



Alþingi
Erindi nr. P 139/1362
komudagur 15. 2. 2011

Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 15. febrúar 2011
Tilvísun: 201101-0028

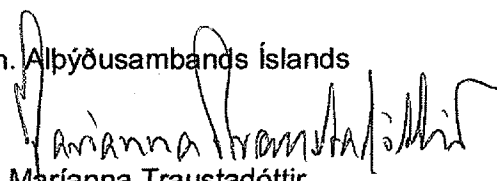
Efni: Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun. Þskj. 376 – 310. mál

Alþýðusambandi Íslands hefur borist til umsagnar tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, þskj. 376 – 310. mál.

Um er að ræða nýmæli í íslenskri iöggjöf og hefur ASÍ ekki mótað sér formlega afstöðu til málsins. Engu að síður vill ASÍ vekja athygli á að ekki hafi verið með fullnægjandi hætti tekið á siðferðilegum, lagalegum og læknisfræðilegum spurningum varðandi staðgöngumæðrun, eins og fram kemur í álitni vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun frá 5. febrúar 2010 og 7. júlí 2010.

Ljóst er að málið getur varðað skuldbindingu og afstöðu Íslands til núverandi og væntanlegra alþjóðareglna á sviði mannréttinda þ.m.t. réttinda barna, kvenna og foreldra. Á þeim vettvangi er umræðu ekki lokið. Umræða hér á landi hefur jafnframt hvorki verið almenn eða ýtarleg og telur ASÍ að frekari umræða þurfi að eiga sér stað áður en farið er í undirbúning lagafrumvarps um staðgöngumæðrun.

F.h. Alþýðusambands Íslands


Marianna Traustadóttir
Jafnréttisfulltrúi ASÍ

Alþýðusamband Íslands

Deild 1 • Reykjavík
Sími 550 0000 • Fax 550 0000
www.althingi.is • www.athingin.is



Alþingi
Erindi nr. P 139/1S28
komudagur 25.2.2011

Umsögn vegna þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun nr 310

Barneignir er ein af frumbörfum manneskjunnar og kemur næst á eftir fyrstu frumbörf mannsins og dýra sem er að halda sér á lífi .

Talið er að um 15% para eigi við ófrjósemi að stríða . Miklar framfarir á sl. 30 árum við tæknifrjóvun, hafa hjálpað stórum hópi þessara para. Þótt tæknin sé til staðar hefur hluti þessara para verið hjálparvana. Meðal þeirra er tiltölulega lítill hópur kvenna sem hafa fæðingargalla á legi eða fæðst án legs, konur sem hafa misst legið eða það orðið óstarfhæft vegna meðferðar s.s. krabbameinsmeðferðar eða aukaverkana við lækniáðgerðir.

Þessar konur og þör þjást af barnleysi . Andlegt álag vegna barnleysis er gifurlegt og hefur verið metið meðal mestu streituvalda , jafnvel meira en missir ástvinar eða ættingja. Þessi streituvaldur er langvarandi og hefur mikil áhrif á líf þessara kvenna og para.

Full staðgöngumæðrun eins og þingsályktunartillagan fjallar um myndi bæta úr vanda þessara kvenna og para.

Ýmis álitamál koma upp vegna þessa, einkum varðandi staðgöngumóðurina.

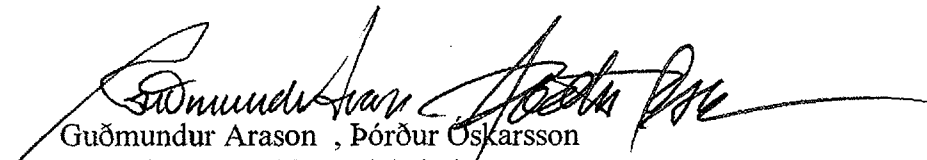
Við styðjum að staðgöngumæðrun verði bundin við fulla staðgöngumæðrun þ.e. báðar kynfrumur komi frá parinu og að um velgjörð sé að ræða eins og við aðrar líffæragjafir á lifandi einstaklingum sem eru stundaðar á Íslandi, s.s. blóðgjöf, eggjagjöf og nýrnagjöf.

