2020) belyser hvordan samtidens praksis for assistert befruktning gjennomgår en endring, der den er mer fremtidsrettet og risikofokusert enn tidligere. Hun undersøker kapitalmarkedenes rolle i etableringen av nye kliniske og kommersielle infrastrukturer (Wiel, 2020). Spesifikt på finansieringen av fruktbarhet knyttet til økonomiske investeringer i en framtid, der flere kvinner fryser eggene sine. Dette kan indikere et skifte ved at behandlingen ikke er rettet mot å få barn i dag, men en mer proaktiv håndtering av fruktbarheten gjennom hele livsløpet (Wiel, 2020). Dette begrunnes i et økende antall tester og behandlinger i fertilitetsklinikker, for å forebygge og proaktivt behandle fremtidig infertilitet i USA.

Wiel (2020) belyser hvordan fertilitetsklinikker og spesialiserte oppstartsbedrifter tilbyr og markedsfører eggfrysning, som en metode for å motvirke aldersrelatert fertilitetsnedgang. Store fertilitetsklinikker tilbyr ‘fertilitetskontroller’ og et økende antall oppstartsbedrifter spesialiserer på data, som benytter seg av reproduktive helsedata og analyser for å tilby personlige mål av framtidige reproduktive muligheter. Bioteknologiloven åpnet muligheten for å fryse ned egg på bakgrunn av både medisinske og ikke-medisinske årsaker, også omtalt som ‘*social freezing*’ (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). En teknologi som gjør det mulig å fryse ned og lagre levende celler som sperm og embryo i biobanker over en lengre periode

(Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Vedtaket om '*social freezing*' kan fortelle hvordan den frie kvinne gis muligheten til å bestemme over egen reproduksjon (Stuvøy et al., 2021). Dette kan bidra til et samfunn hvor ansvaret for egen og samfunnets totale fertilitet legges på enhver kvinne, med et økende ansvar og forventning om en større innsats for å kartlegge sin reproduktive framtid (Stuvøy et al., 2021; Ravn, 2017).

3.2.2.2 *Outsourcing* i det reproduktive feltet

Hochschild gir verktøy for å undersøke hvordan markedsøkonomien kan bidra til å gi individer økt frihet i egen reproduksjon (Isaksen & Stefansen, 2021). Samtidig innsikt omkring følelser og emosjonelle prosesser i sosiale relasjoner ved privatlivet og familielivet. Dette bidrar til å forstå hvordan grenser mellom det private og det profesjonelle blir mer flytende, der de mest intime delene i livet blir gjenstand for kommersialisering (Hochschild, 2011, 2012). Hochschild (2011 s. 21) tar utgangspunkt i Marx' teori om arbeidernes *fremmedgjøring* (*enstrangement*) i kapitalismen, der hun ser på arbeideres styring av følelser og uttrykk i en kommersiell sammenheng. I det emosjonelle arbeidet, forteller Hochschild (2011) at arbeidere og forbrukere løsriver seg fra det vi lager og kjøper. I 'Surrogate's womb' (Hochschild, 2015) er empirien basert på intervjuer av surrogater i India, deres erfaringer og håndtering av følelser i deres emosjonelle arbeid. Forskningen belyser hvordan surrogatkvinnene tar emosjonelt avstand fra barnet, der livmoren beskrives som *carriers*, med hensikt å utvikle et produkt. Samtidig beskrives surrogatkvinnene som *babysitters*, der surrogatkvinnen (sjel og mennesket) anses unødvendig i frambringingen av produktet (Hochschild, 2015, s. 24). Kommersialisering av menneskers liv betegnes som *outsourcing* (Hochschild, 2011, s. 22). Stuvøy (2016, s. 210) beskriver det som det ultimate uttrykket for at alt i verden kan kjøpes og selges.

Et annet eksempel på kommodifisering av kroppslig materiale, er Almeling's (2009) studie om kommersialisering av egg- og sæddonasjon gjennom amerikanske eggbyråer og spermbanker. Almeling (2009) belyser hvordan eggbyråer og spermbanker tjener klienter med et ønske om ha barn, der spørsmålet om hvorvidt markedet er formet av kjønnete kulturelle normer av foreldreskap – der morskapet forstås uselvisk og omsorgsfull, mens farskapet anses ikke-tilstedeværende og økonomisk forsørgende. Hun belyser hvordan kjønnete rammer omkring donasjon resulterer i et uttrykk der eggdonasjon fremstilles som en gave, mens sæddonasjon blir fremstilt som en jobb. Videre forteller hun hvordan dette ikke utelukkende er et resultat av biologiske forskjeller, men biologiske prosesser om tilbud og etterspørsel (Almeling, 2009). Resultatet er at egg og eggdonorere anses mer verdifull enn sperm og spermdonorer. Verdiene i

markedet kan ikke erkjennes kun i det kroppslige materialet, men i synet på feminitet og maskulinitet, samt morskap og farskap (Almeling, 2009).

De nevnte feministiske teoriene bidrar til å peke på eventuelle virkninger av et økende marked innenfor reproduksjon. En økende grad av forbrukerisme kan samtidig bidra til å påvirke reguleringsregimene. En del av den teoretiske litteraturen tar utgangspunkt i et annet velferdssystem, slik at virkningene av reguleringer innenfor reproduksjon kan være annerledes enn i Norge. Samtidig bidrar teoriene til å gi noen pekepinn på et økende fokus innen kontroll og planlegging av en kvinnes reproduksjon gjennom et helt livsløp. Ved at assistert befruktning til enslige kvinner er en ny praksis, kan vi stille spørsmål rundt hvorvidt tilbudet kan bidra til å produsere spesifikke normer og praksiser i det norske reproduksjonsfeltet.

4 Metode

Metodekapitlet skal se nærmere på hvilke metoder som er benyttet for å besvare problemformuleringen. Nærmere hvilke vurderinger som er blitt tatt underveis, og hvordan de har påvirket oppgavens tilnærming. Prosjektet er basert på syv dybdeintervjuer med enslige kvinner, som har gjennomgått assistert befruktning (sædinseminering og prøverørsbehandling) med sæddonasjon på private fertilitetsklinikker i Norge. Kvinnene mottok behandling med assistert befruktning kort tid etter lovendringen i 2020-2021¹². Flere av kvinnene var allerede i prosessen med fertilitetsbehandling i andre land, og endte opp med å gjennomføre behandling på norske fertilitetsklinikker. Kvinnene betegner jeg som ønskemødre ved at de aktivt går inn for å oppsøke fertilitetsbehandling, for å få barn alene grunnet et ønske om barn (Bjerklund, 2019).

Dybdeintervjuene forteller om kvinnenes erfaringer, meninger og oppfatninger rundt lovendringen, mer spesifikt om den overordnede egnethetsvurderingen. Den gir samtidig et bilde av hvordan vurderingsprosessen fungerer i praksis. I prosjektet har jeg samtidig valgt å inkludere offentlige dokumenter rundt lovendringen. Hensikten er å se dybdeintervjuene i kontekst av den biopolitiske debatten i forkant av lovendringen. Dokumentene er relevante, da de danner et juridisk grunnlag for den overordnede vurderingen av personlig egnethet blant enslige kvinner (og par). Flere av dokumentene benyttes som en veiledning med spesifikke retningslinjer, for å danne lik praksis på norske fertilitetsklinikker. De offentlige dokumentene kan fungere som et ekstra ledd i den kvalitative forskningen, som kan bidra til å gi noen holdepunkter, for å gi et mer helhetlig bilde av kvinnenes erfaringer med egnethetsvurderingen (Hennink, et al., 2020, s. 10). Kapitlet vil deretter gå nærmere inn på temaene: utvalg, intervjuguide, datainnsamling og behandling, forskningsetikk og analysestrategi.

Begrepsavklaring

I metode- og analysedelen benytter jeg betegnelsene vurderingsprosess og egnethetsvurdering. For enkelthetens skyld anser jeg vurderingsprosessen som den helhetlige vurderingen av både enslige kvinner og behandlende leger. Begge parter anses som to ulike aktører i vurderingsprosessen. På den ene siden tar enslige kvinner valg og vurderinger i deres reproduktive praksis, der leger og fertilitetsbehandlere (lovverket) på den andre siden tar

¹² Kvinnene mottok behandling etter lovendringen som trådte i kraft 1. juli 2020. Flertallet av kvinnene kom fort i gang med behandling, grunnet kortere ventetid på private fertilitetsklinikker.

vurderinger på enslige kvinners omsorgsevne før de kan tilby behandling om assistert befruktning. Vurderingsprosessen danner et grunnlag for dette samspillet. Egnethetsvurderingen er den lovpålagte vurderingen behandlende leger må ta for å gi tilgang til assistert befruktning. Egnethetsvurderingen består av medisinske undersøkelser (fertilitet og alder) og psykososiale undersøkelser (samtale), samt formelle attester: barneomsorgsattesten og selverklæringsattest. Det positive ved dette skillet er at vurderingsprosessen tydeliggjør hvordan begge aktører opererer selvstendige i reproduksjonsfeltet. Utfordringen er at prosjektet kun baseres på enslige kvinner, der lovverket i form av offentlige dokumenter, danner et utgangspunkt for hvilke momenter som prioriteres i vurderingen av enslige kvinner.

4.1 Kvalitative intervjuer

I dette forskningsprosjektet er det benyttet kvalitative dybdeintervjuer som metodisk tilnærming, med den hensikt å kartlegge opplevelser, motiver og vurderinger hos enslige kvinner som har gjennomført assistert befruktning i Norge (Hennink, et al., 2020, s. 117). I denne sammenheng bidrar dybdeintervjuer til å skape rom og mulighet for informantene å snakke fritt og åpent om deres erfaringer og meninger omkring deres egen fertilitetsbehandling (Tjora, 2017, s. 17). Ved å se på hvordan informantene beskriver opplevelsene sine eller artikulere valgene sine, får vi innsikt i deres forståelse av verden (Kvale et al., 2015, s. 20). Dette kan bidra til å danne en større innsikt i praksisen og vurderingene av lovgivningen av assistert befruktning for enslige på norske fertilitetsklinikker (Hennink et al., 2020, s. 117). En annen metodisk tilnærming som kunne besvart problemformuleringen er observasjonsstudier på fertilitetsklinikker. Thompson (2005, s. 8) beskriver hvordan fertilitetsklinikker skaper foreldre, med noe hun betegner som *ontologisk koreografi*. I etnografiske analyser om fertilitetsklinikker får vi dermed et bilde på hvordan klinikkene legger opp til en slags koreografi, som omhandler praksiser og forventninger til både pasienter og ansatte (Thompson, 2005).

I den sammenheng kunne observasjon på fertilitetsklinikker, spesifikt samtaler mellom pasient og fertilitetsbehandlere potensielt gitt verdifull innsikt om praksisen rundt egnethetsvurderingen (Hennink et al., 2020, s. 117). Det kunne tydeliggjort konkrete kriterier, spørsmål og vurderinger. Denne tilnærmingen fører med seg flere etiske utfordringer, da den krever etiske hensyn ovenfor pasienter og pasientinformasjon, samt fertilitetsbehandlere på fertilitetsklinikkene (Tjora, 2017, s. 37). Den ene utfordringen kunne vært formelle tillatelser knyttet til informantens personvern, som kunne tatt lengre tid og krevd mer ressurser. En annen

utfordring er min egen forskerrolle. Hvorvidt min tilstedeværelse i vurderingssamtalene kunne påvirket fertilitetsbehandlerens tilnærming til spørsmål og vurdering av pasienten. Den tredje faktoren er hvordan observasjoner ikke gir innsikt i kvinnenes egne forståelser, meninger og oppfatninger av vurderingen. Til tross for at kvalitative dybdeintervjuer er en gunstigere tilnærming for oppgavens problemformulering, kunne en kombinasjon av begge tilnærmingene være interessant, da vinklingen åpner for et mer nyansert og transparent syn på egnethetsvurderingen (Hennink et al., 2020, s. 31). Grunnet oppgavens omfang kunne empirien blitt for stort, der prosjektet ikke får til å dekke alle hovedfunnene. Dette kunne derfor bidratt til en lavere grad av gyldighet, da det er usikkert hvorvidt funnene faktisk hadde svart på spørsmålene prosjektet forsøker å stille (Tjora, 2017, s. 232).

4.1.1 Utvalg: Enslige kvinner med et ønske om barn

I forkant av prosjektet hadde jeg vurdert flere mulige utvalg. I utgangspunktet var planen å intervju leger på fertilitetsklinikker. Grunnen for dette var at de var gitt myndighet for å vurdere hvem som skal få tilgang til behandling og ikke, jf. Bioteknologiloven § 2-6. I forkant av lovendringen uttrykte organisasjonen *Fri – Foreningen for Kjønn- og likestillingsmangfold*, bekymring for at behandlere leger kunne inneha egne forestillinger om hva som utgjør en god familie (Prop. 34 L (2019-2020), s.20). Dette skapte grunn for å undersøke legenes forståelser og oppfatninger av egnethetsvurderingen til assistert befruktning i Norge, som kunne gitt innsikt om idealer for morskap. Tanken var å få innsikt i legenes vurderinger av enslige kvinner, nærmere hvilke beslutninger som blir gjort i psykososiale og medisinske undersøkelser, jf. Bioteknologiloven § 2-6. Tidlig i prosjektet tok jeg kontakt med godkjente virksomheter, og sendte inn et utvalg for prosjektet til SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør¹³ (Sikt, u.å). I løpet av denne perioden tok jeg kontakt med flere offentlige sykehus og private fertilitetsklinikker. Jeg forsøkte å ta kontakt flere ganger på e-post og telefon. Etter hvert fikk jeg respons fra én privat fertilitetsklinikk som viste stor interesse for prosjektet, men som ikke hadde kapasitet til å delta. Etter en del forsøk på kontakt gjennom telefon og e-post, forsøkte jeg å komme i kontakt med enslige kvinner.

På bakgrunn av den nylige lovendringen anså jeg først utvalget med enslige kvinner som begrensende for prosjektet. For å danne en oversikt over størrelsen på utvalget tok jeg kontakt med en frivillig organisasjon ved navn 'FEMA – Frivillige Enslige Mødre med Assistert

¹³ SIKT ble etablert 1. januar 2022, og er en sammenslåing av NSD, Uninett AS og Unit (Sikt, u.å).

befruktning'. Jeg kom i kontakt med styrelederen for organisasjonen, som la ut et innlegg om prosjektet på Facebook-gruppen til 'FEMA'. Etter innlegget var lagt ut kom jeg først i kontakt med en kvinne som hadde begått assistert befruktning på en norsk fertilitetsklinikk kort tid etter lovendringen. Hun viste stor interesse for prosjektet og ønsket å stille opp som informant. Hun tilbød seg å legge ut et innlegg om prosjektet på en lukket Facebook-gruppe for solomødre ved navn 'Solomor'¹⁴. I tillegg delte hun informasjonen min med andre ønskemødre hun kjente til, som tok kontakt med meg på Facebook og på e-post. Dette førte til en *snøballmetode*, der informanter rekrutterte andre informanter til å delta i prosjektet (Hennink et al., 2020, s. 97). Grunnet positiv respons fra enslige kvinner, søkte jeg om et til utvalg i SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør¹⁵. I den sammenheng utformet jeg et informasjonsskriv og samtykkeskjema rettet mot enslige kvinner, med informasjon om prosjektets formål og gjennomføring (Kvale, 2007, s. 6).

Etter rekrutteringen var det avtalt fysiske og digitale dybdeintervjuer med syv enslige kvinner. Av syv intervjuer ble fire av intervjuene gjennomført digitalt, mens resterende tre ble gjennomført fysisk. Kvinnene i informantgruppen var bosatt i ulike fylker, der de har fått behandling på ulike private fertilitetsklinikker i Norge. Informantene er i aldersgruppen 35-45 år. Alle er i arbeid i ulike prosentstillinger, og flere tar sin andre utdanning ved siden av jobben. Kvinnene beskriver valget om fertilitetsbehandling som en løsning for å innfri ønsket om barn. Grunnet anonymisering av deres personlige opplysninger har kvinnene fått pseudonymene: Kristin, Leah, Thea, Sara, Tiril, Karoline og Marthe. I tillegg er fertilitetsklinikkene anonymisert, for å ikke kunne spore opp kvinnenens bosted (Hennink et al., 2020, s. 79). Alle opplysninger utenom deres egne opplysninger omkring behandlingsformen og egnethetsvurderingen er anonymisert. Deres opplevelser, meninger og tanker rundt vurderingsprosessen er sentrale i spørsmålet om hvordan vurderingen av personlig egnethet fungerer i praksis. I flere av intervjuene kommer det fram poenger om forskjeller på offentlige og private klinikker, betydningen av økonomi, undersøkelser og ventetid, betydningen av barneomsorgsattest, valg av sæddonor, mangler ved den helhetlige egnethetsvurderingen og erfaringer fra ulike praksiser i vurderingsprosessen mellom fertilitetsklinikkene i Norge, Sverige og Danmark.

¹⁴ Privat Facebook-gruppe for enslige mødre. Begrepet solomor er synonymt med ønskemødre, som vil si at mødrene har fått fertilitetsbehandling med sæddonasjon.

¹⁵ Se vedlegg 3.

I etterkant av intervjuene har utvalget (enslige kvinner) åpnet opp for flere og andre perspektiver. Deres valg og vurderinger i egen reproduksjon åpner opp for spørsmål rundt utviklingen av reproduksjonsmarkedet. Hele prosjektet tar dermed en større del i kvinnenes muligheter i det prokreative universet, både før og etter lovendringen. Den gir dermed perspektiver om et fenomen, der et annet utvalg (for eksempel leger) kunne bidratt med andre perspektiver. Dette kan understreke betydningen av dybdeintervjuer, og hvordan individers forståelse av et fenomen kan gi utallige perspektiver (Kvale et al., 2015, s. 20). Legene kunne gitt perspektiver på den juridiske delen av vurderingsprosessen, med innsikt i deres vurderinger av enslige kvinners omsorgsevne. Deres forståelse av lovverket og erfaringer med rådgivende instanser i vurderingen av søkere. Jeg anser dette fortsatt som et viktig perspektiv i prosjektet, og vil derfor inkludere offentlige dokumenter knyttet til endringene i bioteknologiloven (2020). Dette er veiledninger og rammeplaner som benyttes av offentlige og private fertilitetsklinikker i egnethetsvurderingen av enslige kvinner og par. Dokumentene belyser samtidig argumenter for og imot tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner. Begrunnelsen for å se dybdeintervjuene i sammenheng med dokumentene, er å danne et så transparent bilde som mulig av hvordan vurderingsprosessen fungerer i praksis. Analysen vil dermed hovedsakelig bestå av enslige kvinners erfaringer med lovendringen, satt i kontekst av offentlige dokumenter omkring lovendringen. Tilnærmingen for prosjektet baserer seg dermed på flere kilder til data, selv om prosjektets hovedfokus er rettet mot intervjuene med enslige kvinner (Creswell & Creswell, 2018, s. 181).

4.1.2 Størrelse på utvalg og hvem kan representere de ulike gruppene

Det er flere aspekter å ta stilling til ved spørsmålet om utvalget er et godt representativ for ønskemødrene i Norge. I henhold til oppgavens omfang er det avgjørende å reflektere over eventuelle faktorer som kan ha noe å si for besvarelsen av problemformuleringen. Den første faktoren er betydningen av hvor informantene har mottatt behandling, da informantene er bosatt på ulike områder i hele Norge. En fordel er at dette kan bidra til å gi et mer helhetlig bilde av hvordan fertilitetsbehandlingen fungerer både i større og mindre byer i Norge. Dersom alle informantene var fra et mer avgrenset område, kunne det resultere i en mer nyansert og detaljert oversikt. Samtidig bidratt til en mer avgrenset problemformulering av prosjektet. Grunnet nylig lovgivning og liten informantgruppe hadde det dog vært vanskeligere å rekruttere informanter, som kunne ført til færre intervjuer og mindre empiri.