Við leggjum áherslu á að staðgöngumóðirin hafi áður átt barn eða lokið sínum barneignum og hafi fengið ýtarlegar upplýsingar um áhættur og lagalegar skuldbindingar sem og mat félagsráðgjafa/sálfræðings og fæðingarlækna áður en meðferð hefst.

Við ráðleggjum að í væntanlegu frumvarpi eða reglugerð um staðgöngumæðrun, verði aðeins komið fyrir einum fósturvísi hjá staðgöngumóðurinni.

Viss áhætta fylgir meðgöngu og fæðingu. Hana má lágmarka s.s. með mati fæðingarlækna eins og gert er í dag m.a. til að meta þær konur sem fara í heima fæðingu. Til hliðsjónar er áhætta fyrir staðgöngumóðurina mun minni en við lifandi nýrnagjöf sem nú er heimiluð og full sátt um í þjóðfélaginu. Fjöldi þeirra sem gefa nýra er svipaður og þörfin fyrir staðgöngumæðrun eða um 6-10 meðferðir árlega.

Mörg siðfræðileg álitamál koma upp við umræðu um staðgöngumæðrun . Þrátt fyrir þessi álitamál þá teljum við að rökin fyrir heimilun staðgöngumæðrunar vegi þyngra. Því mælum við með fullri staðgöngumæðrun með skilyrðum um að velgjörð væri að ræða og viðkomandi aðilar fái nauðsynlega fræðslu og skoðun og traust lagalegt umhverfi.


Guðmundur Arason , Þórður Óskarsson
Sérfræðingar í ófrjósemislækningum
ART Medica

ANDLEGT ÞJÓÐARRÁÐ BAHÁ'ÍA Á ÍSLANDI
THE NATIONAL SPIRITUAL ASSEMBLY OF THE BAHÁ'ÍS OF ICELAND

Alþingi

Erindi nr. P 139/1654

komudagur 10. 3. 2011

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík
nefnadasvid@althingi.is

Efni: Umsögn um þingsályktunartillögu
um staðgöngumæðrun, þskj. 376 — 310. mál.

10. mars 2011

Andlegt þjóðarráð bahá'ía á Íslandi þakkar að hafa fengið til umsagnar þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun, sbr. tölvupóst Nefndasviðs Alþingis 28. febrúar sl.

Þótt staðgöngumæðrun kunnri að virðast einföld í framkvæmd með nútímataekni eru siðferðileg og sálræn álitamál sem að henni lúta öllu flóknari og sérlega viðkvæm. Hin náttúrulegu og tilfinningalegu tengsl foreldra og barna eru hugsanlega sterkari og flóknari en svo að þau verði endurgerð með einföldum lagaramma.

Í bahá'í trúnni er líkt og í öðrum trúarbrögðum lögð áhersla á fjölskylduna sem grunneiningu og hornstein samfélagsins en hlutverk hjónabandsins felst ekki síst í því að ala upp nýja kynslóð af ábyrgð, ástríki og visku. Ábyrgð á eigin lífi og afkvæma sinna nær einnig til kynfruma. Egg og sæði eru því hvorki sölu- né gjafavara.

Staðgöngumæðrun er vissulega ætluð til þess að veita barnlausu fólki þá gæfu að ala upp börn. Alla kosti verður þó ævinlega að skoða í ljósi heildarsamhengis, blóðforeldranna, staðgöngumóðurinnar og fjölskyldu hennar, en ekki síst barnsins sjálfs. Ætt og uppruni og samhengi kynslóðanna eru ríkur þáttur í tilvistarvitund okkar og sjálfsmynd. Aðskilnaður foreldra og barna veldur oft ómældum sársauka. Hvort staðgöngumæður geti forðast að bera tilfinningar til barnanna sem þær bera undir belti, eða hvort slíkt tilfinningaleysi sé hollt – allt eru þetta veigamikil atriði sem þarf að hugleiða af fullri alvöru.

Í tillögunni er vissulega gert ráð fyrir skilyrðum til að sporna við því að greitt sé fyrir þjónustu staðgöngumæðra og að hún verði veitt í hagnaðarskyni. Hæpið er að gera ráð fyrir að slíkir varnaglar haldi en hitt skiptir ekki síður máli hvort meðgönguþjónusta stuðli í raun að aukinni farsæld allra viðkomandi aðila, hvort sem sú þjónusta væri launuð eða ekki.

Þótt andlega þjóðarráðið hafi ævinlega forðast að þröngva siðgildum bahá'í trúarinnar upp á aðra hljótum við að biðja fólk að hugsa sig tvisvar um hvort rétt sé að stíga inn á þá hæpnu braut sem við teljum staðgöngumæðrun vera.

Fyrir hönd Andlegs þjóðarráðs
bahá'ía á Íslandi


Róbert Badí Baldursson, ritari

Alþingi
Erindi nr. P 139/1413
komudagur 18.2.2011



Reykjavík 17. febrúar 2011

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Umsögn Barnaheilla - Save the Children á Íslandi um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun. Þskj. 376-310 mál.

Barnaheill - Save the Children á Íslandi leggja áherslu á þá grundvallarreglu barnaréttarins og Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna að ávallt beri að hafa hag og þarfir barnsins að leiðarljósi þegar málefni þess eru ráðin, sama hver þau eru.

Að mati Barnaheilla eru mörg álitamál tengd staðgöngumæðrun og telja samtökin því mikilvægt að málið verði vandlega skoðað út frá siðferðilegu, læknisfræðilegu og lagalegu sjónarhorni. Samtökin telja því óraunhæft að skipa starfshóp sem skila eigi frumvarpi eigi síðar en 31. mars n.k. Slíkur flýtir í jafn mikilvægu máli og um ræðir getur ekki verið neinum til hagsbóta.

Að mati Barnaheilla er þörf á meiri umræðu um staðgöngumæðrun hér á landi þar sem tekið er á lagalegum og siðfræðilegum álitamálum. Samtökin telja mikilvægt að samfélagsleg sátt ríki um málið áður en lagt sé fram frumvarp sem leyfi staðgöngumæðrun. Barnaheill munu því biða með frekari efnislega umsögn um mál þetta.

Barnaheill telja mikilvægt, áður en hafin er vinna við frumvarp sem heimili staðgöngumæðrun, að könnuð sé frekar framkvæmd þessara mála erlendis og tekið mið af þeirri reynslu, m.a. þar sem staðgöngumæðrun er leyfileg. Þetta hefur að hluta til verið gert í vinnuhópi heilbrigðisráðuneytisins (2009) en að mati samtakanna er þörf á almennari umfjöllun um málið á víðari vettvangi.

Barnaheill eru sammála því sem kemur fram í þingsályktuninni að siðferðileg álitamál eru mörg. Samtökin taka enn fremur undir þau sjónarmið sem fram koma í skýrslu vinnuhóps heilbrigðisráðuneytisins um að staðgöngumæðrun getur haft í för með sér að farið verði að líta á barn sem söluvöru. Það sama getur einnig gerst varðandi staðgöngumóður og þannig getur skapast möguleiki á að kúga konur til að selja aðgang að líkama sínum á nýjan og enn alvarlegri máta en áður hefur þekkt.

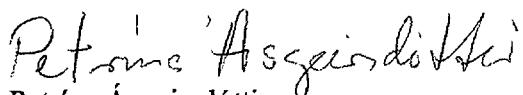
Samkvæmt barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna á sérhvert barna meðfæddan rétt til lífs og skulu aðildarríki tryggja að það megi lifa og þroskast. Það er fjarri lagi að öll börn

heimsins fái þann rétt uppfylltan. Fjöldi barna býr við sára neyð, ungbarnadauði er enn mikill í mörgum löndum heims og fjöldi barna er munaðarlaus.

Barnaheill - Save the Children á Íslandi telja mikilvægara út frá hagsmunum barna að leggja áherslu á það að tryggja öllum börnum réttinn til lífs og þroska og leggja því til að frekari vinna verði lögð í það að auðvelda íslenskum barnlausum hjónum að ættleiða börn.