Den andre faktoren er forskjellene mellom offentlige og private fertilitetsklinikker. Alle informantene har mottatt fertilitetsbehandling på private fertilitetsklinikker i Norge. Tre av informantene har derimot vært i kontakt med offentlig fertilitetsklinikk, men grunnet lang ventetid har endt opp med å gjennomføre behandlingen på privat fertilitetsklinikk. Den lange ventetiden på offentlige klinikker kan samtidig bestå av flere faktorer. Den ene er mangelen på sæddonasjon, og stor etterspørsel etter lovendringen som åpner tilgangen for en ny pasientgruppe. Samtidig er det et faktum at alle gruppene som søker om assistert befruktning med sæddonasjon stilles i samme kø. Det kan hende ventetiden var lengre på tidspunktet kvinnene ønsket behandlingen, og at ventetiden kan være annerledes i dag. På bakgrunn av dette ble det forsøkt å komme i kontakt med informanter som har gjennomført fertilitetsbehandling på offentlige klinikker, men grunnet et lite utvalg har det ikke vært vellykket. Utfallet blir derimot at vi får innsikt i praksisen rundt den helhetlige vurderingsprosessen på private klinikker, som endrer problemformuleringen knyttet til økonomi og ressurser. Dette bidrar til å gi noen perspektiver på privatisering i reproduksjonsfeltet, samt informantenes meninger og erfaringer rundt valget.

Den tredje faktoren er informantene som har gjennomgått undersøkelser og behandlinger i form av assistert behandling i andre land enn Norge. Det vil si en annen praksis, spesifikt knyttet til egnethetsvurderingen, valg av sæddonorer og tilbud om andre medisinske behandlinger. To av kvinnene begynte behandlingen i Danmark, som vil si at de kunne begynne behandlingen i Norge uten en tydelig egnethetsvurdering i norske fertilitetsklinikker. Dette betyr at to av kvinnene i utvalget ikke har stor erfaring med egnethetsvurderingen i Norge, som kan ha en påvirkning på den helhetlige analysen. Den fjerde faktoren er kvinnenes rolle som pasienter. Kvinnene søker fertilitetsbehandling i større grad grunnet et ønske om barn, og ikke nødvendigvis på bakgrunn av medisinske årsaker. Dette kan bidra til å skille enslige kvinner som pasientgruppe fra par som søker fertilitetsbehandling grunnet medisinske årsaker.

4.2 Intervjuguide

Dybdeintervjuer tilsvarer et lengre intervju med åpne spørsmål om bestemte temaer. På forhånd av intervjuene ble det utviklet en intervjuguide som alle informantene fikk tilgang til. Intervjuguiden er utformet i fem ulike deler, der temaene tilsvarer åpningsspørsmål, fertilitetsbehandling, enslige kvinner, vurderingsprosessen og personlig egnethet.¹⁶ Ved å dele

¹⁶ Se vedlegg 1.

inn intervjuet i flere deler ble det enklere å holde seg til det konkrete temaet, behandle og kategorisere intervjuene i ettertid (Hennink et al., 2020, s. 119). Underveis i prosessen la jeg merke til hvordan intervjuene hadde en tendens til å bli låst til ett og ett spørsmål, spesielt i intervjuene der informantene hadde begrenset med tid. Istedenfor å la spørsmålene flyte og utvikle seg i en naturlig samtale om emnet. Dette førte til at jeg slettet noen av underspørsmålene, og fokuserte mer på å stille åpne spørsmål om selve temaet.

Et annet vesentlig moment jeg bemerket utover intervjuene var erfaringer med egnethetsvurderingen. I utgangspunktet var det lagt av mye tid til å snakke om egnethetsvurderingen, der flere temaer i intervjuguiden var forbeholdt dette, men det oppstod en del misforståelser rundt dette punktet. Flesteparten av kvinnene opplevde ikke en konkret vurdering, der flere beskrev den som ikke-eksisterende. For flere bestod vurderingen i stor grad av formelle attester, som for eksempel barneomsorgattesten. For prosjektets del anser jeg dette punktet som et funn, men av praktiske årsaker ble intervjuguiden mer en hindring. Flesteparten hadde fått tilsendt intervjuguiden på forhånd, der informantene uttrykte at de ikke helt forstod spørsmålene rundt egnethetsvurderingen. Det førte til at jeg måtte forklare mer rundt hva jeg mente og vise til lovverket angående medisinske og psykososiale vurderinger.

Likevel tror jeg dette førte til verdifulle refleksjoner rundt vurderingen. Dette 'hullet' bidro til at flere kvinner reflekterte fritt rundt deres erfaringer underveis i intervjuet. Videre fortalte flere hvordan egnethetsvurderingen ikke var noe de tidligere hadde anerkjent eller stilt seg kritiske til. Det gir et bilde på hvordan lovendringen bidro til å normalisere denne praksisen. Deres meninger om egnethetsvurderingen, og hvordan den i stor grad består av formelle attester har samtidig gitt funn knyttet til mangler ved vurderingen. Der flere informanter forteller om stigmatisering og neglisjering av denne pasientgruppen, spesifikt hos offentlige fertilitetsklinikker. Flere forteller om et større behov for veiledende hjelp, i form av psykolog og rådgiver i valget om å ha barn alene. Et annet tema som tok mer plass enn jeg først forutså, var valg av donor og tanker rundt sæddonasjon. Dette har gitt viktig innsikt i informantenes forhold til slektskap. I retrospekt kunne jeg spurt flere spørsmål om temaet, da det har gitt flere verdifulle funn i analysen.

I den sammenheng ble flere spørsmål i intervjuguiden endret underveis. Spørsmål rundt valg av barn ble endret fra 'hvorfor' til 'hvordan', da en av informantene gjorde meg oppmerksom på at andre informanter kan erfare det som et direkte spørsmål. Dette er forståelig, da flere

informanter forteller at de har tatt utradisjonelle valg i prosessen om å få egne barn. I tillegg ble jeg oppmerksom på hvordan flere informanter opplevde noen spørsmål som lukkede, som bidro til kortere og mer konsise svar under intervjuene, der jeg var nødt til å stille flere oppfølgingsspørsmål (Hennink et al., 2020, s. 124). Helhetlig har intervjuguiden vært en gunstig forberedelse i forkant for intervjuene, men samtidig et flytende redskap, der jeg har gjort bevisste endringer underveis. Endringer på bakgrunn av mine egne og informantenes opplevelser i intervjuene, samt informantenes innspill.

4.3 Datainnsamling og databehandling

Grunnet sensitive og personlige opplysninger ble det desto viktigere å forsikre informantene om oppbevaring av opplysninger. I forkant av intervjuene hadde vi kontakt på e-post og på Facebook. På forhånd tydeliggjorde jeg at informantene når som helst kunne velge å ikke uttale seg om enkelte temaer, spesifikt knyttet til helse- og personopplysninger. Tre av intervjuene ble gjennomført fysisk. Et av disse intervjuene ble gjennomført på et bibliotek, mens de to andre intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene. Det skapte en rolig og avslappet atmosfære der intervjuene følte mer uformell. De fire resterende intervjuene ble gjennomført digitalt på Teams grunnet store avstander. I alle intervjuene ble det benyttet en diktafon uten nettkobling. En styrke ved å bruke diktafon er at den bidrar til en nøyere transkribering. Samtidig kan en svakhet være personvern og sikkerhet knyttet til informantenes opplysninger (Hennink et al., 2020, s. 79). Grunnet personvern i henhold til SIKTs retningslinjer ble alle intervjuene lastet opp i OneDrive på min UiO- bruker og deretter slettet på diktafonen. Underveis ble intervjuene transkribert. Etter endt transkribering av alle intervjuene ble opptakene av intervjuene slettet. E-post og meldinger på Facebook med informantene blir slettet etter prosjektet, for å sikre at ingen personlig informasjon blir lekket eller sporet. Samtidig var det flere spørsmål vedrørende datavern og personvern knyttet til lagring av data og hvordan informasjonen skulle benyttes i oppgaven. Samtidig hvilke vurderinger som tas ved bruk av Teams som intervjuplattform, samt e-post og Facebook.

4.3.1 Gjennomførelsen av intervjuene

Helhetsinntrykket er at informantene har en travel hverdag med arbeid og småbarn. Dermed fant jeg det avgjørende å sikre at intervjuene ble gjennomført på deres premisser. Grunnet store avstander ble intervjuene med Kristin, Thea, Marthe og Karoline gjennomført digitalt på Teams (Hennink et al., 2020, s. 133). De resterende intervjuene med Sara, Leah og Tiril ble gjennomført fysisk. Intervjuet med Tiril ble gjennomført på et offentlig sted, mens intervjuene

med Sara og Leah ble gjennomført i deres egne hjem. Det skapte en rolig og avslappet atmosfære, slik at intervjuene følte mer uformell. Intervjuene med Sara og Leah varte lenger enn intervjuet med Tiril og de digitale intervjuene. Intervjuene hjemme hos informantene følte mer uformell enn de andre intervjuene, og kan ha bidratt til å skape en større trygghet da informantene delte mer åpent av deres personlige erfaringer og meninger. Samtidig kan det å bli invitert hjem til informantene ha bidratt til å gi et mer helhetlig inntrykk i hvem de er og deres livssituasjon. I tillegg kan det by på andre etiske utfordringer, da jeg lettere kunne falle ut av forskerrollen som gjorde det vanskeligere å holde seg til det konkrete teamet.

Flere av intervjuene måtte gjennomføres digitalt grunnet store avstander og mangel på tid. På bakgrunn av dette varte ingen av de digitale intervjuene mer enn 45 min, som førte til at besvarelsene var mer konkrete og relevante, sammenlignet med de fysiske intervjuene (Hennink et al., 2020, s. 32). Det var enklere å holde seg til intervjuguiden, uten å føle seg låst til den. En digital samtale resulterte samtidig i en mer oppstykket samtale, som kan ha gjort det vanskeligere å stille oppfølgingsspørsmål til informantene (Hennink et al., 2020, s. 133). Samtidig var det under et intervju noen tekniske problemer med dårlig dekning, som gjorde at deler av intervjuet i opptaket var vanskelige å forstå i ettertid. Etter intervjuene hadde jeg dermed kontakt på e-post med flere informanter, der jeg sendte ferdig transkribering av intervjuet, for å forsikre at utsagnene var forstått riktig.

4.3.2 Transkribering og koding

Problemformuleringen har fungert som et bindeledd under hele forskningen, der intervjuguiden har vært en mal for videre transkribering og koding. Etter transkriberingen av alle intervjuene skrev jeg ut intervjuene, slik at jeg kunne markere med penn for å kategorisere ulike temaer. Her delte jeg opp temaene i: ønsket om barn, valg av sæddonor, privat versus offentlig behandling, formelle attester, opplevelsen av å bli vurdert og fertilitetsbehandling i utlandet. Deretter la jeg alle utsagnene inn i en felles Word-fil, for å danne oversikt over alle kategoriene. På den måten la jeg inn relevante utsagn i de ulike kategoriene, for å tydeliggjøre likheter og ulikheter blant informantene. Kategoriene viste samtidig hvilke teorier som kunne fungere hensiktsmessige i analysen. Dette danner dermed grunnlaget for analysen, som er delt opp i to deler med fokus på marked og kontroll. Kodingen synliggjorde perspektivene, og bidro til å kartlegge sentrale momenter i hver av delene.

I kodingen la jeg stor vekt på like erfaringer, men så store skiller mellom informantene som hadde ulike bakgrunn for fertilitetsbehandlingen. For eksempel hadde én informant erfaringer med fertilitetsklinikker i Danmark og Sverige, og dermed en større innsikt i manglene ved det norske tilbudet. Dette perspektivet ble en viktig del av analysen, da den forteller hvorvidt Norge pålegger større vekt på formelle attester. Til tross for at andre kvinner, uten erfaringer fra utenlandske klinikker, ikke anser manglene i like stor grad. Å løfte fram dette ble en viktig oppgave. En annen faktor er at flere av utsagnene passer i flere kategorier. I frykt for å ta noen utsagn ut av kontekst har jeg vært forsiktig med å flytte utsagn fra det opprinnelige temaet. Noen av intervjuene har vært mer tematisk 'rotete', som kan være et resultat av endringer i intervjuguiden, der jeg slettet eller endret flere av spørsmålene underveis. Funnene kan bidra til å utvikle videre konsepter, der vi kan få en større forståelse for reguleringer i reproduksjon som fenomen (Hennink et al., 2020, s. 316). På denne måten belyser informantene noen aspekter ved et nytt fenomen, som vi ikke har like god tilgang til ved andre forskningsmetoder, for eksempel i kvantitativ forskning (Kvale, 2007, s. 126).

4.4 Forskningsetikk

I prosjektet er det avgjørende at metoden som benyttes gjennomføres på en etisk forsvarlig måte (Tjora, 2017, s. 37). Forskningsprosjektet er godkjent fra SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Godkjenningen bidrar til å gi forsvarlige retningslinjer og rammer for prosjektet. Retningslinjer som sørger for at kandidatene ikke tar skade eller blir utsatt for risiko ved å delta i prosjektet. Med denne metodiske tilnærmingen som tar for seg tidligere pasienter, vil det kreve helt spesielle hensyn basert på pasientinformasjon, da informantene deler sensitive helseopplysninger (Tjora, 2017, s. 37). I forkant av intervjuene har alle informantene fått tildelt et informasjonsskriv, slik at de har oversikt over hva prosjektet innebærer, hvordan intervjuet vil foregå, hvordan lydopptakene og deres personopplysninger vil bli oppbevart og behandlet.¹⁷ Informasjonsskrivet ble skriftlig signert av informantene før intervjuene.

I tillegg mottok informantene intervjuguide i forkant av intervjuet. I den sammenheng begynte jeg hvert av intervjuene med å introdusere prosjektet, deres rettigheter og muligheten til å trekke seg fra prosjektet. Grunnet sensitive helseopplysninger som medisinske og psykososiale vurderinger og undersøkelser er det avgjørende at jeg sørger for at deres opplysninger oppbevares på en trygg måte. Her er anonymisering essensielt for å bevare kandidatenes

¹⁷ Se vedlegg 2.

personlige opplysninger, slik at ingen informasjon kan spores tilbake til kandidatene (Hennink et al., 2020, s. 79). Dermed er det fjernet ord eller utsagn, byttet ut stedsnavn eller andre tegn som kan knyttes til informantene. Under intervjuene er det benyttet en lydopptaker, som var informert i samtykkeskjemaet kandidatene fikk på forhånd. Her blir det informert at det kun er forskeren (jeg) som har tilgang, og at opptakene blir slettet etter prosjektet er ferdig. Filene slettes fra One Drive på UiO-brukeren og på lydopptakeren. Dette gjelder samtidig all annen kontakt som kan spores til informantene, kommunikasjon på e-post og Facebook, for å ivareta sikkerheten rundt kandidatenes informasjon og opplysninger.

I to av intervjuene uttrykte informantene bekymring knyttet til personvern og datasikkerhet rundt bruken av e-post som kommunikasjonsplattform, samt anonymisering og hvordan empirien vil bli benyttet i oppgaven. Min rolle som forsker ble å betrygge informantene om at valgene som tas underveis er med forbehold om informantenes personvern og sikkerhet (Kvale et al., 2015, s. 107). I den sammenheng sendte jeg transkriberingen av intervjuet og foreløpige utkast av analysen til informantene som ønsket det, slik at informantene kunne godkjenne eller gjøre eventuelle endringer på ferdig transkribering. Et annet viktig moment var å anonymisere fertilitetsklinikkene kvinnene mottok behandling på, til tross for at de er allmennkjente. Dette er viktig for å ivareta personvern overfor informantene som på behandlingstidspunkt regnes som pasienter, og derav ivareta personvern overfor fertilitetsbehandlere og deres profesjon. Noen av informantene uttrykte samtidig bekymring for at prosjektet kunne stille de private fertilitetsklinikkene i et dårlig lys. Dermed finner jeg det viktig å presisere at ingen av informantene viste misnøye med klinikken, behandlerne eller behandlingen i seg selv. Noen av informantene uttrykte derimot forbedringspotensialer på områder som ventetid i offentlige klinikker, valg av sæddonorer og mangelen på psykososial veiledning i valget om å ha barn alene.

4.4.1 Forskerrollen

Min forskerrolle i prosjektet har omhandlet å være sensitiv og forståelsesfull for endringer underveis i prosessen, samt alle aspekter som omhandler informantene (Tjora, 2017, s. 37). Det gjelder blant annet å ivareta informantenes integritet, der det ikke skal være mulig å hente informasjon som regnes konfidensielt. Sitater og utsagn som kan anses problematiske, skadelige eller sårende for informantenes integritet er dermed fjernet. Flere av informantene forteller om sårbare og intime detaljer om deres privatliv og reisen for få ønsket om barn oppfylt. I forskerrollen har jeg reflektert over hvordan jeg kan opptre følsom og forståelsesfull

ovenfor informantene, uten å bli personlig og subjektiv. I frykt for å bli oppfattet som kald og reservert og skape en ubehagelig intervju situasjon (Kvale et al., 2015, s. 107). Med ønsket om å fremstå som en profesjonell forsker, ble jeg samtidig opptatt av å fremstå som omsorgsfull og forståelsesfull. Å høre kvinnenenes personlige fortellinger om sin reproduktive reise i deres ønske om barn og familieliv har vært engasjerende og rørende. Fra et kjønnsperspektiv kan det at jeg er kvinne føre til at jeg identifiserer meg med kvinnene og deres ønske om barn, parallelt med at kvinnene identifiserer seg mer til meg, åpner seg og forteller mer. I intervjuene vi gjennomførte hjemme hos informantene, ble jeg møtt med mye varme og vennlighet. En mer uformell og personlig intervju setting, som skapte en spenning mellom profesjonell distanse og personlige vennskap (Kvale et al., 2015, s. 108).

Et annet viktig aspekt ved forskerrollen er å reflektere over eget engasjement, og kunnskap om den biopolitiske debatten rundt lovgivningen. Mest sannsynlig innehar jeg noen faglige og personlige forventninger til funn, der jeg kan benytte refleksivitet som en kompetanse for å reflektere over egen rolle i prosjektet (Hennink et al., 2020, s. 19). Samtidig reflektere over egen partiskhet og nøytralitet underveis i prosessen, spesielt når det handler om ulike sosiale grupper knyttet til institusjoner. Det var spesielt viktig for meg å fremstå objektiv overfor lovendringen og informantene, da mange av intervjuene er preget av politiske ytringer om kvinners reproduktive rettigheter. Flere av informantene forsvarte og argumenterte for valget om å få barn alene og oppsøke privat fertilitetsbehandling. Det var samtidig en underliggende takknemlighet for lovgivningen om assistert befruktning blant enslige, som kan bidra til at informantene ikke er helt ærlige om hele prosessen. Samtidig var jeg som forsker bekymret for at informantene skulle føle seg kritisert eller dømt overfor det valget de har tatt, og jeg var tydelig med alle informantene om at de ikke trengte å svare på spørsmål de opplevde som inngripende eller ukomfortable. Dette bidro til en refleksjon rundt min egen partiskhet, hvordan mine underliggende politiske, økonomiske og sosiale interesser kan bidra til å påvirke prosjektets utforming (Hennink et al., 2020, s. 72).

4.5 Andre kilder: offentlige dokumenter

Offentlige dokumenter benyttes for å gi kontekst og noen rammer for erfaringene kvinnene hadde med vurderingsprosessen og fertilitetsbehandlingen. Dokumentene 'Orientering om endringer i Bioteknologiloven' (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a), 'Endringer i Bioteknologiloven' (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b), 'Uttalelse om assistert befruktning for enslige' (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a), 'Innstilling fra Helse- og

omsorgskomiteen om Endringer i bioteknologiloven mv.’ (Innst. 296 L (2019-2020)) og ‘Proposisjon til Stortinget: Endringer i bioteknologiloven mv.’ (Prop. 34 L 2019-2020)). Dokumentene utgjør en mer omfattende bakgrunnsinformasjon og grunnlag for å forstå bioteknologiloven. I forarbeidene kan vi undersøke argumentene og vurderingene for den nye bioteknologiloven (2020), som kan gi forklaringer på endringene.

Dokumentene benyttes for å gi kontekst og noen rammer for erfaringene kvinnene hadde med vurderingsprosessen og fertilitetsbehandlingen. Jeg fortolker dermed ikke dokumentene i seg selv, men retter fokus på hva de sier om lovgivningen av assistert befruktning til enslige kvinner. Grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere på momenter som omfatter tilgang til enslige kvinner, overordnet helhetsvurdering av både enslige kvinner og par, barnets beste og det biologiske prinsipp, samt bruken av sæddonasjon og åpen donor. Dette kan gi en ytterligere forståelse for kvinnes erfaringer før og under fertilitetsbehandlingen. Stortingsdebatten fungerte som et avgjørende element i analysen, da denne kan gi noen føringer på hvordan grunnlag det var for å iverksette lovgivningen, og hvilke argumenter som ble benyttet for og imot. Samt hvilke ettervirkninger dette kan ha på den overordnede helhetsvurderingen av enslige kvinner.

4.6 Analysestrategi

Analysen vil være preget av en sosialkonstruktivistisk tilnærming, der analytiske konstruksjoner bidrar til å analysere og forstå sosiale fenomener (Sohlberg & Sohlberg, 2018, s. 314). Analysestrategien tar utgangspunkt i SDI – stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora, 2017, s. 18). Denne metoden innebærer to parallelle prosesser: en induktiv prosess som arbeider fra data mot teori, og en deduktiv prosess som arbeider fra det teoretiske mot det empiriske (Tjora, 2017, s. 18). Underveis har det vært benyttet en abduktiv tilnærming, som tilsier at teori og empiri har bidratt til å gi perspektiver om hverandre. I forkant av datainnsamlingen var det valgt ut noen teorier for å begrense problemformuleringen og intervjuguiden. Den var i stor grad basert på Foucaults disiplinærmodell, men datainnsamlingen åpnet for å inkludere andre relevante teorier. På den måten har SDI-metoden fungert parallelt, ved at empirien i stor grad har styrt vinklingen av prosjektet, selv om den opprinnelig har vært utformet på bakgrunn av noen teorier (Tjora, 2017, s. 21). Hovedfokuset for analysestrategien har vært å forstå og analysere enslige kvinners erfaringer, opplevelser og oppfatninger rundt egnethetsvurderingen i deres inngang til det norske reproduksjonsfeltet.

5 Analyse

‘Nå handlet det ikke lenger om jeg skulle få barn alene eller med noen, men om jeg skulle ha barn eller ikke ha barn’ (Sara, informant og ønskemor).

I et forsøk på å få innsikt i informantenes tilnærming til assistert befruktning på en oversiktlig måte, er analysen delt i to hovedkapitler: *marked* og *kontroll*. Begge begrepene rommer omfattende og komplekse spørsmål innen reproduksjon. Grunnet oppgavens omfang er det forbeholdt informantenes opplevelser med assistert befruktning, spesifikt deres muligheter, avgjørelser og oppfatninger i vurderingsprosessen. *Vurderingsprosessen* forstås her som veien til å oppfylle informantenes ønske om barn – prosessen fra kvinnene vurderer assistert befruktning som en løsning for å bli mødre og fram til de blir gravide. *Egnethetsvurderingen* derimot, fungerer som den vurderingen kvinnene må gjennom for å få tilgang til behandlingen, der beslutningen tas av behandlende lege (Helsedirektoratet, 2022b).

Markedskapitlet vil se nærmere på hvordan kvinnene legitimerer og tar valgene sine. Basert på en tanke om individualitet og frihet kan det gi en større forståelse for kvinnenes valg i reproduksjon, og hvorvidt kvinnene aktivt skaper sin egen fremtid (Giddens, 1991). Kvinnenes ønske om barn fører til valg og vurderinger knyttet til reproduktive muligheter i Norge og i utlandet, valg av offentlige og private fertilitetsklinikker og valg av sæddonorere. Jeg er interessert i hvorvidt dette bidrar til å fremme kvinnenes rett til egen reproduktiv kropp, eller om valgmulighetene sakte, men sikkert bidrar til å forsterke et forbrukersamfunn. Et forbrukersamfunn der enslige kvinner med ikke-medisinsk infertilitet, i større grad kan kategoriseres som *forbrukere* i reproduksjonsfeltet (Ravn, 2017, s. 263).

Det andre kapitlet fokuserer på kvinnenes valg og vurderinger i et kontrollperspektiv. Med dette ønsker jeg å belyse hvordan reguleringer i reproduksjon, endringer i bioteknologiloven, kan fungere som mekanismer for å avgjøre hvem som skal få tilgang til assistert befruktning. Mer spesifikt statens behov for å opprettholde kontroll over befolkningens reproduksjon (Foucault, 1976/2020). I den sammenheng skal jeg se nærmere på kvinnenes erfaringer med egnethetsvurderingen, spesifikt barneomsorgsattesten, og deres refleksjoner rundt hensynet om barnets beste.

Begge analysedelene vil bestå av kvalitative intervjuer med syv enslige kvinner som har gjennomgått assistert befruktning i Norge. Kvinnene har vært igjennom prøverørsbehandling eller sædinseminering (med donor) for å få egne biologiske barn i tidsperioden 2020-2021. I tillegg til intervjuer vil analysen inkludere offentlige dokumenter. Dokumentene er knyttet til den nye lovgivningen (2020), og gir perspektiv på hvilke grunnlag de nye endringene i bioteknologiloven er basert på.

Analysen tar utgangspunkt i vurderingene som ble gjennomført i behandlingen fra kvinnenes erfaringer og perspektiv, opp mot lovverket, samt tilhørende rammeplaner og veiledningsskriv. Til sammen vil analysedelen forhåpentligvis gi et bilde på hvem *ønskemødrene* er. Hvordan denne pasientgruppen anser sine muligheter og begrensninger i det reproduktive feltet for valg. Spørsmålene vi ønsker å stille er: hvorvidt kan endringene bidra til å danne nye morskapsidealer? I så fall, hva består den av? Og hvem skaper den, kvinnene, staten eller muligens et uunngåelig samspill av begge? For å ramme inn analysen vil jeg først presentere funn knyttet til valget om barn, barn som investering og sæddonasjon. Deretter funn knyttet til egnethetsvurderingen, formelle attester (barneomsorgsattest) og hensynet om barnets beste.

5.1 MARKED

Begrepet *karrierekvinner* ble først introdusert på 1960- tallet, og beskriver kvinner med ambisjoner om å forfølge en karriere (Sørensen, 2016, s. 61). Dette betegner en økende gruppe kvinner som utsetter familielivet for å prioritere egen karriere, der den største fellesnevneren er prioritering av utdanning og arbeid. Den har handlet om en kvinnefrigjøring, med fokus på kvinners rett over egen kropp og selvstendighet i kraft av lønnsarbeid (Danielsen, Larsen og Owesen, 2013, som nevnt i Sørensen 2016, s. 51). Morsrollen har også vist seg å være gjenstand for feministisk kritikk, der forventninger til kvinner i rollen som mødre blir synliggjort, som kan anses som et hinder for kvinnefrigjøringen (Sørensen, 2016, s. 51). Begrepet om karrierekvinner er mangfoldig, men flere faktorer peker på at kvinnene i informantgruppen kan plasseres i denne gruppen (Sørensen, 2016). Informantene har enten bachelor -eller mastergrad, og flere har tatt flere ulike utdanninger. På nåværende tidspunkt er alle informantene i arbeid i ulike stillingsprosenter, der flere er ansatt i lederstillinger. To av informantene er samtidig studenter og holder på med sin andre utdanning. Helhetsinntrykket forteller at kvinnene i informantgruppen er opptatt av karriere, og har prioritert dette store deler av livet. I takt med at

kvinnene har hatt en selvrealisering gjennom arbeid, individualisering og vektlegging av 'å velge egne liv', har det senere ført til en reorientering mot familieskaping og et ønske om familieliv (Giddens, 1991; Sørensen, 2016).

5.1.1 Valget om barn

Kvinnene i informantgruppen uttrykker et stort ønske om barn, men at det endelige valget bestod av flere nyanserte faktorer kvinnene var nødt til å ta stilling til. Ut ifra deres opplevelser får vi et inntrykk om at veien for å ta valget om å få barn bestod av en lang prosess. Først og fremst handlet det om å aktivt få barn uten én partner og oppdra et barn alene. Helse- og omsorgsdepartementet (2020) poengterte hvordan den overordnede egnethetsvurderingen kan ha større fokus på den enslige kvinnens sosiale nettverk enn for par av hensyn til barnet. Under intervjuene formidler informantene selv et ønske og behov om at barnet skal være omringet av familie og venner. Dette bidro til at flere av kvinnene var avhengige av støtte og aksept for valget om å ha barn alene, før de begynte prosessen med assistert befruktning. Tiril forteller at hun var trygg på at hun kom til å klare å få barn alene, i den grad av at hun også hadde et godt nettverk å lene seg på. Videre forteller hun et konkret eksempel der foreldrene hennes bistod for å hjelpe til etter fødselen:

Tiril: Jeg valgte å gjennomføre behandlingen på grunn av ikke fullt vellykkede forhold og at tiden går [...]. Jeg tenkte at dette klarer jeg helt fint selv fordi jeg har et så bra nettverk, og en familie som støtter meg. Jeg ble også boende med mine foreldre det året jeg var i mammapermisjon, så jeg hadde mye støtte den perioden [...]. Det er bare meg og barnet mitt, men vi har jo masse familie og venner i nærheten så vi har et stort nettverk. Vi er jo som andre folk, lever et helt normalt liv med barnehage og jobb.

Det Tiril forteller går igjen hos flere av kvinnene, spesifikt om mangelen på partner og behovet for et stort sosialt nettverk. Dette kan vi samtidig finne igjen i forskning om ønskemødre i utlandet (Jadva et al., 2009). Et interessant funn er når Tiril sier '*vi er jo som andre folk*', som kan indikere hvordan hun ønsker å passe inn i tradisjonelle mønstre. På den måten kan det virke som at sosiale nettverk er med på å erstatte og fylle farsrollen på ulike måter. Hun understreker poenget med å beskrive barnehage og jobb som normale elementer i hverdagen, som kan forsterke Tirils ønske om å passe inn i den normale familiehverdagen, istedenfor å utfordre den (Bjerklund, 2019).

Tiril beskriver at de lever helt normale liv, til tross for at det verken er en biologisk eller sosial farsfigur til stede. Dette kan samtidig indikere hvordan nye familiekonstellasjoner er mer synlige i den offentlige sfære, som fører til å normalisere familieformer, der barn kun har kjennskap til én biologisk tilknytning. Karoline forteller lignende, der støtte fra familie og venner kommer tydelig frem som en essensiell faktor for å gjennomføre behandlingen. Samtidig beskriver hun valget som *enklere*, da hun visste hun kunne gå for den mer ‘enklere’ metoden innen assistert befruktning:

Karoline: [...] ble slutt med ekskjæresten rett før lovgivningen og han ville ikke ha barn. Jeg begynte å bli gammel og jeg visste jeg lett kunne bli gravid med den metoden (*inseminering*). Samtidig hadde jeg veldig lyst på barn og visste at familie og venner var støttende [...]. Jeg er fremdeles alene, men har mor i nærheten som stiller opp.

Dersom vi fokuserer kun på den fysiske og medisinske faktoren ved assistert behandling, er inseminering en enklere, kortere og billigere metode for å få egne barn med assistert befruktning (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a; Romundstad, 2020). Veien for å oppfylle ønsket for barn kan dermed anses enklere for kvinnene i informantgruppen som hadde behandling med sædinseminering, i motsetning til kvinnene som måtte gjennomgå prøverørsbehandling. For Kristin var hun avhengig av foreldrenes støtte og samtykke, for å kunne begynne prosessen med å ha barn.

Kristin: [...] den sommeren fortalte jeg det til foreldrene mine [...]. Jeg tenkte at hvis jeg skal gjøre det må jeg vite at jeg har den støtten og må vite at de er der, ellers blir det vanskelig å tenke at man skal gjøre det alene.

Fertilitet, i form av tid og alder, var den essensielle faktoren for at kvinnene følte de ikke kunne vente med å gjennomføre behandlingen (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Det førte samtidig til at kvinnene ikke følte de hadde tid til å finne eller slå seg ned med en partner de kunne ha et barn med. For flere av informantene ble de utålmodige med tanke på ‘den biologiske klokken’. Etter en viss alder øker sjansen for risikoer ved svangerskapet, som samtidig øker sjansen for flere mislykkede forsøk (Helsedirektoratet, 2020a)¹⁸. Sara belyser et paradoks der

¹⁸ Med tiden minsker kvinnens fertilitet som påvirker sjansen for å bli gravid, i takt med risikoen for kromosomfeil hos fosteret. Etter fylte 38 år har kvinnen mulighet til å gjennomføre en nip-test. Denne fungerer som en blodprøve og er en av de nye endringene i bioteknologiloven (Helsedirektoratet, 2022c).

hun av biologiske årsaker får kortere tid, i takt med at det offentlige helsevesenet bruker lengre tid. Mens tiden gikk handlet det først og fremst om å ha barn eller ikke ha barn:

Sara: Jeg skjønnte at tiden for å bli mor begynte å renne ut. Nå handlet det ikke om jeg skulle få barn alene eller med noen, men om jeg i det hele tatt skulle ha barn eller ikke [...]. Jeg startet prosessen med å sjekke fertiliteten [...]. Da jeg var 35 år fikk jeg beskjed om at det er mye større sjans for at jeg blir gravid i år enn neste år. Da begynte jeg å skjønne at nå måtte jeg gjøre noe, men alt tar veldig mye tid. Det var lang ventetid for å komme til gynekologen [...]. Deretter tok det mange måneder bare for å sjekke fertiliteten. Samtidig var det ikke lov i Norge og jeg visste ikke om jeg skulle vente til jeg møtte en mann å få barn med. Etter nesten et år var jeg på et informasjonsmøte på Stork-klinikken i Danmark. Så jeg brukte et år på å bestemme meg for om jeg skulle gjøre det.

Her underligger et viktig poeng. Til tross for at den biopolitiske debatten om å tilby assistert behandling til enslige kvinner har sirkulert rundt potensielle konsekvenser av at barn vokser opp uten en 'farsfigur', er det ikke det Sara selv fokuserer på. Ifølge Giddens (1991) er det å *ikke* ta valg i seg selv et valg. Dersom Sara, og flere av kvinnene, ikke hadde valgt å ty til assistert befruktning, hadde det ikke lenger vært opp til hvert enkelt individ å få barn eller ikke. Sara tar dermed et bevisst valg om å ha egne barn, som handler i mye større grad om å ha barn, enn det å ha barn uten en partner. Dette kan fortelle hvordan nye teknologier og muligheter i det reproduktive feltet legger opp til at det hvert enkelt individ må ta ansvar for egen reproduksjon, at både det å ha barn eller ikke ha barn kan anses som et valg (Giddens, 1991; Ravn, 2017). Å ha barn er ikke lenger en like naturlig del av livet, men noe som i større grad planlegges og tilrettelegges for både enslige kvinner og par. I likhet med Sara, opplever Marthe mye av det samme tidspresset i prosessen om å få barn gjennom assistert befruktning:

Marthe: Jeg var i en prosess i forkant der jeg tenkte mye på det, for det er jo et stort og vanskelig valg å ta. Tenkte en stund at dette kunne jeg ta stilling til seinere, men så begynte jeg å kjenne på den biologiske klokken som tikkete fortere og høyere. Jeg begynte da å tenke mye på det og snakket med familien om det [...]. Jeg kom etter hvert fram til at jeg hadde lyst på barn og at det var den eneste muligheten i forhold til hvordan min livssituasjon var da.

Både Sara og Marthe forteller hvordan det ikke lenger handlet om å få barn sammen med noen, men at det i større grad handlet om å ha barn eller ikke ha barn. Begge to forteller hvordan assistert befruktning var den eneste muligheten for å få egne barn. Leah forteller lignende, ved

at hun i utgangspunktet kunne tenke seg å få barn med noen, men at 'den biologiske klokken' gjorde at sjansene for å få barn minskes jo lenger hun venter. Dette stemmer overens med annen forskning om ønskemødre, at å få barn uten en mann ikke er deres primærønske og at flere av kvinnene har hatt langvarige forhold tidligere (Layne, 2013, s. 141 og s. 153). Det viser samtidig hvordan denne gruppen mødre skiller seg distinkt fra andre kvinner, som er single mødre grunnet separasjon eller skilsmisse (Jadva et al., 2009). Marthe og Sara gir uttrykk for at valget om å gjennomføre assistert befruktning med donorsæd ikke bare handlet konsekvent om å få barn uten en partner eller ikke, men frykten for å potensielt ha et barn med feil partner. Et funn som skiller seg fra resten, er hvordan Leah uttrykker at hun ikke har hatt barnedrømmen tidligere. Hun tenkte at hun måtte vente med å gjennomføre behandlingen før hun 'hadde ting på stell', som kan indikere kvinnenens egne underliggende forventninger i valget om barn, der hun belyser et lite håp om å møte en 'riktig' partner å få barn med:

Leah: Etter jeg fylte 30 begynte jeg å tenke mer på barn, men jeg har ikke alltid har hatt den barnedrømmen. Men når jeg ble eldre kjente jeg på at livet ikke kom til å bli komplett hvis jeg ikke fikk barn. Og da har jeg alltid vært flink pike og tenkt at jeg ikke har det på stell, må ha det på stell først, og at jeg ikke har stor nok leilighet. Så kjente jeg på når jeg fylte 40 at: 'nei, dette ordner seg' [...]. Jeg startet da jeg var 39, men jeg hadde tenkt en del på det. For jeg ble ikke noe yngre og kjente at klokka tikket. Så er det litt sånn at du utsetter det litt, for du har lyst til å møte noen. Men når det ble lovlig i Norge startet jeg nesten med en gang.

Den store fellesnevneren til kvinnene er ønsket om barn. Muligheten for å oppnå dette ønsket utenom assistert befruktning er gjennom adopsjon og surrogati (i utlandet), men ønsket om egne barn står sterkt hos informantene. Det 'egne' er ikke ensbetydende, men det adopsjon og surrogati har til felles er at den utelukker den biologiske veien for å få egne barn (Melhuus, 2016). Dette kan i noen grad samsvare med det Thea forteller som en fysisk motivasjon i valget om egne barn:

Thea: Grunnen til at jeg ikke adopterte er fordi jeg ønsket å gå igjennom hele prosessen: å få føde. Det er den rent fysiske motivasjonen. Så er det å ha lyst til å oppdra et lite menneske og følge det livet. Og ha sin egen lille familie.

For Marthe er det å ha egne barn noe som ligger *biologisk*, og beskriver valget som en retning i livet.

Marthe: Jeg følte det var noe som manglet i livet mitt. Det å få barn er noe som ligger biologisk og jeg har alltid sett for meg at jeg skulle få barn. Noe som gir mer mening i livet mitt og en retning i livet.

Noe som går igjennom hos flere av informantene, er at det å få barn anses som en naturlig del av livet. For Leah og Thea presenteres ønsket om barn som en biologisk trang til å ha barn. Ifølge Ravn (2017) er det å aktivt gjøre noe med ens infertilitet presentert som den mest åpenbare handlingen i en kontekst av biologi og medikalisering. Trangen til å få barn forstås dermed som en biologisk trang, spesielt i et samfunn der teknologi og ekspertise er tilgjengelig (Ravn, 2017, s. 272). Med lovgivningen anses den som en nærmest automatisk naturlig del av livet, til tross for at behandlingen tidligere kun har vært tilgjengelig for par. Lovendringen bidrar til å produsere nye normer for morskap ved å ta utgangspunkt i kvinnes identiteter som mødre, og deres tilnærminger til å finne løsninger for å innfri ønsket om barn (Ravn, 2017; Sawicki, 1999). Lovgivningen av assistert befruktning for enslige kvinner muliggjør å få barn, samtidig som at den begrenser de, både ved tilgjengeligheten og juridiske restriksjoner (Ravn, 2017).

Assistert befruktning har utviklet seg fra å være noe 'annerledes og fremmed' til en naturlig hjelp i prosessen for å få barn, der assistert befruktning har bidratt til å legitimere noen foreldreskap foran andre typer foreldreskap (Ravn, 2017, s. 272). Mellom grensen mellom natur og kultur blir noen foreldreskap dermed en del av et passende *unfnangelsesrepertoar* (Lie, 2002, som nevnt i Ravn, 2017). Slik kan vi anse assistert befruktning som nye eksempler på gamle ting (Thompson, 2005, s. 141). Å benytte seg av assistert befruktning i ønsket om barn, forstås som mer naturlig blant kvinnene etter lovendringen. Deres ønske om et familieliv fremstår viktigere, enn behandlingsmetoden de benytter for å innfri dette ønsket.