Virðingarfyllt

f.h. Barnaheilla - Save the Children, á Íslandi


Petrina Ásgeirsdóttir
framkvæmdastjóri

Heilbrigðisnefnd Alþingis
Nefndasvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. P 139/1317
komudagur 14. 2. 2011

Umsögn frá Femínistafélagi Íslands um þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun, 310. mál, þingskjal nr. 376

Femínistafélag Íslands vísar til erindis frá heilbrigðisnefnd Alþingis, dagsett þann 28. janúar 2011, þar sem óskað er umsagnar félagsins um þingsályktunartillögu á þingskjali nr. 376 um staðgöngumæðrun. Í þingsályktunartillögunni er lagt til að heilbrigðisráðherra (nú velferðarráðherra) skipi starfshóp sem undirbúi frumvarp til laga er heimili staðgöngumæðrun. Lagt er til að við þá vinnu verði lögð áhersla á:

- a. Staðgöngumæðrun verði aðeins heimiluð í velgjörðarskyni.
- b. Sett verði ströng skilyrði fyrir staðgöngumæðrun í því augnamiði að tryggja sem best réttindi, skyldur og hagsmuni staðgöngumæðra og væntanlegra foreldra og réttindi og hag þeirra barna sem hugsanlega verða til með þessu úrræði.
- c. Verðandi staðgöngumæður og verðandi foreldrar verði skyldugir til að gera með sér bindandi samkomulag um staðgöngumæðrun.

Frumvarpið verði lagt fram eins fljótt og mögulegt er, þó ekki síðar en 31. mars 2011.

Í umsögn þessari verður tekin afstaða til þessara þriggja atriði en félagið lýsir sig einnig reiðubúið til að koma á fund heilbrigðisnefndar og ræða málið nánar.

a. Staðgöngumæðrun verði aðeins heimiluð í velgjörðarskyni

Fyrir það fyrsta ber að líta til þess að sú hugmynd að leyfa staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni á Íslandi eins og sakir standa er á skjön við álit fyrri starfshóps sem heilbrigðisráðherra skipaði í janúar 2009 til að fara yfir álitæfni tengd staðgöngumæðrun. Hópurinn leggst gegn því í lokaáliti sínu að staðgöngumæðrun verði heimiluð að svo stöddu. Í lokaskýrslu hópsins og greinargóðri áfangaskýrslu er farið yfir þau álitæfni sem taka þarf mið af og löggið þeirra ríkja sem heimila staðgöngumæðrun. Til þess ber að líta að ekkert Norðurlandanna leyfir staðgöngumæðrun (Finnar stigu skref til baka og gerðu staðgöngumæðrun aftur óheimila) og hún er ólögleg í flestum ríkjum Evrópu. Í lokaáliti hópsins segir orðrétt: „Helstu rök fyrir að leyfa staðgöngumæðrun eru þau að hún geti verið farsæl lausn á vanda pars (eða einstaklings) sem á við ófrjósemisvanda að stríða. Helstu rök gegn staðgöngumæðrun eru að hætta sé á að litið sé á staðgöngumóðurina sem hýsil utan um barn (konan “smættuð í æxlunarfæri”).“

Í greinargerð með þingsályktunartillögunni er rakið hvers vegna staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni eigi ekki að vera heimil. Dregin eru upp þau líkindi sem kunna að vera við vændi og bent á að slíkur gjörningur geti verið form af viðskiptum með börn. Femínistafélag Íslands tekur undir þessi varnaðarorð. Hins vegar vakna líka spurningar þegar litið er til staðgöngumæðrunar í velgjörðarskyni og þá ekki síst hvar mörkin milli þessara tveggja tegunda liggja en þau geta verið óljós. Ef greiða má staðgöngumóður fyrir vinnutap,

heilsugæslu og jafnvel uppbyggjandi líkamsrækt á meðgöngutíma þarf að svara því hvenær velgjörðarskyn breytist í hagnaðarsjónarmið.

b. Sett verði ströng skilyrði fyrir staðgöngumæðrun í því augnamiði að tryggja sem best réttindi, skyldur og hagsmuni staðgöngumæðra og væntanlegra foreldra og réttindi og hag þeirra barna sem hugsanlega verða til með þessu úrræði

Verði þingsályktunartillagan samþykkt tekur Femínistafélag Íslands undir þá áherslu að ströng skilyrði þyrftu að vera fyrir staðgöngumæðrun og að tryggja þurfi réttindi og hag allra sem málið varðar. Meðal mikilvægra spurninga sem þarf að svara eru eftirfarandi:

- Hverjum ætti staðgöngumæðrun að vera heimil? Væri hún eingöngu ætluð hjónum sem geta ekki af læknisfræðilegum ástæðum eignast eigið barn? Ættu samkynhneigðir karlar eða einhleypur karl rétt á að nýta sér staðgöngumæðrun?
- Eiga kröfur til fólks sem eignast barn með staðgöngumæðrun að vera þær sömu og til fólks sem ættleiðir?
- Hvernig er hægt að tryggja að banni við staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni sé framfylgt?
- Hvað gerist ef einhver hlutaðeigandi aðila skiptir um skoðun á meðgöngutímanum?
- Hver á rétt á foreldraorlofi við fæðingu barns sem fætt er af staðgöngumæðrun? Hver nýtur uppsagnarverndar á meðgöngutíma?
- Á að skilgreina það að ala upp barn sem hluta af sjálfsögðum réttindum fólks? Gætu slíkir réttindi orðið algild?
- Með hvaða hætti er hægt að koma í veg fyrir kúgun eða þvingun gagnvart staðgöngumóður?
- Mættu erlendir ríkisborgarar leita til Íslands og nýta sér staðgöngumæðrunarþjónustu?
- Hver er réttur barnsins, meðal annars til að þekkja uppruna sinn og til samskipta við foreldra?
- Hvaða skilyrði verða sett varðandi kynfrumur sem eru nýttar? Má eggið vera úr staðgöngumóðurinni eða verður það að vera annars staðar frá?
- Ef staðgöngumóðir ber varanlegan líkamlegan eða andlegan skaða af meðgöngunni, hver ber kostnað ef því?
- Hver tekur ákvörðun um mögulega fóstureyðingu ef um fósturgalla er að ræða? Hvað um aðrar meiriháttar ákvarðanir á meðgöngu?
- Hafa verið gerðar rannsóknir á upplifun kvenna á því að gefa frá sér barn sem þær hafa gengið með? Bendir eitthvað til þess að konur upplifi minni tengingu við barn sem þær ganga með ef það er getið með eggfrumu úr annarri konu? Hver er hin raunverulega móðir, sú sem gengur með það eða leggur til eggfrumu? Myndi lagasetning sem þessi breyta þeim ákvæðum íslenskra laga sem ganga út frá því að móðir sé kona sem gengur með barn?
- Á staðgöngumóðir rétt á umgengni við barnið?

c. Verðandi staðgöngumæður og verðandi foreldrar verði skyldugir til að gera með sér bindandi samkomulag um staðgöngumæðrun. Frumvarpið verði lagt fram eins fljótt og mögulegt er, þó ekki síðar en 31. mars 2011.

Femínistafélag Íslands leggst alfarið gegn því að mögulegir samningar um staðgöngumæðrun verði bindandi og kallar eftir því að flutningsmenn rökstyðji þessa tillögu. Bindandi samningur í slíkum tilfellum getur falið í sér kúgun og slíkir samningar tíðkast ekki í flestum þeirra landa sem heimila staðgöngumæðrun. Ef heimila á staðgöngumæðrun telur

Femínistafélag Íslands mikilvægt að staðgöngumóðirin hafi á öllum stigum rétt til að draga til baka samþykki sitt fyrir því að láta barnið af hendi við fæðingu. Velferð staðgöngumóður og barns verður ávallt að vera í fyrirrúmi.

Femínistafélag Íslands telur að þann tímaramma sem ætlaður er fyrir vinnslu á mögulegu frumvarpi óraunhæfan með tilliti til allra þeirra spurninga sem er ósvarað. Slík vinna tekur ekki vikur eða mánuði heldur hleypur hún á árum.

Femínistafélag Íslands leggst gegn því að staðgöngumæðrun verði heimiluð á Íslandi, hvort sem er í hagnaðarskyni eða velgjöðrarskyni. Hvetur félagið heilbrigðisnefnd Alþingis til að hlýða á þá sérfræðinga sem vara við því að stíga skref í þessa átt að svo búnu.