5.1.2 Barn som en økonomisk investering

Det fremste argumentet for å innføre lovgivningen om åpne tilbudet for assistert befruktning for enslige kvinner var at det var en etterlengtet gode med stor etterspørsel (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Bioteknologiloven har gått fra å være et behandlingstilbud som først og fremst ga tilbud til ufrivillige barnløse par grunnet medisinske årsaker med behov for fertilitetsbehandling, men har med årene blitt mer tilgjengelige for pasientgrupper uten medisinske årsaker som hovedårsak for behandlingen. En faktor å ta stilling til er at alle informantene mottok behandling på private fertilitetsklinikker. Denne faktoren er betydelig, til

tross for at prosjektet ikke får undersøkt forskjeller i rutiner mellom offentlige og private fertilitetsklinikker. Likevel har flere av kvinnene hatt direkte og indirekte erfaringer med det offentlige helsevesenet før de kontaktet privat fertilitetsklinikk, som kan gi noen indikasjoner på ulikheter blant klinikkene.

Hovedgrunnen for at kvinnene endte opp med å gjennomføre behandlingen på privat fertilitetsklinikk var lang ventetid på offentlige klinikker. Alle pasientgrupper som søker om assistert befruktning i offentlige klinikker havner i samme kø (Helsedirektoratet, 2020a). Ved offentlige sykehus tilbys donorer fra norske sædbanker fra Oslo Universitetssykehus og Haugesund sykehus, mens andre private virksomheter tilbyr donorsæd fra utenlandske sædbanker (Helsedirektoratet, 2015, s. 8). Etter kontakt med privat fertilitetsklinikk opplyser alle informantene at de begynte behandlingen kort tid etter at formalitetene var på plass, i form av obligatoriske samtaler og formelle attester. Tiril, Kristin og Karoline fikk behandling med donor i form av sædinseminering, mens Sara, Leah, Thea og Marthe fikk prøverørsbehandling med donor. Sædinseminering kan anses som en enklere og billigere behandlingsform enn prøverørsbehandling - som omhandler 'befruktning utenfor kroppen'. (Helsedirektoratet, 2020a; Romundstad, 2022).

I henhold til finansiering i debatten om innvilgelsen av assistert befruktning for enslige kvinner ble det diskutert hvordan tilbudet skulle finansieres (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Det understrekes i uttalelsen at dersom tilbudet om assistert befruktning utvides til flere grupper som er ufrivillige barnløse grunnet ikke-medisinske årsaker, kan det være aktuelt at enkelte av gruppene må finansiere behandlingen selv hos private fertilitetsklinikker med offentlig godkjenning (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Dette kan skape noen forventninger til hvilke økonomiske forutsetninger som forventes av kvinnene som søker om assistert befruktning. Samtidig bidra til å øke forskjellene mellom kvinner som oppsøker behandling grunnet medisinske årsaker og ikke. Thea poengterer noen forskjeller i behandlingen på privat og offentlig klinikk:

Thea: Jeg tror det er veldig stor forskjell på offentlig og privat. Kjenner en som prøvde fire forsøk på privat, så dro hun på en offentlig klinikk og fikk det der i stedet. Jeg stod på venteliste der (offentlig klinikk) fra starten av, men det hadde jeg ikke tålmodighet til. Og hun jeg kjenner sier det er en stor forskjell og det er naturlig nok, og det er naturlig nok for vi er jo ikke syke.

Det er jo en annen behandling. Privat får jo grovt betalt for å ha duftlys og sette seg ned og ha en samtale med deg. Du er jo på spa på en helt annen måte.

Et interessant funn ved Theas utsagn er hvordan hun sammenligner fertilitetsklinikken med et *spa*. Dette gir et bilde på hennes syn på privatisert helsevesen, og hvordan private klinikker er avhengig av å opprettholde en høy standard og kundeservice for å ivareta bedriften (Fraser, 2014; Wiel, 2020). I uttalelsen til Norheim og Gråbøl-Undersrud (2020a) er det gitt uttrykk for at en slik behandling er rettferdig å innføre når likekjønnede lesbiske par får tilbud om fertilitetsbehandlet utelukkende grunnet et ønske om barn, men at å gi tilgang til kvinner kan skape debatt og urettferdighet ovenfor menn som ønsker å få egne biologiske barn alene. I den forstand kan det tenkes at å utvide tilbudet om assistert befruktning til flere grupper, kan føre til enda større etterspørsel etter sæddonorer. Samtidig bidra til å øke etterspørselen om fertilitetsbehandling på private fertilitetsklinikker, da det gjelder grupper som er medisinsk fruktbare. I uttalelsen gis det uttrykk for bekymringer rundt om flere grupper får tilgang til assistert befruktning, kan føre til en økt privatisering i fertilitetssektoren (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Dermed tydeliggjøre forskjellene mellom pasienter som er medisinsk ufruktbare og ikke-medisinske ufruktbare. Til tross for at Thea føler seg mer som en kunde enn en pasient, har Sara en annen tilnærming.

Sara: Jeg følte at jeg ikke var noen pasient i starten da jeg bodde i Norge og reiste til Danmark, så det var stor betydning at det ble lov. Selv for de som får behandlingen i Danmark, for du slipper å føle deg kriminell. Kjente på den urettferdigheten fordi jeg ikke hadde en partner, skal jeg liksom ikke få hjelp? [...]. Føler meg veldig bra møtt av privat fertilitetsklinikk, og vi er på lag og vi gjør dette sammen og føler meg ivaretatt [...]. Det sier mange i offentlige at de ikke blir møtt, ikke blir hørt og behandlingen blir ikke tilpasset nok [...]. Jeg er egentlig tilhenger av det offentlige helsevesenet og syns ikke det er bra å måtte gå privat, men jeg ser hvor stor forskjellen er på fertilitetsbehandlingen i det offentlige og i det private.

Sara er en av informantene som reiste til Danmark for å gjennomføre fertilitetsbehandling før lovendringen (2020). Hun forteller hvordan hun anså seg selv mindre 'kriminell' etter lovendringen, og kan gi noen indikasjoner på hvorvidt behandlingen tilrettelegges for enhver pasient. At det offentlige i større grad er preget av en ressursmangel, slik at pasienter ikke føler de ikke får den behandlingen de prinsipielt har krav på – selv med ikke-medisinske årsaker eller tilstand. Et interessant funn er hvordan Sara legitimerer valget sitt, selv om det går imot hennes verdier om å være tilhenger av et offentlig helsevesen.

Wiel (2020) mener det er en økt privatisering av fertilitetsbehandlingen, og hvordan 'forbrukere' får et større ansvar for egen reproduksjon. Hvordan økt privatisering bidrar til å åpne eller gjøre det enklere å få tilgang på en gode og et etterlengtet familieliv. Wiel (2020) mener det er et skifte i utviklingen fra reproduksjon til fruktbarhet i prøverørsbehandling, der behandlingen i større grad handler om en proaktiv håndtering av fruktbarhet gjennom hele livsløpet. På den måten kan informantenes valg gi noen indikasjoner på at de er mer ansvarlige for deres nåværende og framtidige reproduksjon. Kristin beskriver hvordan hun opplevde forskjellene mellom privat og offentlig fertilitetsklinikk:

Kristin: [...] Jeg vurderte offentlig, men fikk vite at det var lang ventetid, at det var det allerede før man åpnet for enslige [...]. Og siden den fertilitetsundersøkelsen viste at jeg kunne ta den enkleste behandlingen i form av sæddonasjon, i motsetning til IVF som er dyrere, så da valgte jeg å gjøre noen forsøk der (privat klinikk). Og hvis det viste seg å bli vanskelig eller tok mange forsøk kunne jeg tenkt meg å gå offentlig slik at jeg hadde den muligheten også. [...] Jeg har vel forstått det sånn at i det offentlige blir du kanskje spurt flere spørsmål i den første samtalen, at de går mer inn i familiesituasjon, økonomi osv. For jeg husker at jeg så på de skjemaene, som på det tidspunktet var for par da, og der var det mer sånne detaljer enn det jeg kan huske at jeg ble spurt om i privat klinikk. At det er litt grundigere på den måten.

Valget falt på privat fertilitetsklinikk grunnet kortere ventetid og behandlingstype. Hun trengte kun inseminering, som er en mye billigere behandlingstype enn prøverørsbehandling. Videre at hun kunne tenkt seg å gå til offentlig klinikk, dersom det krevde flere forsøk med inseminering på privat klinikk. Dette forsterker samtidig pasient/forbruker-sjargongen, som flere av informantene påpeker. Wiel (2020) undersøker finansieringen av fruktbarhet, mer spesifikt på sammenhengen mellom økonomiske investeringer i en framtid der flere kvinner fryser eggene sine. Thea forteller at hun hvert år betaler på et fryst egg som oppbevares på fertilitetsklinikken, til tross for at hun ikke tenker å gjøre noe med det. Videre uttrykker hun et etisk dilemma ovenfor det fryste egget:

Thea: [...] Så har jeg et embryo på frys og den betaler jeg et par tusen for i året. Og det er en absurd følelse for det er jo bare for å holde det lille mennesket i live, for jeg har ikke tenkt til å gjøre noe med det. Spesielt når jeg er alene, for det har jeg ikke overskudd til. Det er jo kjemperart, det er jo som en abort hvis de kaster det.

I: Et etisk dilemma?

Thea: Ja, jeg synes det er vanskelig for jeg vet jo at barn blir til av embryo som har vært fryst i 20 år. De er litt mer menneske enn en eggløsning liksom. Og hvis jeg skulle prøvd igjen er jeg eldre og mindre sjanse for at det skal lykkes på første forsøk. så da må jeg prøve igjen med ny donor. Skulle ønske jeg ikke hadde noen ekstra, kjenner jo andre som har 10 på frys osv. Det er trygghet, men jeg vet hvor liten sjanse det er for det lykkes så det er ikke så trygt heller.

Dette kan bidra til å poengtere kvinners ansvar for egen reproduksjon. Flere valg og muligheter for å opprettholde fruktbarheten, kan føre til at kvinner får mer kontroll når de ønsker å få barn. Samtidig at det kan bidra til å legge befolkningens reproduksjon på hver enkelt kvinne. På en annen siden kan dette bidra til å forsterke kvinnene som 'forbrukere' og bidra til å gjøre bioteknologi mer 'naturlig' og 'tilgjengelig' for enkelte grupper. Det fremstår i utsagnene til kvinnene at selv om de tar et aktivt valg om å ha barn, er valget om å gjennomføre assistert befruktning på privat klinikk nærmest unngåelig. Dette begrunnes i for lang ventetid, som minsker sjansene for å kunne bli gravid, til tross for at flere av kvinnene belyser hvordan de støtter et offentlig helsevesen framfor et privat helsevesen.

5.1.3 Sæddonasjon

Et gjengående argument imot lovgivningen av assistert befruktning til enslige, har vært skepsisen til sæddonasjon, mens et argument for lovgivningen er regulering av sæddonasjon, spesifikt knyttet til åpen og anonym donor (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Dette vil bidra til at behandlingen vil foregå i 'tryggere' rammer for kvinnen og barnet som unnfanges ved sæddonasjon. I andre skandinaviske land er det lov å velge mellom åpen og anonym donor, mens Norge avskaffet anonym donor i 2005 (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Lovendringen gir donorbarn rett til å vite om sitt biologiske opphav når de fyller 15 år, som tilsier at de kan få informasjon om donor og deres biologiske 'donorfar'. I den biopolitiske debatten står argumentet om *det biologiske prinsipp* sterkt, som handler om at barn skal ha biologisk tilknytning til enten mor eller far. Dette anses viktig for barns identitet og selvforståelse (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Argumentet er blitt benyttet imot tilbudet for eggdonasjon blant enslige kvinner, da det vil føre til at barnet ikke har biologisk tilknytning til 'mor' eller 'far'.

I forkant av fertilitetsbehandlingen (prøverørsbehandling eller insemineringsbehandling) har alle informantene vært i en eller annen form for ‘donorsamtale’ i fertilitetsklinikken. I valg av donor forteller informantene om ulike praksiser. I de fleste privatklinikkene er det mulig å velge ut tre ‘ønskedonorer’. Dette er tre profiler som pasienten selv velger ut, og man kan vanligvis velge mellom en enkel og utvidet profil¹⁹ avhengig av praksisen i den enkelte fertilitetsklinikken (Medicus, u.å). Alle informantene har benyttet donorer fra danske sædbanker. Karoline forteller at hun fikk velge ut donor selv på European Sperm Bank. En nettside med informasjon om skandinaviske sæddonorer:

Karoline: [...] var på European sperm bank der det er en nettside med profiler, og fant et par sæddonorer jeg synes var søte og så hyggelige ut. [...]. Så tenkte jeg at dette går ikke - klarer ikke velge. Også leste jeg om en på nettet som hadde fått legen til å bestemme for seg, og det likte jeg så det gjorde jeg. Det var noen ting vi ble enige om, og kom fram til at det var greit om dette barnet kunne ende opp med å ligne litt på meg.

Karoline var en av informantene som fikk størst frihet i valg av sæddonor, men ønsket selv at legen skulle bestemme. Marthe og Thea fikk derimot ikke aktivt delta i å velge ut sæddonorer, men pekte ut tre ønskedonorer. De forteller at fertilitetsklinikken la et stort fokus på at barnet skulle ligne mest mulig på mor. På den måten ville de sikre at sæddonoren hadde like fysiske trekk som mor, knyttet til hårfarge, øyefarge og hudfarge. I donorsamtalen deres ble det spurt om hvilke verdier og interesser som stod høyt hos kvinnene, som skulle hjelpe klinikken i valg av donor:

Marthe: [...] I intervjuet snakket vi om mine verdier og interesser, og litt om hva de skulle være på utkikk etter når de skulle velge donor. Når det kom til kriterier snakket vi om fysiske trekk, for eksempel øyefarge, slik at barnet skulle ligne mest mulig på meg [...]. Der og da synes jeg det var litt rart å ikke skulle få bestemme selv hvem som skulle være donor til barnet mitt, og det kjente jeg litt på at var litt merkelig. Det var det som gjorde at jeg var litt usikker på om jeg skulle gjennomføre behandlingen. Men jeg måtte ha tillit til dem og jeg følte at jeg fikk vektlegge hva som var viktig for meg. Jeg stolte på at de hadde mine interesser i bakhodet når de skulle velge donor for meg. Samtidig var det litt godt å bli fritatt det ansvaret, og det har jeg tenkt mye på i ettertid. Jeg er glad for at de tok valget og ikke jeg, for da føler jeg ikke like mye at jeg har vært på shopping.

¹⁹ I utvidede profiler får pasienten informasjon om donorens personlighet, familiebakgrunn, utdanning og interesser, samt barnebilde (Medicus, u.å).

Marthe forteller at hun ble lettet for at hun ble fritatt ansvaret i å velge donor, og peker på hvordan det bidro til å føle at hun ikke 'har vært på shopping'. Informantene har gitt uttrykk for at de ikke er opptatt av fysiske egenskaper i valg av donor, men ønsker at barnet deres skal føle en biologisk tilhørighet til familien. I likhet med uttalelsen av Norheim og Gråbøl-Undersrud (2020a) er informantene opptatt av det biologiske prinsipp, i form av at barnets fysiologiske egenskaper har en betydning for deres selvforståelse og identitet. Thea forteller at hun fikk velge ut tre potensielle sæddonorer, men poengterer at etter barnet ble født skulle ønske hun hadde mer informasjon om barnets sæddonor.

Thea: Jeg var til en kjapp samtale med en lab-tekniker om hvordan de plukker ut eller hvordan det fungerer. Og da fikk jeg beskjed om at donoren skal ligne mest mulig på mor, men jeg har hørt det er veldig ulik praksis. [...] Til slutt la jeg bare pengene på bordet, for jeg ville ikke ta noen sjanser lenger. På en måte var det en god følelse å få velge ut, men nå syns jeg det er vanskelig fordi jeg sitter på info om tre potensielle og når barnet mitt spør meg vet jeg ikke helt hva jeg skal svare. Så skulle litt ønske at jeg ikke visste, spesielt når donor 1 begynner å ligne litt.

I valg av sæddonor kommer det fram tydelige uttrykk om forbrukerisme (*consumerism*) i prosessen om å få et barn. Thea forteller hvordan friheten rundt valg av donor har bidratt til ubesvarte spørsmål, mens Marthe er lettet for å bli fritatt ansvaret om å velge donor. Men begge to gir uttrykk om å kjøpe et barn: 'Til slutt la jeg bare pengene på bordet, for jeg ville ikke ta noen sjanser lenger.' (Thea) og '[...] for da føler jeg ikke like mye at jeg har vært på shopping.' (Marthe). Kroppslig materiale, i form av sæddonasjon uttrykkes som en vare. Til tross for tegn på forbrukerisme, ser vi allikevel noen rammer for kontroll, der behandlende lege tar den endelige beslutningen om sæddonoren.

Blant kvinnene majoriteten enige om at fertilitetsklinikkene utrykte at barnet skulle ligne mest mulig på mor, der fysiologiske egenskaper var i fokus. Dette kan gi uttrykk for barnets beste i form av genetisk tilhørighet, og kan fortelle om kvinnenes ønske om 'egne' barn. Å ha 'egne' barn fremstilles ikke kun i den biologiske prosessen med å få barn og hva forelderen (biologisk) kan reprodusere i barnet, men samtidig hva barnet kan reprodusere i forelderen (Melhuus, 2016, s. 70). Denne ideen tar utgangspunkt i Strathern teori om at ønsket om å reprodusere

overskygges av ønsket om å få et barn overhodet (Strathern 1992, som nevnt i Melhuus 2016, s. 69).

Lovgivningen for assistert befruktning blant flere grupper som går innunder *ikke-medisinsk ufruktbare*, kan føre til en økt privatisering av fertilitetsbehandling, grunnet et større behov for ressurser i form av sæddonorer, oppbevaring av fryste egg og embryo, samt medisinske undersøkelser og oppfølging. Denne tendensen kan føre til å legge mer ansvar på den enkelte personen, der det gis flere valg og muligheter til å styre og planlegge ens egen reproduksjon og fertilitet. Dette kan samtidig føre til økt etterspørsel for sæddonorer (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Grunnet økt etterspørsel tilbyr private og offentlige forskjellige sæddonorer (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Private fertilitetsklinikker benytter danske sædbanker, mens offentlige fertilitetsklinikker benytter norske sædbanker. Sara var en av informantene som hadde erfaring med fertilitetsbehandling i Danmark, der hun fikk være med delaktig i valget om sæddonor, sammenlignet med praksisen i Norge:

Sara: Først (i Danmark) syns jeg det var fælt å skulle velge, fordi det ble så mange valg og overveldet og stå ansvarlig for å ta et så viktig valg for et barn. Men samtidig syns jeg det var fint, for da kunne jeg fortelle barnet mye om deres biologiske opphav. [...] Og da jeg kom til Norge syns jeg det var fælt fordi jeg ikke fikk vite noen ting. For det tar fra meg et valg og det som er bra at det tar vekk ansvaret så jeg kan ikke lastes for det valget, men jeg syns det er verre at når da ungen min vokser opp har jeg ingen svar. Så det mangler en brikke i barnets historie som jeg veldig gjerne skulle gitt barnet litt av.

Dette kan gi et bilde på hvordan sæddonasjon anses mer som en jobb, der eggdonasjon anses som en gave (Almeling, 2009) og samtidig understreke at en sosialt far er mer essensielt for et barn enn en biologisk far (Bjerklund, 2019). Farskapet forstås dermed mer flytende enn morskapet, mens relasjonen mellom mor og barn regnes som fast og evig. Et valg som ikke kan velges bort, der forbindelsen varer livet ut (Melhuus, 2001, s. 64).