Reykjavík, 7. febrúar 2011

Fyrir hönd Femínistafélags Íslands,

Hrafnhildur Snæfríðar- og Gunnarsdóttir

Hrafnhildur Snæfríðar- og Gunnarsdóttir

Alþingi
Erindi nr. P 139/1375
komudagur 17.2.2011



Þegar mest á reynir

www.hjukrun.is

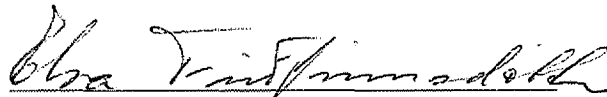
Reykjavík 17. febrúar 2011

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8 - 10
150 Reykjavík

Efni: Umsögn um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, 310. mál.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) þakkar beiðni um umsögn um ofangreina tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun. Að mati stjórnar Fíh er staðgöngumæðrun fyrst og fremst siðfræðilegt álitamál og tengist fremur lífsviðhorfum einstaklinga en menntun. Stjórnin mun því ekki gefa efnislega umsögn um málið. Stjórn Fíh hvetur hins vegar til þess að efnit verði til opinnar umræðu á sem flestum sviðum samfélagsins um þetta mál áður en Alþingi samþykkir umrædda tillögu til þingsályktunar. Þá varar stjórnin við því að Íslendingar gangi lengra í sinni löggjöf en aðrar norðurlandþjóðir.

F.h. stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga,


Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður

Alþingi
Erindi nr. P 139/1807
komudagur 28.3.2011

Álit

um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

Frá meiri hluta félags- og tryggingamálanefndar.

Nefndin hefur að beiðni heilbrigðisnefndar fjallað um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, þskj. 376, 310. mál. Meiri hlutinn telur ótímabært að skipa starfshóp til að semja lagafrumvarp um staðgöngumæðrun. Meiri hlutinn telur hins vegar mikilvægt að skoðuð séu þau álitamál sem tengjast staðgöngumæðrun, þ.m.t. siðferðileg, heilsufarsleg, félagsleg og fjárhagsleg atriði. Þá telur meiri hlutinn mikilvægt að huga að löggjöf og reynslu nágrannalanda hvað varðar málefnið. Meiri hlutinn mælir því ekki með samþykkt tillögunnar óbreyttrar.

Alþingi, 24. mars 2010.

Sigríður Ingibjörg Ingadóttir, form.
Ólafur Þór Gunnarsson.
Jónína Rós Guðmundsdóttir.
Þórunn Sveinbjarnardóttir.
Lilja Rafney Magnúsdóttir.

Alþingi
Eriundi nr. P 139/1865
Fimmtudagur 31.3.2011

Álit

um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

Frá Minni hluta félags- og tryggingamálanefndar.

Félags- og tryggingamálanefnd hefur fjallað um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, þskj. 376, 310. mál. Telur minni hluti að ríkið eigi ekki að setja einstaklingum óþarfar og ómálefnalegar skorður og áréttar að hér er um að ræða sáran vanda fólks. Í tillögunni er gert ráð fyrir því að fram fari mikil og fagleg vinna við frumvarpssmíð um staðgöngumæðrun þar sem m.a. verði skoðuð ýmis siðferðileg, læknisfræðileg og lagaleg álitaeftni, auk annarra sem starfshópurinn telur þörf á skoða við vinnu sína. Þá er gert ráð fyrir því að leitað verði til sérfræðinga við vinnuna og skoðað hvaða reglur gilda um staðgöngumæðrun erlendis. Ljóst er því að þegar er gert ráð fyrir því í tillögunni að skoðuð verði þau álitamál sem meiri hlutinn telur þörf á að skoða vegna málsins. Áhersla er lögð á það í tillögunni að staðgöngumæðrun verði einungis leyfð í velgjörðaskyni og minni hluti telur að sé andstaða við málið byggð á hræðslu um að konur verði misnotaðar í þessu skyni eigi að mæta því með lögum sem fyrirbyggja slíkt. Minni hluti styður því framgang tillögunnar og leggur til að hún verði samþykkt.

Alþingi, 24. mars 2010.

Pétur H. Blöndal.
Unnur Brá Konráðsdóttir.
Guðmundur Steingrímsson.

Alþingi
Erindi nr. Þ 139/1565
komudagur 3.3.2011

FRJÁLSHYGGJUFÉLAGIÐ

Alþingi
febrúar 2011
Nefndasvið
Austurstræti 8-10

Reykjavík, 28.