5.2 KONTROLL

Til tross for at det eksisterer et prokreativt univers med uendelige muligheter for å innfri ønsket om barn i andre land, bør vi anerkjenne hvordan reguleringsregimer kan gi uttrykk for hvem som får og bør reprodusere (Melhuus, 2001; Sawicki, 1999). Reproduksjonsmarkedet kan legge et trykk på andre reproduksjonsregimer, men tilbudet om assistert befruktning til enslige

kvinner i Norge kan anses å være underlagt noen begrensninger – eller *risikovurderinger* i egnethetsvurderingen. Den kan bidra til å skape noen spesifikke former for atferd, der tilbudet både muliggjør og begrenser muligheten (tilgangen) for å få barn (Ravn, 2017). Slik vi så i det forrige kapitlet, ble valget om å ha barn beskrevet som *enklere* for flere av informantene da endringen ble vedtatt. Tilbudet fungerte som en slags bekreftelse, ikke bare en bekreftelse på at enslige kvinner kan være egnede mødre, men en bekreftelse på friheten av å få *lov* til å prøve:

Sara: Det har stor betydning at det er lov. Jeg sa til mamma at jeg følte meg så dum for jeg gjorde det i utlandet, for det var dyrt og det var ikke vellykket. Da sa mammaen min: ‘selv om det ikke skulle gå, husk hvor viktig det var for deg å få lov til prøve’. Man må vite at man får lov til å prøve, lov til å bestemme, lov å gjøre et forsøk. Den verdien der, siden jeg også prøvde når det ikke var lov i Norge så slipper jeg å tenke at barnet mitt er et resultat av noe som ikke er lov. Og nå er det på en måte annerledes, for nå er han et barn som alle andre.

Sara fremstiller et interessant poeng når hun forteller: ‘slipper å tenke at barnet mitt er et resultat av noe som ikke er lov’. Selv om enslige kvinner (før lovendringen) har hatt muligheten til å gjennomføre fertilitetsbehandling i andre land med andre reproduksjonsregimer, gir Sara indikasjoner på hvorvidt valget hennes om å gjennomføre behandlingen i utlandet potensielt kunne påvirket barnets fremtid. Dermed kan vi stille spørsmålet: kan et hinder for enslige kvinner i reproduksjonsmarkedet (før lovendringen) ha vært tanken om det fremtidige barnet, og dens møte med et regime som gir uttrykk for at barnet er et resultat av noe som *ikke* er lov? Kan denne tanken, i en disiplinær kontekst (biomakt), begrunnes i juridiske prinsipper som hensynet til barnets beste? I så fall, hvordan – hvordan ikke?

Denne tanken kan videreføres i paradokset om markedet og kontrollen i skjæringspunktet mellom kvinnes mulighet til å prøve å få barn – og kvinnes lov til prøve å få barn, som kan presentere både kvinners rettigheter og frihet over egen reproduksjon. Biomakt eksisterer ikke kun i menneskelige handlinger, men er en del av måten mennesker er, snakker og tenker på (Hammer, 2017, s. 13). Med denne ideen blir det utviklet normaliserte former for atferd, en egen virkelighetsforståelse, noen normer og idealer om hvordan være et menneske – hvordan være en mor (Sawicki, 1999, s. 190). I takt med økningen av nye og alternative morskapsidealene, er det imidlertid ikke alle formene av morskap som kan forstås som likeverdige (Sawicki, 1999, s. 193). En faktor er den økte vektleggingen av barnets beste som har fått betydning for endrede foreldreskapsnormer (Sørensen, 2016, s. 51). Politikken underliggende prinsipp om ‘barnets beste’ er aktiv i morskapsdiskurser. Nåtidens morskapsdiskurser kan forstås i samfunnets

økende barneorientering, der oppfatning av barns behov og foreldres forpliktelser i forhold til barnet har endret seg (Ellingsæter, 2005). Prinsippet tar en større del i politikk- og samfunnsdebatt som et hensyn uten nærmere begrunnelse.

Det underligger dermed antagelser om barns behov, som sjeldent er gjenstand for kritisk drøfting mot andre hensyn (Ellingsæter, 2005). Andre hensyn i denne sammenhengen kan forstås som kvinners rettigheter i reproduksjonsfeltet. Ellingsæter (2005) diskuterer at forestillinger om barnets beste naturaliseres. Dermed at barns utvikling og sosialisering transformeres til noe naturlig. Et større fokus på barns behov og rettigheter bidrar til å øke kravene til foreldrearbeid – i stor grad av morsarbeidet. Familien er dermed i økende grad samtidig underlagt en profesjonell og statlig kontroll (Ericsson 2001, referert i Ellingsæter 2005). Ericsson (2001, referert i Ellingsæter, 2005) argumenter for at denne utviklingen har oppstått på bakgrunn av en rekke yrkesgrupper med profesjonell kunnskap om barn og barns utvikling som kontrollerer foreldrearbeidet. En rekke reguleringsdiskurser som bidrar til å legitimere spesifikke krav til moderskapet (Sawicki, 1999, s. 193). Lovgivningen åpner for å gi kvinner flere valg knyttet til sin egen reproduksjon, og gir enslige kvinner mulighet til å oppfylle ønsket om barn innenfor norske rammer. I denne delen ønsker jeg å undersøke nærmere kvinnenes vurderinger, erfaringer og oppfatninger i møte med disse rammene.

5.2.1 Egnethetsvurderingen

I forkant av lovgivningen var det flere bekymringer knyttet til å tillate assistert befruktning til enslige kvinner. Blant annet påpekte medlemmer fra SP og Krf at dersom assistert befruktning skulle tillates enslige kvinner, måtte det legges betydelig vekt på at kvinnen har et stort og støttende nettverk rundt seg. De mente at konsekvensen ved dette kunne føre til at kun ressurssterke enslige kvinner ville bli tilbudt assistert befruktning (Innst. 296 L (2019-2020), s. 20). I utviklingen av egnethetsvurderingen er det spesielt noen problemstillinger som har dukket opp: føringer på retningslinjer for vurderingen, lovfestet aldersgrense på fertilitetsbehandling, innsyn i taushetsbelagt informasjon og barneomsorgsattest. Den første gjelder sentrale føringer på retningslinjer for egnethetsvurderingen, med konkrete retningslinjer som gjør det enklere for leger å ta en vurdering på søkernes omsorgsevne (Prop. 34 L (2019-2020), s. 20).

Beslutningen om behandling med assistert befruktning skal bygges på medisinske og psykososiale vurderinger av kvinnen. Denne beslutningen tas av leger, jf. Bioteknologiloven § 2-6. Departementet poengterte at legenes vurdering kun skal legge vekt på relevante og ikke

usaklige hensyn, og viste til Grunnloven § 98 og Likestillings -og diskrimineringsloven § 6 og § 9 (Prop. 34 L (2019-2020), s. 24). Den psykososiale vurderingen av enslige kvinner skal i utgangspunktet være den samme som ved vurdering av par. I vurderingen av søkernes omsorgsevne står hensynet til barnets beste sentralt. Kvinnen skal kunne ivareta barnets behov på en god måte, som kan innebære at det bør legges mer vekt på kvinnens helse og sosiale nettverk, i større grad enn i vurderingen for par (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ved spørsmål rundt egnethetsvurderingen, forteller Marthe at hun i samtaler med fertilitetsbehandlere følte hun ble vurdert før hun mottok behandlingen:

Marthe: Ja, jeg følte jeg ble vurdert. Jeg hadde samtaler med sykepleier og etter hvert lege. Jeg fikk spørsmål om fysisk helse, men også om det psykososiale, nettverket mitt og motivasjon.

Videre forteller Marthe hvordan hun opplevde egnethetsvurderingen som en positiv opplevelse, som vi kan kjenne igjen i Karolines erfaringer på fertilitetsklinikken:

Karoline: [...] De visste jeg hadde fast jobb og det skrev jeg også på skjemaet. Jeg hadde nettverk rundt meg, og sikkert formelt at de måtte spørre, men det var mer en samtale. Så de visste jeg hadde full jobb, god inntekt, familie i nærheten og sånne ting. [...]. Det er ikke sånn at de sier psykososialt, men du merker at de bekrefter at du har skjønt hva du går til [...]. De (fertilitetsbehandlere) forstod situasjonen min og var veldig positive.

Det er verdt å nevne at kvinnene mottok behandlingen kort tid etter lovgivningen, slik at deres erfaringer kan skimte tendenser til en relativt ny praksis ved vurderingen av enslige kvinner. På en annen side har vurderingen av egnethet vært til stede en stund for par som søker om fertilitetsbehandling (Goisis, et al., 2020). En annen faktor er at alle kvinnene mottok behandling på private fertilitetsklinikker, der kostnadene for behandlingen dekkes av pasientene selv (gjelder både par og enslige kvinner).²⁰ En bekymring i forkant av lovgivningen, var at finansieringen av fertilitetsbehandlingen kunne bidra til å gi større tilgang til ressurssterke enslige kvinner, dersom denne gruppen måtte finansiere behandlingen selv. Dette ville dermed forsterket inntrykket om at de med best råd fikk størst tilgang (Innst. 296 L - (2019-2020), s. 20). Å undersøke hvorvidt dette har en effekt på den helhetlige egnethetsvurderingen grenser utover prosjektets rammer, men informantenes utsagn gir allikevel noen interessante

²⁰ Til tross for at pasienter ved private fertilitetsklinikker selv må finansiere behandlingen, dekker Helfo utgifter til medisiner opptil 17.000, uavhengig av om behandlingen er privat eller offentlig (Medicus, u.å).

perspektiver omkring dette spørsmålet. Et perspektiv er når Tiril beskriver egnethetsvurderingen som '[...] en pengeoverføring på en måte i en bank':

Tiril: Jeg fikk veldig lite spørsmål. Det var en pengeoverføring på en måte i en bank, så det var veldig enkelt. Det var ingen store personlige spørsmål og sånt [...]. De spurte om hva jeg jobbet med, men jeg følte ikke at det var en sånn test. Mer det at man har en stabil inntekt.

I utsagnet beskriver Tiril hvordan egnethetsvurderingen bestod av spørsmål rundt arbeid, og mangelen på 'store personlige spørsmål'. Leah beskriver hvordan en av grunnene kan være at private fertilitetsklinikker har lang erfaring med assistert befruktning blant par:

Leah: Jeg ble ikke vurdert på omsorgsevne, og ble ikke spurt så mye om det. Tror de bare gjorde et inntrykk av meg når jeg var der, også var det noen skjemaer jeg måtte fylle ut, så det var litt lite grundig der. Jeg vet ikke om det er fordi det er privat, men jeg vil tro at det er litt forskjell der. Ikke at de bryr seg mindre, men at de har gjort det lenge og du betaler. [...].

Thea beskriver egnethetsvurderingen som 'ikke-eksisterende', der hun forteller hvordan hun i større grad følte seg som en kunde:

Thea: Den er jo ikke-eksisterende, for jeg ble overrasket. I Sverige har dem oppfølging av psykolog. Jeg hadde én samtale på klinikken da, der vi snakket om jeg har familie i nærheten [...]. Men det var fort fram, kanskje en halvtime liksom. Også var det politiattesten da, men jeg var bare en kunde.

I utsagnet poengterer Thea hvordan hun anså sin rolle som pasient i stor grad som en kunde, der vi kan trekke linjer til økende forbrukerisme i helsevesenet (Rose, 2007, s. 11). Hvorvidt denne opplevelsen er bundet i at behandlingen ble gjennomført på privat fertilitetsklinikk er vanskelig å måle, men den kan indikere hvordan ansvaret for å definere 'egnet' i morskap, også ligger hos kvinnene selv som søker om behandlingen. En form for selvdisiplinering, der kvinnene måler sin egen egnethet ut ifra offentlige normer om et morskap (Foucault, 2007). Strengere rammer for egnethetsvurderingen, deriblant en barneomsorgsattest, kan for eksempel bidra til å normalisere idealet om morskap knyttet til plettfri vandel (Foucault, 1976/2020; Sawicki, 1999).

5.2.2 Barneomsorgsattesten

Plikt om å fremlegge barneomsorgsattest i egnethetsvurderingen for par og enslige som søker assistert befruktning i Norge trådte i kraft 1. juli 2020 jf. Bioteknologiloven § 2-6 og Politiregisterloven (2010) § 39 første ledd. Forarbeidene belyste at dersom det skulle innføres tilgang til enslige kvinner, lå det til rette for å endre egnethetsvurderingen for alle som søker assistert befruktning, som bestod av å innføre et krav om barneomsorgsattest (Prop. 34 L (2019-2020)). Barneomsorgsattesten fungerer som en politiattest, og forteller om søkeren tidligere har blitt siktet eller dømt for kriminalitet. Politiaattesten forstås som et utslag fra barnekonvensjonen, som pålegger staten å beskytte barn fra blant annet overgrep og andre krenkelser (Hennum, 2016, s. 349, referert i Holmboe & Myhrer, 2018, s. 38). Blant høringsinstansene som var positive, uttalte blant annet *Norsk gynekologisk forening (NGF)* at de var i tvil om det var hensiktsmessig at bestemmelsen regulerte konsekvensene av anmerkinger på attesten, da det bør være rom for skjønn i helhetsvurderingen. Ved treff på politiattesten mente *NGF* at søkers omsorgsevne også bør vurderes av en instans med spesiell kompetanse – i tillegg til behandlende lege (Prop. 34 L (2019-2020), s. 23).

Tiril: [...] også litt sånn underlig med den politiattesten må jeg si, jeg vet ikke hva den skal fortelle på en måte. Men altså, hvis man har vært i barnevernets søkelys og det har vært saker der, så er det sikkert interessant.

I Tirils utsagn får vi et innblikk i hvordan barneomsorgsattesten kan fungere hensiktsmessig og ikke, der hun som pasient ikke forstår hva den skal fortelle om ‘egnethet’ blant foreldre, opp mot det positive rundt ivaretagelsen av sikkerheten for fremtidige barn. Plettfriandel beskriver en person som ikke er straffet for alvorlige lovbrudd. Hva som anses som en tilstrekkelig god nok vandel avhenger av formålet (stilling eller ansvar) (Holmboe & Myhrer, 2018, s. 6). Innføringen av barneomsorgsattesten kan være at rollen som ‘forelder’ krever en stor tillit, da vedkommende er i kontakt med barn som ikke har mulighet til å forsvare seg selv. Dermed er spørsmålene rundt tillit og trygghet tett knyttet som en del av egnethetsvurderingen (Holmboe & Myhrer, 2018, s. 19). Blant høringsinstansene, *Helsedirektoratet og Norges ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO)*, var begge i tvil om en barneomsorgsattest i det hele tatt ville være hensiktsmessig. Videre uttalte *Universitetssykehus HF* at kravet om attest kunne føre til at foreldre stod overfor et større inngrep i personvernet, som ut ifra formålet ikke anses forenlig (Prop. 34 L (2019-2020), s. 23-24). *Politidirektoratet* forstod det slik at barneomsorgsattesten, jf. Politiregisterloven (2010) § 37 første ledd, kun skulle benyttes overfor personer som har

oppgaver med andres barn. Deres syn var dermed ikke forenlig med forslaget, da de mente at formålene som berettiger en barneomsorgsattest ikke dekket å utelukke personer fra medisinsk behandling med hensikt i å få egne biologiske barn (Prop. 34 L (2019-2020), s. 24).

Politidirektoratet belyste at hovedformålet med krav om politiattest var for å unngå at barn ble utsatt for vold eller seksuelle overgrep, og at det ikke fantes en tydelig sammenheng mellom krav om politiattest og statens ønske om å beskytte barn (Prop. 34 L 2019-2020), s. 24). *Holmboe & Myhrer* (2018, s. 24) belyser hvordan avgjørelsen om en person har tilfredsstillende vandel, avhenger av om personen regnes egnet eller skikket for en stilling eller oppgave, som i denne sammenheng betegner rollen som forelder. Begrepet 'egnethet', i sammenheng med attesten, er knyttet til personens holdninger og personen. Mens 'skikket' innebærer straffbare forhold personen kan klandres for (*Holmboe & Myhrer*, 2018, s. 25). *Politiregisterloven* (2010) § 39 forteller hva som skal anmerkes på attesten, men ikke noe om betydningen av hvem som er mottaker, eller hva som skal legges stor vekt på. Det vil føre til at reglene kan variere fra område til område (*Holmboe & Myhrer*, 2018, s. 124). Hos informantene er det splittede meninger, der noen mener barneomsorgsattesten er betryggende, mens andre mener den tar for mye plass i egnethetsvurderingen. *Thea* beskriver et vesentlig poeng om usikkerheten på hva som er utslagsgivende eller ikke:

Tiril: [...] Jeg la fram dokumentasjon på politiattest, som også er veldig rart egentlig. Hva er det som er utslagsgivende, hva skjer hvis det står noe på vandelen din da?

Dersom det er anmerkninger på barneomsorgsattesten må det gjøres en vurdering på anmerkningens alvorlighetsgrad og gjentakelsesfare (*Helsedirektoratet*, 2022a). Anmerkninger fører ikke automatisk til avslag på søknaden, men vil være en del av den samlede egnethetsvurderingen. Ut ifra høringsinnspillet fra *Human-Etisk forbund* mener de at kravet om omsorgsattest er å gå for langt, da ingen andre foreldre må fremlegge en attest for å få barn (*Innst. 296 L - (2019-2020)*, s. 8). De mener det mangler kunnskapsmessig belegg for å argumentere tiltaket som nødvendig og egnet. *Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og barnløshet*, anser tiltaket om politiattest som verken forholdsmessig eller hensiktsmessig i å forhindre at barn blir utsatt for overgrep. *Legeforeninger* beskriver samtidig barneomsorgsattesten som svært inngripende, og at det ikke er tilstrekkelig grunn for å innføre tiltaket (*Prop. 34 L (2019-2020)*, s. 23-24).

Komiteens flertall (medlemmer fra Høyre, Frp, SV og Krf) støtter regjeringens forslag om at det framlegges barneomsorgsattest som vektlegges i en egnethetsvurdering. AP og Sp støtter ikke kravet, da de mener det er feil å bli avkrevd politiattest for å få tilgang til helsehjelp (Innst. 296 L - (2019-2020), s. 7). Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at en barneomsorgsattest kan gi falsk trygghet, da det vekker spørsmål om hvilke former for kriminalitet kan anses som ikke forenlige med det å være foreldre og ikke. Informantene forteller at de måtte levere politiattest før de kunne begynne behandlingen i klinikken. Ved formelle attester måtte informantene levere henvisning fra fastlege, egenerklæringsskjema og politiattesten. Sara er enige med flere av medlemmene i komiteen. Hun mener barneomsorgsattesten kan gi en falsk trygghet, som kan bidra til å skyve problemene ut av landet:

Sara: [...]. Tror det hadde vært mye mer logisk å hjelpe med veiledende samtaler med en psykolog, om hva som er motivasjonen din for å få barn. Da hadde de kanskje fanget opp de som ikke burde få barn. Tror du hadde fått ut mer riktig og relevant informasjon fram på den måten, fordi du hadde møtt mennesker en-til-en. Hva politiet har med å gjøre at jeg vil ha barn tror jeg egentlig er lite. Hvis du får et nei? Hva skjer da? Jeg tipper at de bare reiser til et sted der de svarer ja. Er det norske stat ansvarlig eller skyver de bare problemet ut av landet? Tror det er en falsk trygghet som også bidrar til å si at det ikke kan være så lett. Du kan ikke bare få barn fordi du har lyst på barn. Det er en mistenkeliggjøring som ligger i det, at det kan være noe galt med deg som skal ha barn. Veldig mange andre som får barn uten å trenge å bli vurdert.

Kristin anser attesten som en mistenkeliggjøring av personer som ønsker barn, og at politiattesten kan anses mer nødvendig i det offentlige enn i det private. Her viser hun til hvordan staten betaler store deler av behandlingen, som kan bidra til å øke statens ansvar i hvem som får tilgang til behandlingen:

Kristin: Jeg leverte politiattest, for det ble jo et krav med endringen i bioteknologiloven [...]. Det var helt greit å gjøre det, men på en måte litt rart. For man trenger jo ikke det hvis man får barn utenom en klinikk, og da trenger man ikke levere det til legen dersom man er på svangerskapskontroll [...]. Jeg tenker at det er for å sikre seg litt hvem de gir behandling til, så det gir jo mening på den måten. Kanskje spesielt i det offentlige, fordi der betaler det offentlige mye av kostnadene, der har man jo bare en egenandel. For all del, det kan jo gi mening i det private og, men jeg tenker at det offentlige vil sikre mest mulig at det er stabile personer som får behandling.

Kristin tror innføringen av barneomsorgsattesten er for så sikre hvem som får behandling og ikke, knyttet til assistert befruktning som et offentlig helsetilbud. Dette gjenkjenner vi i komitéens medlemmer i Sp og Krf, om at samfunnet har et særskilt ansvar for å sikre barnas beste når samfunnet medvirker til at barn blir til gjennom assistert befruktning (Innst.296 L - (2019-2020), s. 20). Leah, Thea og Marthe uttrykker at de syns det er bra at de har innført en barneomsorgsattest. Thea forteller at hun skulle ønske at flere som blir foreldre ble sjekket, og at hun ikke opplever det som noe inngripende:

Thea: Politiattest skulle alle hatt som skal lage barn. Det er jo på en måte fint at de sjekker alle som skal få barn, men så er det mange som burde ha blitt sjekket. Syns ikke det er noe inngripende på noe vis, også vil jeg tro at det er litt vanskelig å stryke på den [...].

Departementet poengterte at barneomsorgsattesten vil gjøre det lettere for helsepersonell å ta en vurdering av kvinnens og parets omsorgsevne, og begrunnes i at det foreligger et særlig ansvar å sikre at tilbudet gis til egnede personer. Til tross for at vandelskontrollen er begrunnet i barnets beste, kan det være inngripende for den som søker. I den sammenheng er forslaget om barneomsorgsattest sett opp mot EMK (Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen) artikkel 8, som gir den enkelte krav på respekt for sitt privatliv og familieliv (Prop. 34 L (2019-2020), s. 28). Ifølge departementet er tiltaket om barneomsorgsattest et relevant formål, ved at den kan sikre at barn ikke blir utsatt for overgrep av personer som tidligere har begått kriminelle handlinger mot barn. Til tross for at framleggelsen kan bidra til å gripe inn i søkers privatliv, mener departementet at det må sees i lys av den helhetlige vurderingen (Prop. 34 L (2019-2020), s. 28). Barneomsorgsattesten er innført for å ivareta barnets beste, og ikke å kartlegge typer lovbrudd søkere har begått (Prop. 34 L (2019-2020), s. 29). Et spørsmål er hvorvidt barneomsorgsattesten tar en stor del av egnethetsvurderingen, der omsorgsevnen til søkere kan måles i antall anmerkninger på politiattesten:

Leah: [...] også var det en politiattest for å sjekke vandel. Bra at de har det, men jeg husker ikke hvordan research de gjorde på meg som menneske.

Leah beskriver noe flere av informantene uttrykte. Ingen av informantene mente barneomsorgsattesten var svært inngripende som fryktet blant enkelte partier og høringsinstanser. Derimot peker Sara på hvordan attesten kunne vært erstattet med andre løsninger, for eksempel en veiledende samtale med profesjonelle:

Sara: Jeg synes det var veldig bra det de gjorde i Sverige og Danmark, der de har veiledende samtaler. Jeg tror de uteble i Norge, fordi vi har de formelle kravene. Jeg synes at vi burde ha veiledende samtaler. Snakke med en psykolog om det å være i prosessen, hvordan det er å bli mamma og hvordan det er å ha det barnet. Tror det ligger mye mer relevant i den informasjonen, enn hva politiet har å si om vandelen din. [...] Det følte litt som når du får en ny jobb, og må levere en vandelsattest før du kan begynne i jobben.

Flertallet av høringsinstansene som både var enig og uenige i forslaget, var av den oppfatning at anmerkninger på barneomsorgsattesten ikke kunne være avgjørende alene, men som en del av den overordnede egnethetsvurdering (Prop. 34 L (2019-2020), s. 24). Informantenes innspill gir indikasjoner på hvilke behov kvinnene har i møte fertilitetsbehandling og deres ønske om barn, både som pasienter og forbrukere. Noen bekymringer (blant informantene) omkring innføringen av barneomsorgsattesten er at den kan bidra til å mistenkeliggjøre mennesker som har behov for fertilitetsbehandling av medisinske og ikke-medisinske årsaker. Andre uttrykker hvordan barneomsorgsattesten kan bidra til å legge for stor vekt på attesten i den helhetlige egnethetsvurderingen, slik at de medmenneskelige behovene i behandlingen kan i større grad bli oversett. Et fryktet resultat er dermed at legene (myndighetene) ender opp med å stole for mye på barneomsorgsattesten, og at begrepene 'egnet' og 'skikket' tilegnes stor verdi (Foucault, 1976/2020; Holmboe & Myhrer, 2018, s. 25). Her kan vi trekke linjer til Saras beskrivelse av attesten som en 'falsk trygghet'. Dermed står vi igjen med spørsmålet om hvorvidt barneomsorgsattesten kan uttrykkes som en risikovurdering og/eller en reguleringsmekanisme, for å normalisere idealer om 'egnet' og 'skikkethet' blant søkere om fertilitetsbehandling i Norge.

5.2.3 Barnets beste

I Norheim og Gråbøl-Undersrud sin uttalelse kommer det fram et grunnprinsipp om at barnets rett til en trygg og god oppvekst må veie tyngre enn kvinnens ønske om å få barn (Norheim & Gråbøl-Undersrud, 2020a). Et gjennomgående tema i lovforarbeidene er hensynet om barnets beste, der den anses som et legitimerende standpunkt i lovendringen om barneomsorgsattesten i egnethetsvurderingen. Det bidrar til å legitimere for en grundigere kontroll over hvem som får reprodusere. Samtidig barns rett til informasjon om deres biologiske opphav. Dette argumenteres med at det er for barnets beste å ha muligheten til å vite om sin donor, jf. Bioteknologiloven § 2-7.

Den tar del i ett av prinsippene i FNs barnekonvensjon, der den grunnleggende tanken er å ivareta barnets menneskeverd og integritet (Haugli, 2020, s. 57). Hittil i analysen har vi anerkjent hvordan informantene er enige om hensynet om barnets beste i flere deler av vurderingsprosessen. Dette innebærer enighet om barnets rett til å vite om sitt biologiske opphav. Enighet om at egnethetsvurderingen skal sikre at personer som får tilgang er egnede som foreldre, og at barneomsorgsattesten fungerer som et ledd i vurderingen for å sikre at barn vokser opp i trygge og sikre omgivelser. Marthe uttrykker hvordan det ikke handler om spørsmålet om det skal være en vurdering eller ikke, men om hvilke aspekter i vurderingen som tillegges mer verdi enn andre:

Marthe: Det var i samtalene med sykepleier og legene at jeg følte jeg ble vurdert psykologisk på egnethet, men jeg synes det er bra at man blir vurdert og at det er viktig. For det er liv som settes i verden, som skal få en skjebne her. Så jeg synes det bør være en viss kontroll med det. Jeg synes det er på sin plass at man skal vurderes, men at det handler om måten det gjøres på. Ikke hvor mye man blir vurdert, men hvordan det gjøres og at man føler seg godt tatt imot.

I utsagnet får vi ett uttrykk om at Marthe synes det er viktig at det eksisterer en kontroll rundt behandlingen. Vi får samtidig innsikt i korrelasjonen mellom hensynet om barnets beste og en kvinnens rett til familieliv, der det er ensidig at barnets beste skal overgå kvinnens ønske om barn. En faktor ved innføringen av en 'grundigere' egnethetsvurdering (med barneomsorgsattesten), kan være at denne gruppen består av ikke-medisinske årsaker:

Sara: [...]. Målet må være at du i størst mulig grad blir behandlet som en pasient med en medisinsk utfordring. Du hadde aldri lurt på om du skulle gjøre en sann vurdering på noen som har brekt foten. Staten har sagt at de skal gjennomføre slike vurderinger, fordi det hjelper barn som kommer inn i familien. Og det kan jeg til dels forstå, men jeg tror samtidig det er å lure seg selv. Fordi du må ha et godt barnevern og følge opp de sakene på sikt seinere. Tror ikke det er noe staten vinner på det, at 'puh nå slapp vi å gjøre det paret gravid for det hadde blitt følt'. Det tror jeg er en fantasi vi lager oss, om at da har vi en ansvarlig stat som passer på.

Sara belyser hvordan egnethetsvurderingen kan forstås som en fantasi for å beskytte og ivareta befolkningen. Hensynet om barnets beste er et grunnleggende syn i alle situasjoner, saker og avgjørelser som berører barn (Haugli, 2020, s. 96). Blant informantene er det enighet om at det må være en form for kontroll, men at denne kontrollen parallelt bør ta hensyn til barnets beste og tilrettelegge for enslige kvinners behov i møte med fertilitetsbehandling. Sara forteller

hvordan målet bør være å bli møtt i helsevesenet som en pasient med en medisinsk utfordring. Avgjørelsen en behandlende lege (med rådgivende instans) må ta, innebærer samtidig spørsmålet om det er best for barnet å bli født eller ikke. Beslutningen handler dermed om den hypotetiske framtiden til et barn og dens oppvekst, som tas utgangspunkt i foreldrenes omsorgsevne (Haugli, 2020, s. 72).

6 Spillet mellom frihet og sikkerhet

6.1 En kvinnes valg - trang til å ha barn

Funnene i analysen kan belyse to sentrale poler rundt vurderingsprosessen. Den første omhandler kvinnenes reproduktive valg og vurderinger for å oppfylle barneønsket. Den andre omhandler kvinnenes tilgang til hvilke metoder som kan benyttes for å oppfylle dette ønsket. Dette komplekse samspillet mellom frihet og sikkerhet kommer til uttrykk på flere områder. I den første delen i analysen ser vi hvordan kvinnene aktivt tar valg for å innfri ønsket om egne barn, som kan resultere i kontroll og rett over egen reproduksjon (Giddens, 1991). Lovendringen, spesifikt tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner, åpner det reproduktive feltet for valg, som fører til at informantene aktivt velger å få barn alene. Kvinnene i informantgruppen har valgt å gjennomføre fertilitetsbehandling på privat fertilitetsklinikk, og gjennomføre fertilitetsbehandling med sæddonasjon. Ut ifra funnene ser vi hvordan ønsket om barn transformeres til valg, som igjen transformeres til det de beskriver som en *trang*. For flere i informantgruppen betegnes ønsket om egne barn som en biologisk trang, der assistert befruktning anses som den *naturlige* og *biologiske* veien for å få egne barn (Melhuus, 2016). Ifølge Ravn (2017) er det å aktivt gjøre noe med ens egen infertilitet presentert som den mest åpenbare handlingen, i en kontekst av biologi og medikalisering. Dermed forstås trangen om å ha barn, som en biologisk trang i en sfære der fertilitetsbehandling er tilgjengelig (Ravn, 2017, s. 272).

For noen av kvinnene ble valget om å ha barn et mer naturlig valg etter lovgivningen inntrådte, som kan gi uttrykk for hvordan *biomakt*, en disiplinering i fertilitetsfeltet, bidrar til å danne grunnlag for normer og informantenes atferd (Foucault, 1976/2020). Ideen om at makten gjennomføres i sosiale institusjoner basert på kunnskap og maktteknikker, kan bidra til å legitimere noen spesifikke former for morskap (Sawicki, 1999). Noen bemerkninger kan være hensynet om barnets beste og legenes vedtaksmyndighet, som kan anses som et resultat av en profesjonalisering. En '*social engineering*' som legger vitenskapen til grunn (Ellingsæter, 2005). Biomakt anerkjenner disse maktteknikkene som mekanismer for å opprettholde visse former for atferd (Foucault, 1976/2020). I den sammenheng er det vitenskap rundt barnets beste, i form av kulturelle, sosiale og biologiske behov som underbygger den gitte sannheten om en god oppvekst. Profesjonenes faglighet spiller dermed en viktig rolle i hvem som får tilbudet om assistert befruktning. Behandlende leger er ansvarlige for å bestemme hvem som får tilbud eller ikke. Dette kan være med på å forsterke vitenskapens rolle i kvinnenes tilgang til

fertilitetsbehandlingen. Her benyttes kunnskap som en styringsmekanikk for å holde orden over befolkningens mengde, spredning og fordeling (Hammer, 2017, s. 75). Informantene uttrykte blant annet en større trygghet og aksept for valget om å ha egne barn alene etter lovgivningen. Den bidrar til å normalisere bruken av assistert befruktning og donorsæd, som videre resulterer i en normalisering av norske barn som vokser opp uten en biologisk far. Ved å anerkjenne denne nye gruppen med enslige kvinner som subjekter, er det essensielt å diskutere lovendringen som et resultat av et økende trykk enslige kvinner som reiser til utlandet for å gjennomføre behandlingen. En vektlegging av kvinners frihet til å velge kan bidra til å strekke, utvide og endre samfunnsutviklingen i det reproduktive feltet (Hammer, 2017; Myskja, 2016).

Samspeillet mellom kvinnenens frihet i det reproduktive universet og den statlige kontrollen (bioteknologiloven) kan danne et evig paradoks, der friheten betinger ordninger av kontroll og forpliktelser (Foucault, 2008, s. 64). Derfor kan det være avgjørende å anerkjenne kvinnenens valg om å ha barn i en disiplinær kontekst, der kvinnenens bruk av assistert befruktning anses som fundamentalt i den økende produksjonen av reproduksjonsteknologier, samt deres betydning og mening (Ravn, 2017, s. 264; Throsby, 2002). I den sammenheng hevder Sawicki (1999) at assistert befruktning som disiplinierende teknologi bidrar til å produsere nye normer for morskap, da den spesifikt knytter kvinnenens identiteter som mødre, og deres løsninger for å innfri ønsket om å ha barn. Den kan bidra til å normalisere nye teknologier og muligheter i det reproduktive feltet, som kan legge ansvar for befolkningens reproduksjon på hver enkelt kvinne (Ravn 2017; Stuvøy et al., 2021). Kvinnenens ønske, valg og trang om å ha barn handler dermed i større grad om å ha barn eller ikke ha barn, i motsetning til å ha barn med partner eller uten partner. Ikke bare bidrar lovgivningen til å gjøre assistert behandling mer tilgjengelig, men den kan bidra til å foreta valget om å *ikke* ha barn vanskeligere. Dette kan forsterke ideen om at nye reproduksjonsteknologier bidrar til å forenkle hver enkelt kvinnes kontroll og frihet over egen reproduksjon, og normaliserer et samfunn der både det å ha barn eller ikke ha barn anses som bevisste valg (Giddens, 1991; Ravn, 2017). En tanke om at flere muligheter øker i takt med forventinger, ikke minst krav, til begrunnelser for *ikke* å benytte seg av tilgjengelige reproduksjonsteknologier for å få barn. Å ta valget om å ikke ha barn, såkalt *frivillig barnløs* i dagens samtid, regnes ikke som et enkelt valg i dagens reproduktive marked, og noen forskere diskuterer hvordan det ikke er et valg overheadet (Melhuus, 2001, s. 62; Ravn, 2017; Sawicki, 1999).

6.2 Forbrukere i reproduksjonsfeltet

Valgene og vurderingene kvinnene foretar underveis i vurderingsprosessen betegnes som det mest naturlige og letteste valget, men på en annen side kan vi forstå hvordan noen valgmuligheter for å oppnå barneønsket er mer tilgjengelige enn andre. Kvinnene kan anses som *tidsfattige kvinner*, der reproduksjonsmuligheter bidrar til å utsette og planlegge ideen om familielivet (Fraser, 2014). For kvinnene, der tid og alder av biologiske årsaker minimerer sjansene for å bli gravid, beskriver de valget om å gjennomføre behandling på privat fertilitetsklinikk som et naturlig og nødvendig valg. Tiden beskrives som den mest begrensende og utslagsgivende faktoren (Melhuus, 2001, s. 62). Samtidig er det viktig å understreke at det ikke direkte handlet om å velge enten offentlig eller privat fertilitetsklinikk blant informantene, men hva som ble mest tilgjengelig og naturlig underveis i prosessen (Melhuus, 2001, s. 62). Et gjengående argument er at kvinnene slipper lang ventetid på offentlige klinikker ved å betale en høyere andel. Flere av kvinnene tok likevel først kontakt med offentlig fertilitetsklinikk. En annen inngang på den lange ventetiden, er spørsmålet rundt norske og skandinaviske sædbanker, da private fertilitetsklinikker benytter sæddonorer fra Skandinavia, mens offentlige klinikker kun benytter norsk sæddonorer. En faktor ved den lange ventetiden på offentlige klinikker kan være strengere krav til norske sæddonorer. Dette kan bidra til å danne en økt etterspørsel etter donorer, der enslige kvinner og par kan benytte egen privat velstand for å få barn (Hochschild, 2011, s. 22). En økende privatisering i reproduksjonsfeltet kan bidra til å endre premisene for reproduksjon, som kan bidra til å transformere fertilitetsbehandling mer som forbruk (Stuvøy, 2016; Wiel, 2020).

Privatiseringen kan også bidra til at noen kvinner får større mulighet til en mer fremtidsrettet og risikofokusert planlegging av egen reproduksjon, spesielt knyttet til oppbevaring av egg som må finansieres av kvinnen selv (Bioteknologirådet, 2023; Wiel, 2020). En av informantene betaler en sum til fertilitetsklinikken hvert år for å oppbevare og fryse egg, *social freezing*, som beskrives som et etisk dilemma, da det er et kroppslig materiale som kan bli til liv. Dermed tillegges egg og sæd en markedsverdi, der oppbevaring av egg kan bidra til å danne en forventning om at enhver kvinne må gjøre en større innsats for å planlegge og tilrettelegge sin reproduktive framtid (Ravn, 2017). Gitt at kvinnen selv finansierer for behandlingen. Lovendringen om at kvinner uten medisinske årsaker kan oppbevare og fryse eggene sine, kan dermed bidra til å forsterke forbruket i reproduksjonsfeltet (Wiel, 2020). Samtidig kan dette bidra til å danne et større skille mellom pasienter og forbrukere, der flere grupper med ikke-medisinsk infertilitet får tilgang til assistert befruktning.

Blant informantene er det ulike syn på privat og offentlig fertilitetsklinikk, for noen er det positivt da det minimerer køen i offentlige klinikker. Majoriteten opplever det som et positivt tilbud knyttet til alder, da prosessen med å bli gravid er vesentlig kortere i private klinikker. Noen av informantene mener problemet er for strenge krav til sæddonorere i offentlige klinikker, som fører til lang ventetid for grupper som søker assistert befruktning med donorsæd. Ved å se kvinnene i lys av Foucaults forståelse om mennesket som rettighetssubjekt i juridisk og politisk forstand, og interessesubjekt i økonomisk forstand, kan det belyse hvordan kvinnenes valg av private klinikker gir uttrykk i Foucaults beskrivelse av *liberalismens spill* – der kvinnene (*subjekter*) er mest mulig overlatt til seg selv. Subjektet som konstitueres overlates til sine egne interesser, samt det beste for seg selv og samfunnet (Foucault, 2007, s. 48). På den måten kan vi forstå hvordan kvinnene får et større ansvar for egen reproduksjon, som kan bidra til at kvinnene velger å ty til andre innganger for å få behandling enn å søke i det offentlige helsevesenet. Til tross for at flere informanter uttrykker at de støtter et offentlig helsevesen, blir ønsket om barn fremstilt som viktigere enn prinsippet om støtte et offentlig helsevesen. På bakgrunn av kvinnenes erfaringer, kan se vi indikasjoner til at tilbudet om assistert befruktning i det offentlige helsevesenet ikke anses tilstrekkelig blant enslige kvinner.

Etableringen av nye kliniske og kommersielle infrastrukturer i fertilitetssektoren, kan bidra til en framtid som fokuserer på kvinnens håndtering av fruktbarheten gjennom hele livsløpet (Wiel, 2020). På denne måten gis kvinnen et større ansvar for egen reproduksjon, knyttet til økonomiske investeringer for egen fertilitet. Kvinnen, som subjekt, kan dermed i større grad være overlatt til seg selv i valg og vurderinger knyttet til egen reproduksjon (Foucault, 2007, s. 48). Flere reproduksjonsteknologier kan bidra til å ta flere risikovurderinger i egen reproduksjon, slik at kvinnene opptrer som aktive subjekter i egen reproduksjon (Garland, 1997, s. 190). Denne ideen gir rom for å diskutere om tilgangen for fertilitetsbehandling kan føre til en forskjellsbehandling blant kvinner med og uten privat velstand for å sikre egen fruktbarhet. Alle kvinner og par må gjennom en overordnet egnethetsvurdering, for å få tilgang til assistert befruktning. Denne innebærer obligatoriske samtaler, medisinske undersøkelser og formelle attester, i form av barneomsorgsattest og selverklæringsattest. Kvinnene forteller om lignende erfaringer med egnethetsvurderingen. Majoriteten fortalte at egnethetsvurderingen var ikke-eksisterende, i den grad av at det var få personlige spørsmål. Temaer som går igjen hos informantene er spørsmål om arbeid og sosialt nettverk. For noen ble det ansett som positivt, da det ikke følte som de ble vurdert, der vurderingen fremstår mer som en samtale enn en test.