139. löggjafarþing 2010-2011
310. mál

Heilbrigðisnefnd
Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (þskj. 376)

Umsögn Frjálshyggjufélagsins

Hver einstaklingur á sitt líf, eignir sínar og rétt til að taka ákvarðanir um eigið líf svo lengi sem hann virðir rétt annarra til að gera slíkt hið sama. Beiting valds getur því aldrei verið réttlætanlegt nema til varnar grundvallaréttindum, neikvæðu frelsi. Valdbeiting, hvort heldur frá einstakling eða hóp/stjórnvöldum, má aldrei verða til þess að skerða jafnan rétt allra einstaklinga til frelssis.

Á öllum tímum hafa verið til samtök, félög eða sjálfskipaðir siðfræðingar sem eru tilbúnir að leggja öðru fólki lífsreglurnar. Áður fyrr voru það prestar, kóngar og yfirstéttir en í dag hafa sjálfskipaðir siðfræðingar, femínistar og stjórnámálamenn tekið við að predika öðru fólki lífsreglurnar. Það er hluti af frjálsu samfélagi að slíkir siðapostúlar geti tjáð sitt sjónarmið. Þau mega hins vegar aldrei taka sér þann rétt að svipta einstaklinginn ábyrgð á eigin lífi. Það er ekki og má aldrei verða hlutverk löggjafans að þröngva siðferðismati eins einstaklings yfir á annan. Eina hlutverk löggjafans er að tryggja grundvallaréttindi og frelsi einstaklingsins.

Staðgöngumæðrun gengur ekki gegn frelsi einstaklingsins né verður það talið til glæpsamlegs ásetnings eða meinfýsi í garð annarra þ.e. verk sem skaðar aðra en gerendurnar og eignir þeirra. Alhæfingar í fréttum og frá ýmsum félagasamtökum um siðferðislegt mat á staðgöngumæðrun er mat á lesti eða dygð verknaðarins. Slíkt mat er persónubundið og er ævilangt viðfangsefni hvers einstaklings fyrir sig sjálfan.

Bann við staðgöngumæðrun væri brot á rétti eins einstaklings til að stjórna lífi sínu, líkama og eignum til jafns við rétt annarra til að gera slíkt hið sama.

Allar afhæfingar um lagasetningu annarra landa sem brjóta jafn gróflega á frelsi einstaklingsins og bann hér á landi gerir eru ekki réttmætar, eitt óréttlæti réttlætir ekki annað.

Frjálshyggjufélagið leggst alfarið gegn allri lagasetningu sem hindrar frelsi einstaklingsins til að leita sér staðgöngumæðrunar.

Virðingarfyllt,

f.h. Frjálshyggjufélagsins

A handwritten signature in black ink, reading "Björn Jón Bragason". The signature is written in a cursive style with a long horizontal flourish extending to the right.

Björn Jón Bragason, formaður

Alþingi
Erindi nr. P 139/1412
komudagur 18.2.2011

Greinargerð frá Guðmundi Pálssyni sérfræðingi í
heimilislækningum

Dags. 17. Febrúar 2011.

Til heilbrigðisnefndar Alþingis

Varðar þingsskal. 376 – 310. mál
á 139. löggjafarþingi 2010-11:

Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

ÉG greini strax hér frá niðurstöðum mínum og ráðleggingum í því sambandi.

Ég er fús til að koma til fundar með þingnefndinni verði þess óskað fyrir 25 feb. Sími: 8215369

Megin niðurstaða mín er sú að það virðast vera veigamiklir gallar á tillögu alþingismannanna um fulla staðgöngumæðrun og ekki sé forsvaranlegt að lögleiða hana að svo stöddu.

(ástæður þessa eru tíundaðar í meginmálinu hér að neðan)

Mínar tillögur í málinu eru þessar:

- 1. Að bíða með frumvarpið en hefja samráð með norðurlöndin um hvaða skref séu heppileg í þessu efni. Bæði varðandi fulla staðgöngu innanlands og kaup á slíkri þjónustu erlendis.**
- 2. Í bili að leyfa hefðbundna staðgöngumæðrun til að koma á mótis við þær konur/ pör sem geta nýtt sér hana. Hún er sjálfstakmarkandi og beinist einkum að því að hafa leyfi til að njóta hjálpar frá systur, vinkonu eða nákominni konu sem er reyndar markmið frumvarpsins. Þetta fellur ekki illa að íslenskum veruleika.**
- 3. Að rýmka reglur fyrir venjulega ættleiðingu og setja í hana fjármuni svo hún geti reynst fleyrum raunverulegur valkostur.**
- 4. Að banna fulla staðgöngumæðrun enn um sinn.**
- 5. Banna innflutning á börnum sem eru getin við fulla staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni erlendis.**
- 6. Hvetja alþjóðasamfélagið og WHO til að móta ásættanlega stefnu varðandi kaup Vesturlandabúa á fullri staðgöngumæðrun í þriðja heiminum.**

Meginmál:

Full staðgöngumæðrun.