Andre nevnte privatiseringen som potensielt en av årsakene, der Tiril beskriver vurderingen som en pengeoverføring i en bank, parallelt med Thea som beskriver seg selv som en kunde i behandlingen (Wiel, 2020). De belyser samtidig andre praksiser i Sverige og Danmark, der vurderingen innebærer veiledende samtaler med rådgiver eller psykolog.

6.3 Disiplinering på tvers av aktører

Barneomsorgstesten er særegent for egnethetsvurderingen i Norge for søkere til assistert behandling. Blant informantene, politiske partier og høringsinstanser ser vi at det er splittede meninger. Tre av informantene synes det er utelukkende positivt, som en betryggende og lite inngripende del av vurderingen. Mens andre mener det kan gi en falsk trygghet, der den statlige kontrollen bidrar til å skyve problemer ut av Norge. Videre beskrives den som en mistenkeliggjøring av pasienter med et ønske om barn. Innføringen av barneomsorgsattest kan samtidig være en mekanisme for å balansere det økte forbruket i reproduksjonsfeltet, spesielt da flere grupper med ikke medisinsk- infertilitet får tilgang (Foucault, 1976/2020). Argumentene for å innføre en barneomsorgsattest handler i hovedsak om hensynet til barnets beste, der søkere innen adopsjon er pliktige til å framlegge en barneomsorgsattest, og at dette vil sikre likestilling på tvers av gruppene som må gjennom en egnethetsvurdering for å bli foreldre. Dette kan igjen indikere hvordan flere innganger for å oppfylle ønsket om barn, i det prokreative universet, bidrar til å sammensmelte praksiser og forestillinger om menneskelig forplantning (Melhuus, 2001, s. 47).

Spørsmålet om hva som er utslagsgivende og ikke er ennå ikke nyansert, da den blir betegnet som en del av den overordnede vurderingen for den individuelle søkeren. Betegnelser som 'egnet' og 'skikket' kan dermed anses i samme felt som hensynet til barnets beste. Begrepene er gitt verdi i juridiske sammenhenger, som kan bidra til å legitimere hva som regnes som et godt morskap og ikke (Haugli, 2020, s. 56; Sawicki, 1999). Et interessant poeng er om dette påvirker tilgangen til søkere i utlandet, dersom de skulle få avslag på søknaden om assistert befruktning i Norge, som igjen understreker individenes/subjektene valgfrihet på bakgrunn av økonomiske forutsetninger i det reproduktive markedet (Foucault, 1976/2020; Fraser, 2014; Hochschild, 2011, s. 22). Et annet poeng er at når medisinske disipliner er med på å isolere spesifikke typer avvik, som kan bidra til å forsterke nye normer for sunt og ansvarlig morskap, der barneomsorgstesten kan fungere som en kontrollmekanisme med et formål om å beskytte befolkningen (barn) fra eventuelle farer (Foucault, 1976/2020, s. 148; Sawicki, 1999, s. 193).

6.4 Barnet som eget individ og subjekt

En sentral del ved lovgivningen er det feministiske aspektet i reproduksjonsfeltet, der endringen kan tolkes som en legitimering av enslige kvinners ønske om barn. Men lovgivningen kan også anses som en mekanisme for å ivareta tidsfattige kvinner i utviklingen av finansiell kapitalisme, på bakgrunn av trenden om senere fødsel og bekymringer rundt aldersrelatert kvinnelig reproduktive vaner (Wiel, 2020). Wiel (2020) hevder eggfrysning kan fungere som en løsning for å løse spenningen mellom reproduksjon og produksjon i samtidens kapitalisme. Feministiske teoretikere, blant annet Fraser, forstår reproduksjon og produksjon som dypt kjønnnet, der reproduksjon assosieres med kvinner og produksjon med menn (Fraser, 2014, s. 62). Dermed kan vi stille spørsmål rundt verdien av et morskap, ved å trekke linjer mellom morskap og farskap med eggdonasjon og sæddonasjon. Den største indikatoren for ulike forestillinger mellom et morskap og farskap er verdien av slektskap. En mor har flere roller, der det reproduktive feltet bidrar til å skape et brudd mellom genetisk og biologisk mor, der et morskap tidligere omfattet befruktning, svangerskap og fødsel (Melhuus, 2001, s. 45-46). Derimot er betydningen av farskap mer usikkert, med en omfattende diskusjon om betydningen rundt genetisk, biologisk og sosialt far (Spilker, 2008, s. 52).

Før den nåværende bioteknologiloven kan normaliseringen av sæddonasjon og forbudet mot eggdonasjon i bioteknologiloven, i et historisk og kulturelt perspektiv bidra til å påvirke deres verdi (Foucault, 1976/2020). Sæddonasjon anerkjennes som en enklere og billigere behandling enn eggdonasjon, som krever en mer inngripende medisinsk behandling (Almeling, 2009). I et markedspektiv hevder Almeling (2009, s. 38) at kommodifisering av kroppslig materiale bidrar til å anse eggdonasjon som en gave, der sæddonasjon anses mer som en jobb. Dermed kan vi trekke linjer til informantenes erfaringer med utvelgelsen av donor, der de har ulike opplevelser hvorvidt de fikk delta i valget om sæddonor. Men et fellestrekk er at informantene og fertilitetsklinikkene hadde fokus på at barnet skulle ligne på mor, der sæddonorens fysiologiske egenskaper får verdi. Dette kan indikere en forbrukerisme, fordi sæddonasjonen uttrykkes som vare, som argumenteres i kvinnenens ønske om 'egne barn'. Biologisk og genetisk morskap får en annen verdi, der det 'egne' i få egne barn, kan handle om hva kvinnenens fremtidige barn kan reprodusere i en mor, i motsetning til en ide om hva kvinnen kan reprodusere i barnet (Melhuus, 2016, s. 70).

Den biopolitiske debatten er stort preget av det biologiske prinsipp, som kan være påvirket av et økt fokus på *biologisme*, der biologien tillegges egenverdi i form av mening, retning og funksjon (Spilker, 2008, s. 52). Dette ser vi for eksempel i avskaffelsen av anonym sæddonasjon i 2003, med en ide om at det er for barnets beste å ha kjennskap til sitt biologiske opphav (Solberg, 2003). Alle informantene er samtidig enige i at barnets kjennskap til sin donorfar er vesentlig for å gjennomføre behandlingen. Prinsippet om barnets beste kommer tydelig fram i lovendringen, da donorbarn har rett til kjennskap om sin donor fra 15-årsalderen. På bakgrunn av dette er eggdonasjon i lovendringen kun tillat for par, og ikke enslige kvinner, jf. bioteknologiloven § 2-7 annet ledd. Barnets beste gjenspeiles dermed i barnets rett og hvordan det biologiske opphav er knyttet til tanken om forutsetninger for barnets individ (Melhuus, 2001, s. 56). Det tydeliggjør ideen om barnet som et eget subjekt: et selvstendig individ som settes i sentrum i utformingen av bioteknologiloven (Foucault, 1976/2020; Melhuus, 2001, 59). Forestillingen om barnets beste blir den nye slagmarken, der ulike tilknytninger må ha grunn i barnets perspektiv – og ikke foreldrenes (Ellingsæter, 2005; Foucault, 1976/2020; Melhuus, 2001, s. 59). Melhuus (2001, s. 59) argumenterer at barn ikke lenger er illegitime, slik at det ikke finnes lenger noen klar sammenheng mellom morens moralske handlinger (og kvaliteter) og barnets egenskaper. På en annen side blir kvinner ansvarliggjorte for deres reproduktive valg i mye større grad enn tidligere, da det å ha et barn bidrar til et ikke-valg (a no choice situation) – en livslang forbindelse. Dersom forbindelsen mellom foreldre og barn er primært forankret i biologiske bånd, kan det anses normalt at den hele *mor* - den fysiologiske prosessen med å bli mor (graviditet og fødsel), fremstår som det fremste idealet for å utarbeide morskap (Melhuus, 2001, s. 64).

7 Avslutning

Prosjektet kan belyse hvordan tilbudet om assistert befruktning til enslige kvinner bidrar til å utvide det reproduktive feltet for valg. Dette springer ut i skjæringspunktet mellom frihet og sikkerhet. Lovendringen gir kvinner en større frihet til å planlegge og kontrollere egen reproduksjon gjennom et helt livsløp. Den eksisterer sammen med et sett komplekse spørsmål som inngår i en kontekst av marked og kontroll. Enslige kvinner har fått flere muligheter til å innfri ønsket om barn, med et offentlig tilbud som likestiller heterofile og likekjønnede par som har behov for behandling med assistert befruktning grunnet medisinske og ikke-medisinske årsaker. Problemformuleringen baserer seg på om lovendringen kan bidra til å legitimere nye idealer for morskap, der vi kan trekke frem sentrale momenter som privatisering, slektskap og kvinners rettigheter for å besvare problemstillingene.

Privatisering i fertilitetssektoren

En potensiell virkning med lovendringen er inntrykket om at tilbudet ikke strekker til, som øker en privatisering i reproduksjonsfeltet. En privatisering der privatpersoner kan benytte seg av egen privat velstand, som kan ligne mer på et forbruk i ønsket om barn (Hochschild, 2011; Stuvøy, 2016). På en annen side er privat behandling i Norge billigere enn privat behandling i utlandet, der lovgivningen innehar et tilbud alle prinsipielt skal ha lik tilgang til (Goisis et al., 2020). Tiden, i form av alder og fertilitet, er det som resulterte i at informantene fikk behandling på private fertilitetsklinikker. Forbruket i det reproduktive feltet kan samtidig sees i en større kontekst, der vi på et generelt grunnlag ser en økt privatisering i det norske helsevesenet (Iversen, 1985). I norsk kontekst er det liten sannsynlighet for en full privatisering i helsevesenet, da private tilbud anses som et tillegg til offentlige tilbud (Iversen, 1985, s. 40). Spørsmålet er hvorvidt privatiseringen kan overta det offentlige tilbudet basert på en stor etterspørsel, i takt med fertilitetstilbud til flere pasientgrupper uten medisinske årsaker som grunnlag for behandlingen.

Betydningen av slektskap

Et annet interessant perspektiv er hvordan teorier rundt kommodifisering og kommersialisering av kroppslig materiale kan bidra til å ramme inn markedsverdien av et foreldreskap. Spesifikt hvordan markedsverdien av eggdonasjon og sæddonasjon kan indikere historiske og kulturelle oppfatninger av morskap (Almeling, 2009; Spilker, 2008). Ut ifra analysen og diskusjonen ser vi indikasjoner til hvorvidt et morskap regnes som mer verdifullt enn et farskap, basert på en

tanke om den biologiske og naturlige trangen kvinner har for å ha barn, der økningen av flere reproduksjonsteknologier bidrar til å forsterke denne ideen. En del av teoriene tar derimot utgangspunkt i land med en annen type familiepolitikk og velferdssystem, der det reproduktive markedet kan være mindre regulert. Teoriene tar utgangspunkt i fertilitetsbehandling fra USA, der salg av donorsæd og praksis rundt valg av donorer kan være mindre regulert (Fraser, 2014; Hochschild, 2011; Wiel, 2020). Likevel forteller det noe om den økte kommersialiseringen av kroppslige materialer, som befinner seg i det reproduktive markedet alle individer har tilgang til. En åpning av nye behandlingstilbud kan dermed forsterke opplevelsen til pasienter – som kunder og forbrukere i private fertilitetsklinikker.

Kvinnens rettigheter

Det norske samfunnet er lagt opp til at kvinner kan oppdra barn alene med velferdsordninger som gir enslige foreldre økonomisk hjelp (Ellingsæter, 2005). Derimot ser vi hvordan ideen om 'egne barn' anses verdifullt i politiseringen og rettsliggjøringen av bioteknologiloven, der biologisk tiknytning mellom barn og foreldre beskrives som viktige forutsetninger for å ivareta barnets beste. Prinsippet om barnets beste i en disiplinær kontekst kan legge til grunn hvordan økt kunnskap i sosiale institusjoner bidrar til å forsterke barnets posisjon som et eget individ i den biopolitiske debatten (Ellingsæter, 2005; Foucault, 1976/2020). Den kan anses som et styringsbegrep, der det er en gitt sannhet om hva en god oppdragelse innebærer og hvilke forutsetninger enslige kvinner bør ha for å ivareta et barn alene (Foucault, 1976/2020).

I prosjektet har vi sett på lovendringen i lys av kvinnefrigjøringen, der kvinner tildeles større kontroll og frihet i egen reproduksjon. Kvinnene i informantgruppen bidrar til å gi et bilde av hvordan nye familiekonstellasjoner er mer likestilte den heteronormative familieformen, og hvordan assistert befruktning naturaliseres i valget om barn. Lovendringen bidrar til å forsterke assistert befruktning som den naturlige veien å gå ut fra deres livssituasjon. Spørsmålet om hvorvidt kvinner kan oppdra barn i trygge og sikre rammer tar bort det essensielle i debatten, som i en disiplinær kontekst bør handle mer om hvorvidt utvidelsen av det reproduktive feltet for valg bidrar til å legge mer ansvar på den enkelte kvinne for sin egen og befolkningens reproduksjon. Ikke bare om de kan eller bør reprodusere, men spesifikt om når og hvordan.

Formålet med prosjektet er å anerkjenne hvilke områder som rettsliggjøres og politiseres i valget om barn – eventuelt valget om å ikke ha barn. I tillegg bør funnene sees i lys av at kvinnene gjennomførte behandlingen rett etter lovgivingen, som vil si at det mest sannsynlig

vil foregå annerledes om noen år. Egnethetsvurderingen for enslige kvinner er en ny praksis, selv om vurderingen av egnethet til par har vært til stede siden innføringen av assistert befruktning i Norge. Informantenes erfaringer med egnethetsvurderingen gir uttrykk for mangler, der egnetheten i stor grad er målt i medisinske undersøkelser, samtaler med behandler eller sykepleier og barneomsorgsattesten. Det er en enighet blant kvinnene om at barnets beste er essensielt i vurderinger som omhandler barn, men at barneomsorgsattesten kan fungere som en 'falsk trygghet' – en risikovurdering.

Det er dermed flere paradokser som kan bidra til å skape nye morskapsidealene. En er at kvinner får større frihet i egen reproduksjon med lovendringen, men at denne friheten er mer regulert i norske rammer enn i internasjonale (Foucault, 1976/2020). Den andre er at lovendringen forstås som en gode for enslige kvinner, men kan samtidig anses som en politisk mekanisme for å øke antall fødsler i befolkningen (Stuvøy, et al., 2021). I lys av lovendringen kan vi se tendenser til individualistiske tilnærminger til bioteknologi. Den enkelte kvinne er mer ansvarlig for sin egen og befolkningens reproduksjon, der kvinners rettigheter over valg og vurderinger i egen reproduksjon kan forstås som et større ansvar for å tilrettelegge for sin egen reproduksjon (Stuvøy, et al., 2021).

Litteraturliste

- Adopsjonsloven (2017). *Lov om adopsjon* (LOV-2017-06-16-48). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-06-16-48>
- Ahmer, N. S., Ertesvåg, F. & Hattrem, H. (2020, 26. mai). Assistert befruktning for enslige kvinner blir tillatt i Norge. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/mRkxv1/assistert-befruktning-for-enslige-kvinner-blir-tillatt-i-norge>. (Hentet 15. 02.23).
- Almeling, R. (2009). Gender and the value of bodily goods: commodification in egg and sperm donation. *Law and Contemporary Problems*, 72(3), 37–58.
- Barneloven (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>
- Barne- og familiedepartementet. (2022, 21. november). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/#:~:text=Konvensjonen%20gir%20alle%20barn%20og,å%20følge%20den%20i%201991>.
- Bendiksen, L. R. L., & Haugli, T. (2015). *Sentrale emner i barneretten* (2. utg., p. 312). Universitetsforl.
- Bioteknologiloven. (2003). *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi* (LOV-2003-12-05-100). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2003-12-05-100>
- Bioteknologiloven (2020). *Lov om endringer i bioteknologiloven* (LOV-2020-06-19-78). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2020-06-19-78>
- Bioteknologirådet. (u.å.). *Assistert befruktning er regulert i Bioteknologiloven kapittel 2*. Hentet 5. november 2022 fra <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/regelverk/>
- Bioteknologirådet. (2023, mars). *Assistert befruktning og IVF*. Hentet 30.mars 2023 fra <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/#:~:text=Assistert%20befruktning%20er%20metodar%20for,å%20få%20genetisk%20eigne%20barn>.
- Bjerklund, M. (2019). «Fordi han som donerte aldri vil bli en pappa» Definisjoner av egen familieform hos enslige kvinner som har fått barn ved hjelp av sædgiver. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 43(1), 44-59.
- Bjerklund, M. (2021). For at hun skal slippe å bli konfrontert med at ‘alle har en pappa’» Solomødres refleksjoner rundt åpenhet om bruk av donorassistert befruktning. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 48–61. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-04>
- Brandth, B. & Kvande, E. (2013). *Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Butler, J. (1989). Foucault and the Paradox of Bodily Inscriptions. *The Journal of Philosophy*, 86(11), 601–607. <https://doi.org/10.5840/jphil198986117>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Creswell, J. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches*. (5th ed.). Los Angeles, California: Sage.
- Deveaux, M. (1994). Feminism and Empowerment: A Critical Reading of Foucault. *Feminist Studies*, 20(2), 223–247. <https://doi.org/10.2307/3178151>
- Ellingsæter, A. L. (2005). De «nye» mødrene og remoralisering av moderskapet. *Nytt norsk tidsskrift*, 22(4), 373–382. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2005-04-03>
- Ellingsæter, A. L. (2012). Barn i politikken sentrum – pronatalisme på norsk. *Nytt norsk*

- tidsskrift*, 29(4), 361–371. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2012-04-03>
- Foucault, M. (2020). Seksualitetens historie: 1: Viljen til viten (Vol. 1). (E. Schaanning, Overs.). Oslo: Pax forlag. (Opprinnelig utgitt 1976).
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at College de France 1977-1978*. New York: Palgrave MacMillan.
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at College de France 1978-1979*. New York: Palgrave MacMillan.
- Foucault, M. (2015). Kva er biopolitikk? *Agora*, (1), 9-29.
- Fraser, N. (2014). Behind Marx's hidden abode. *New Left Review*, 86, 55–72.
- Garland, D. (1997). Governmentality' and the Problem of Crime. *Theoretical Criminology*, 1(2), 173–214. <https://doi.org/10.1177/1362480697001002002>
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford. Stanford university Press.
- Goisis, A., Håberg, S. E., Hanevik, H. I., Magnus, M. C., & Kravdal, Ø. (2020). The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country. *Human Reproduction (Oxford)*, 35(6), 1441-1450.
- Hammerslev, O., & Madsen, M. R. (2013). Retssociologi: klassiske og moderne perspektiver (p. 891). *København: Hans Reitzel*.
- Hammer, S. (2017). *Foucault og den norske barnehagen: Introduksjon til Michel Foucaults analytiske univers*. Bergen: Fagbokforl.
- Hanssen, J. K. (2016). Nye reproduksjonsteknologier og «det biologiske prinsipp». *Tidsskriftet Norges barnevern*, 93(2), 110–120. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2016-02-04>
- Haugli, T. (2020). Hensynet til barns beste. I N. Høstmælingen, E. S. Kjørholt & K. Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen – barns rettigheter i Norge* (p.) (4. utgave). Universitetsforlaget
- Hartsock, N. (1987). Rethinking Modernism: Minority vs. Majority Theories. *Cultural Critique*, 7, 187–206. <https://doi.org/10.2307/1354155>
- Helsedirektoratet. (2015, november). *Veileder om assistert befruktning med donorsæd – oppdatert november 2015*. (Veileder IS-2418). <https://lovdata.no/static/ROO/is-2015-2418.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). *Godkjenning av virksomheter som tilbyr assistert befruktning og fertilitetsbevarende behandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning/godkjente-virksomheter-for-assistert-befruktning> (Hentet 02.03.23).
- Helsedirektoratet. (2020a, 30. juni). *Tilbud om assistert befruktning i Norge*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning/tilbud-om-assistert-befruktning-i-norge> (Hentet 02.12.2022).
- Helsedirektoratet. (2020b, 10. august). *Assistert befruktning - Barn født etter behandling med assistert befruktning utført i norge 2018-2020 [statistikk]*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/assistert-befruktning> (Hentet 04.05.23).
- Helsedirektoratet (2022a, 06. april). *Vurdering av anmerkinger på barneomsorgsattesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/vurdering-av-egnethet-ved-assistert-befruktning/vurdering-av-anmerkninger-pa-barneomsorgsattesten>
- Helsedirektoratet (2022b, 06. april). *Vurdering av egnethet ved assistert befruktning*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/vurdering-av-egnethet-ved-assistert-befruktning> (Hentet 04.01.23).
- Helsedirektoratet. (2022c, 02. juni). *Non-Invasiv Prenatal Test (NIPT) for trisomi 13, 18 og 2*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/bioteknologi/fosterdiagnostikk/informasjon-om-fosterdiagnostikk-til-helsepersonell-i-svangerskapsomsorgen-i-den-kommunale>

- [helse-og-omsorgstjenesten/non-invasiv-prenatal-test-nipt-for-trisomi-13-18-og-21](#) (Hentet 14.03.23).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a, 19. Juni). *Orientering om endringer i bioteknologiloven*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/bioteknologi/Orientering%20fra%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet%20om%20endringer%20i%20bioteknologiloven.pdf/attachment/inline/e3c70fd3-b76e-4a69-97682bd9797d6432:4bddb6c7d3192a748094fb74560ccd0aedd2ff32/Orientering%20fra%20Helse%20og%20omsorgsdepartementet%20om%20endringer%20i%20bioteknologiloven.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b, 01. Juli). *Endringer i bioteknologiloven fra 1. juli*. Regjering. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/endringer-i-bioteknologiloven-fra-1.-juli/id2721705/>
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. SAGE Publications: London
- Hochschild, A. (2011). Emotional Life on the Market Frontier. *Annual Review of Sociology*, 37, 20–33.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart* (1st ed.). Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (2015). The Surrogate's Womb. *Gender Rovné Příležitosti Výzkum*, 16(2), 42–52. <https://doi.org/10.13060/12130028.2015.16.2.219>
- Holmboe, M., & Myhrer, T.-G. (2018). *Vandel: om politiattester og vurdering av skikkethet* (p. 400). Universitetsforl.
- Humberset, K. (2021, 10. mars). Susanne Andreassen (34) velger å bli mamma helt alene: Jeg er mer redd for å angre på at jeg ikke fikk barn, enn at jeg fikk det. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/foreldreliv/i/86RAXd/susanne-andreassen-34-velger-aa-bli-mamma-helt-alene-jeg-er-mer-redd-for-aa-angre-paa-at-jeg-ikke-fikk-barn-enn-at-jeg-fikk-det>
- Innst. 296 L (2019-2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i Bioteknologiloven*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-296l/?all=true>
- Isaksen, L. W., & Stefansen, K. (2021). Arven fra Arlie Russell Hochschild. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 5(1), 4-7.
- Iversen, T. (1985). Privatisering: markedets muligheter i helsetjenesten. *GHF-skriftserie* (Vol. 1/85, p. 42).
- Jacobsen, K. S., Vik, E. S., & Dahl, B. (2020). Solo Mothers After Assisted Conception and Their Experiences With Postnatal Care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 53-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JMDH.S229807>
- Jadva, V., Badger, S., Morrisette, M. & Golombok, S. (2009). 'Mom by choice, single by life's circumstance...' Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Human Fertility* (Cambridge, England), 12(4), 175-184.
- Johnsen, A. B., Mosveen, E., Bringedal, T. & Høydal, H. K. (2020, 25. mai). KrF-Grøvan om Frp: «Setter kniven i KrFs hjerte». VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/1AGXWo/krf-groevan-om-frp-setter-kniven-i-krf-hjerte> (Hentet 02.04.23).
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Nasjonal strategi for bioteknologi: For framtidens verdiskaping, helse & miljø*. (Bioteknologistrategi F-4271 B). <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/forskning/bioteknologistrategi.pdf>

- Knutsen, I. R. (2017). Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykkelig overvekt. I M. Feiring, T. I. R. Knutsen, T. I. Juritzen & K. Larsen. (2017). *Kritiske perspektiver i helsefagene: utdanning, yrkespraksis og forskning*. Cappelen Damm akademisk.
- Kristensen, K. G, Ravn, N. M. & Sørensen, Ø. S. (2016). Reproduksjon i dagens Norge. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Krokedal, L. (2023, 07.03). Rekordlav fruktbarhet i 2022. *Statistisk sentralbyrå*.
<https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/rekordlav-fruktbarhet-i-2022#:~:text=I%202022%20ble%20det%20f%20d%20t,nye%20tall%20fra%20statistikken%20f%20dte>
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. SAGE Publications, Ltd,
<https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., p. 381). Gyldendal akademisk.
- Layne, L. L. (2013). ‘Creepy,’ ‘freaky,’ and ‘strange’: How the ‘uncanny’ can illuminate the experience of single mothers by choice and lesbian couples who buy ‘dad’ *Journal of Consumer Culture*, 13(2), 140–159. <https://doi.org/10.1177/1469540513482600>
- Lilleeng, S. (2022, 06. september). Stor økning i single kvinner som vil ha barn i Norge. *Nrk*.
<https://www.nrk.no/trondelag/single-kvinner-har-tatt-over-fertilitetsklinikkene-i-norge-1.16078471> (Hentet 04.02.23)
- Martinčič, J. (2020, 11. juni). Endringer i bioteknologiloven skaper nye spørsmål for feminister. *Kjønnsforskning*.
<http://kjonnsforskning.no/nb/2020/06/endringer-i-bioteknologiloven-skaper-nye-sporsmal-for-feminister> (Hentet 21.01.23),
- Medicus, (u.å). Spørsmål og svar om assistert befruktning for enslige. *Medicus*.
<https://medicus.no/sporsmal-og-svar/32-sporsmal-og-svar-om-assistert-befruktning-for-enslige/> (Hentet 02.02.23).
- Melby, K., & Rosenbeck, B. (2009). Reproduksjon som fortolkningsramme for de nordiske velferdsstater: Foucault møter Giddens. *Tidsskrift for Kjønnsforskning*, 33(1 02), 28-46.
- Meld. St. 4 (2018-2019). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-4-20182019/id2614131/?ch=1>
- Meld. St. 39 (2016-2017). *Evaluering av bioteknologiloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/?ch=1>
- Melhuus, M. (2017). Bringing it all back: Cross-Border Procreative Practices. Examples from Norway. I M. Lie, & N. Lykke. (2017). *Assisted reproduction across borders: feminist perspectives on normalizations, disruptions and transmissions* (Vol. 19). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Melhuus, M. (2016). Ønske om et eget barn: Muligheter, forestillinger og forhandlinger i etablering av foreldreskap. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Melhuus, M. (2012). *Problems of conception: issues of law, biotechnology, and kinship* (1st ed.). Berghahn Books.
- Melhuus, M. (2009). Conflicting Notions of Continuity and Belonging. *Social Analysis*, 53(3), 148–162. <https://doi.org/10.3167/sa.2009.530308>
- Melhuus, M. (2001). Kan skinnet bedra? Noen meninger om assistert befruktning. I S. Howell & M. Melhuus (red.), *Blod- tykkere enn vann? Betydninger av slektskap i Norge* (p. 243). Fagbokforlaget.

- Moi, Toril. 2000. Innledning. I *Det annet kjønn*. 7–29. Oslo: Pax forlag.
- Moi, Toril. (2004, 04. januar). Moderskapsmaset. *Morgenbladet*.
<https://www.morgenbladet.no/aktuelt/2004/01/02/moderskapsmaset/>
- Myskja, B. K. (2016). Assistert befruktning og familieverdier i forandring: Er vi på et moralsk skråplan?. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 33(1-02), 45-59.
- Neumann, I. B. (2003). Innledning: Regjeringsbegrepet og regjeringens historiske framvekst. I I. B og O.J. Sending (red): *Regjering i Norge*. Oslo Pax forlag.
- Norheim, O. F. & Gråbøl-Undersrud, E. (2020a, 27.mars). *Skal enslige kvinner få rett på til assistert befruktning?* Bioteknologirådet. Hentet 13. Oktober 2022 fra <https://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2020/03/Uttalelse-om-assistert-befruktning-for-enslige.pdf>
- Norheim, O.F. & Gråbøl-Undersrud, E. (2020b, 19. mai). *Fra konservativ til radikal bioteknologilov i ekspressfart*. Aftenposten.
<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/zGqno9/fra-konservativ-til-radikal-bioteknologilov-i-ekspressfart-ole-frithjof-norheim-og-elisabeth-graaboel-undersrud>
- NTB og Røset, H. H. (2020, 26. mai). Bioteknologi-thriller i Stortinget: Venstre-representant går imot egen regjering. *VG*.
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/8mgz1E/bioteknologi-thriller-i-stortinget-venstre-representant-gaar-mot-egen-regjering> (Hentet 03.04.2023).
- Petersen, T. (2021). 100 år med sæddonasjon. *Bioteknologirådet*.
<https://www.bioteknologiradet.no/2021/01/100-ar-med-saeddonasjon/> (Hentet 05.03.23).
- Politiregisterloven. (2010). *Lov om behandling av opplysninger i politiet og Påtalemyndigheten* (LOV-2010-05-28-16). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2010-05-28-16>
- Prop. 34 L (2019-2020). *Endringer i bioteknologiloven mv*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-34-l-20192020/id2682309/?ch=1>
- Rapp, R. (1988). Moral Pioneers. *Women & Health*, 13(1-2), 101–117.
https://doi.org/10.1300/J013v13n01_09
- Ravn, T. (2021). *Lived realities of solo motherhood, donor conception and medically assisted reproduction*. Emerald Publishing Limited.
- Ravn, M. N. (2017). Naturalization and Un-Naturalization – ARTs, Childlessness and Choice. I M. Lie, & N. Lykke. (2017). *Assisted reproduction across borders: feminist perspectives on normalizations, disruptions and transmissions* (Vol. 19). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Ravn, M. N. & Skjølsvold, T. M. (2016). Arbeidet med å lage barn: Lesbiske par og Tredjepartsutfordringer i familieskaping. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Ravn, M. N. (2005). A matter of free Choice? Some structural and cultural Influences on the Decision to Have or Not to Have Children in Norway. I C. B. Douglas (2005). *Barren states: the population "implosion" in Europe* (pp. X, 270). Berg.
- Risa, M. (2020). Bioteknologiloven – hva ble endret? *Bioteknologirådet*.
<https://www.bioteknologiradet.no/2020/06/bioteknologiloven-hva-ble-endret/> (Hentet 03.03.23).
- Romundstad, L. B. (2022, 19. juni). *Assistert befruktning*. *Store norske leksikon*.
https://sml.sn.no/assistert_befruktning (Hentet 02.03.23)
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century* (pp. XIII, 350). Princeton University Press.
- Sawicki, J. (1999). *Disciplining Mothers: Feminism and the New Reproductive Technologies*.

- In *Feminist Theory and the Body* (pp. 190–202). Edinburgh University Press.
<https://doi.org/10.1515/9781474471770-024>
- Sikt. (u.å). *Om sikt*. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/om-sikt> (Hentet 20. mars 2023).
- Skei, L. & Mon, T. S. (2020, 23. juli). Overlege vil at det skal bli dyrere å få sæddonasjon i Norge. *Nrk*. <https://www.nrk.no/norge/lange-ventetider-pa-saeddonasjon--overlege-vil-at-det-skal-bli-dyrere-a-fa-assistert-befruktning-1.15098620>
- Skogstrøm, L. (2020, 28. juli). Mange enslige kvinner har henvendt seg til klinikker og sykehus for å få hjelp til å bli gravide. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/norge/i/XgvzxE/mange-enslige-kvinner-har-henvendt-seg-til-klinikker-og-sykehus-for-aa-faa-hjelp-til-aa-bli-gravide> (Hentet 25.03.2023).
- Smedal, O. H. (2000). Blod, sæd, moral og teknologi: hva slektskap brukes til. I F. S. Nielsen & O. H. Smedal. *Mellom himmel og jord: tradisjoner, teorier og tendenser i sosialantropologien* (pp. 115–159). Fagbokforl.
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B. M. (2018). *Kunskapens former: Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.
- Spilker, K. & Lie, M. (2016). Biopolitikk på norsk: Eggdonasjon som et spørsmål om likestilling. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Spilker, K.H. (2008). *Assistert slektskap: Biopolitikk i reproduksjonsteknologienes tidsalder*. Doktoravhandling, Institutt for tverrfaglige kulturstudier, NTNU.
- Stang, E. G. (2020). Barns rett til familie og omsorg, særlig om barnevernet. I N. Høstmælingen, E. S. Kjørholt & K. Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen – barns rettigheter i Norge* (p.) (4. utgave). Universitetsforlaget.
- Stuvøy, I., Kirpichenko, M., Kristensen, G. K., Lie, M., & Moratti, S. (2021). Bioteknologiske framtid. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 45(2-3), 120–126.
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2021-02-03-05>
- Stuvøy, I. (2016). Surrogati: Reproduksjon i globalt farvann. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Sørensen, S. Ø. (2016). Karrierekvinne og mor: Et kulturanalytisk blikk på kombinasjonslivets balansekrav. I M. N. Ravn, G. K. Kristensen & S. Ø. Sørensen (red.), *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (p. 236). Fagbokforl.
- Tahseen, R. (2019, 01. januar). Statsminister Erna Solbergs nyttårstale. *VG*.
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/a2M5WL/statsminister-erna-solbergs-nyttaarstalehttps://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/a2M5WL/statsminister-erna-solbergs-nyttaarstale> (Hentet 06.04.23).
- Thompson, C. (2005). *Making parents. The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge, Massachusetts. The MIT Press.
- Throsby, K. (2002). Negotiating "normality" when IVF fails. *Narrative Inquiry*, NI, 12(1), 43–65. <https://doi.org/10.1075/ni.12.1.09thr>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Volgsten, H., & Schmidt, L. (2021). Motherhood through medically assisted reproduction – characteristics and motivations of Swedish single mothers by choice. *Human Fertility* (Cambridge, England), 24(3), 219–225.
<https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1606457>
- Wiel, L. (2020). The speculative turn in IVF: egg freezing and the financialization of fertility. *New Genetics and Society*, 39 (3): 306–326.
<https://doi.org/10.1080/14636778.2019.1709430>
- Øye, C., Sørensen, N. Ø., & Martinsen, K. (2018). *Å tenke med Foucault: en bok for*

masterstudiene i helse- og sosialfagene (p. 189). Fagbokforl.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Intervjuguide

Enslige kvinners erfaringer med assistert befruktning i Norge

Introduksjon

Informere om forskningsprosjektets omfang, vilkår (som forskningsetiske retningslinjer) og formål, og hvilke rettigheter deltakeren har som informant.

Åpningsspørsmål

- a) Alder
- b) Kjønn
- c) Utdanning/arbeidsplass
- d) Familiesituasjon
- e) Bosted

Fertilitetsbehandling

- a) Når bestemte du deg for å gjennomgå assistert befruktning?
- b) Hvor fikk du behandling?
- c) Hvordan type behandling mottok du?
- d) Hvorfor bestemte du deg for å gjennomføre assistert befruktning?
- e) Hvordan informasjon fikk du om donorer og fikk du tilbud om å «ønskedonorer»?

Bioteknologiloven: Enslig mor (som gruppe)

- a) Hvordan opplevde du å bli møtt av helsevesenet? (fastlegen og fertilitetsbehandlere) i valget om å gjennomføre assistert befruktning som enslig kvinne?
- b) Hvordan følte du deg prioritert/ivaretatt?
- c) Hvordan reaksjoner fikk du i valget om å være enslig mor?
- d) Hvilke formelle attester måtte du sende inn?

Vurderingsprosessen

- e) Hvilke medisinske undersøkelser gjennomgikk du?
- f) Hvordan opplevde du vurderingsprosessen?
- g) Hvordan ble det formidlet at vurderingsprosessen skulle foregå?
- h) Vet du om noen andre instanser var innblandet i din vurderingsprosess?
 - Om legen etterspurte informasjon fra andre offentlige instanser?
- i) Hvordan er videre oppfølging av fastlegen og fertilitetsklinikken?

Personlig egnethet

- a) Hvilke psykososiale undersøkelser måtte du gjennomgå?
- b) Hvilke kriterier opplevde du at klinikken og behandlere la vekt på?
 - Økonomi?

- Sosiale nettverk?
- Bolig?
- a) Hvordan undersøkte fertilitetsbehandleren dine omsorgsevner?
- b) Noen andre personer i din omgangskrets som ble undersøkt/intervjuet?
- c) Har du noe mer du ønsker å tilføye/synes kan være relevant for studien?

Vil du delta i forskningsprosjektet «Assistert befruktning blant enslige kvinner i Norge»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan lovgivningen av assistert befruktning blant enslige har påvirket kvinners tilgang til fertilitetsbehandling i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan endringene i Bioteknologiloven, som trådte i kraft 1. januar 2021, har påvirket kvinners tilgang til assistert befruktning. Prosjektet innebærer semistrukturerte dybdeintervjuer med enslige kvinner som har gjennomgått eller er i prosessen med å gjennomgå fertilitetsbehandling i form av assistert befruktning. Prosjektet ønsker å undersøke hvordan lovendringene fungerer i praksis ved å undersøke kvinnenenes erfaringer og opplevelser med vurderingsprosessen. Forskningsprosjektet er en masteroppgave i Retts sosiologi på Universitet i Oslo og skal leveres inn våren 2023.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Charlotte Bredesen og Katja Franko ved Instituttet for kriminologi og retts sosiologi på Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kvinnene blir kontaktet gjennom relevante offentlige organisasjoner og grupper på sosiale medier. Kvinnene får spørsmål om å delta grunnet deres erfaringer og opplevelser med fertilitetsbehandling i norske fertilitetsklinikker. Utvalget vil bestå av 5-10 kvinner.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et semistrukturert dybdeintervju på ca. 60 min. Intervjuet skal handle om erfaringer med Bioteknologiloven når det gjelder assistert befruktning og vurderingsprosessen rundt det. I intervjuet vil det bli benyttet lydopptaker, som kun benyttes til transkribering av datamaterialet. Etter transkriberingene vil lydopptakene slettes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltagelse i prosjektet vil ikke påvirke din rolle som fertilitetsbehandler eller ditt arbeidsforhold.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

I prosjektet vil vi kun benytte opplysninger til det gitte formålet. Vi vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ved innhenting av informasjon og data vil jeg

benytte lydopptak som skal transkriberes, og personopplysninger vil dermed erstattes og anonymiseres med fiktive navn. Det vil kun være jeg og veileder som vil ha tilgang til datamaterialet, som vil oppbevares på en egen harddisk under transkriberingen. Øvrig datamateriale vil bli slettet, slik at ingen opplysninger kan kobles til informanten. Deltakere vil kunne gjenkjenne seg selv i publikasjonen, men språk, dialekt, uttrykk ol. vil anonymiseres i analysen. Ingen personlige opplysninger vil være med i prosjektet.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiO har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiO, Juridisk fakultet, IKRS
- Vårt personvernombud: personvernkontakt@jus.uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Katja Franko
(Forsker/veileder)

Charlotte Bredesen
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Assistert befruktning blant enslige kvinner i Norge*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:


å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Vedlegg 3

Vurdering av prosjektet (Sikt)

 Norsk ▾ Charlotte Marie Baquilo Bredesen ▾

[Meldeskjema](#) / [Enslige kvinners tilgang til assistert befruktning](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 134645	Vurderingstype Standard	Dato 23.09.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Enslige kvinners tilgang til assistert befruktning

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Oslo / Det juridiske fakultet / Institutt for kriminologi og rettsosologi

Prosjektansvarlig
Katja Franko

Student
Charlotte Marie Baquilo Bredesen

Prosjektperiode
01.07.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
Personverntjenester har vurdert endringen registrert 12.9.2022.

Endringen innebærer at det også gjennomføres intervjuer med enslige kvinner som har gjennomført eller er i prosessen med å gjennomføre assistert befruktning. Gjennomføringen er nærmere beskrevet under Utvalg 2 i meldeskjemaet.

Dette medfører at det vil bli registrert særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

VURDERING
Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

Behandlingen av personopplysninger om utvalg 2 er også samtykkebasert. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

b6515db63 