Full staðgöngumæðrun er það fyrirbæri þegar fósturvísir frá öðru pari sett í leg konu með tæknifrjóvgun og hún gengur með barnið til þess að láta það afhendi strax við fæðingu. Hún er erfðafræðilega óskyld barninu og er eingöngu burðarmóðir.

Vísindaleg þróun sem hefur rótækar afleiðingar:

Staðgöngumæðrun er ekki svo rötæk hugmynd ef horft er á hana frá sjónarmiði læknavísinda, heldur rökrétt framhald af tækni sem hefur verið í undirbúningi lengi: Í grundvallaratriðum er settur er fósturvísir inn í leg konu og hann látinn vaxa.

Hún er hins vegar afar röttæk félagslega - það er fyrirséð að lögleiðing hefur mikil áhrif á samfélagið allt en nákvæmlega hvernig er erfitt að gera sér grein fyrir.

Ég fjalla ekki um siðfræðilega eða heimspekilega um málið en læt lesandanum eftir að álykta útfrá þeirri stöðu sem ég held að geti komið upp ef staðgöngumæðrun verður lögleidd hér á landi. Ég falla einnig um aðstæður við staðgöngumæðrun erlendis því málin

verður að skoða í samhengi þar sem Íslendingar sækja einnig þangað við hugsanlega lögleiðingu hér á landi.

Staðgöngumæðrun á Íslandi, hver gæti framvindan orðið?

Ég hef velt því fyrir mér hvort þetta verði algengt hér á landi og að athuguðu máli held ég að staðgöngumæður verði í byrjun ekki margar. Kannski verða nokkur tilfelli fyrstu árin, færri en tíu.

Staðgöngumæður verða helst vinkonur og systur, einhverjar tekjulágar konur af erlendu bergi brotnar sem mun kannski fjölga þegar árin líða og hugsjónakonur sem vilja e.t.v. "prófa einu sinni" fyrir kynsystur sínar. Ég tel útilokað að menntaðar velstæðar konur muni leggja þetta fyrir sig.

Hinsvegar munu lög um staðgöngumæðrun líklega valda því að þetta verður með tímanum talin sjálfsagður meðgönguvalkostur. Og ekki bara fyrir konur sem skortir leg eða geta heilsunnar vegna ekki gengið með barn, heldur í raun alla þá sem þess æskja. Þetta er mikilvægt atriði og grundvöllur þess að við getum leitt líkum að því að staðgöngumæðrun muni breyta samfélaginu í veigamiklum atriðum. Ég held þetta muni ekki gerast strax - en kannski á 5-10 árum og þá komi fram hin hugarfarslegu áhrif laganna.

Ég sé fyrir mér þá framvindu að ekki verði nóg framboð á staðgöngumæðrum hérlendis og þá muni fólk leita fyrir sér erlendis til að fá þessa þjónustu. Þessa staðhæfingu byggi ég á því að fleiri konur munu æskja þessarar þjónustu, vegna ýmissa aðstæðna sem torvelda meðgöngu og ekki síst félagslegra. Karlmenn einnig þegar tímar líða.

Þá mun ekki verða spurt að því hvort starfsemin sé velgjörð (enda útilokað fyrir Íslending að fá ókeypis leigumóður erlendis) heldur mun meðgangan verða keypt.

Þá verður staðan sú að hérlendis verður hún velgjörð en sé leitað utan landsteina mun þurfa að borga fyrir hana.

Ekki er hægt að útiloka að einhvers konar undirborðsgreiðsla þróist hér á landi fyrir viðvikið sem eykur framboð. Mér finnst það hugsanlegt og það verður að minnsta kosti ekki hægt að koma í veg fyrir það. Peningar munu hjá vissum hópi þykja sjálfsgæðir fyrir svo stórt viðvik í formi greiðslna inn á erlenda reikninga, gegnum þriðja aðila eða á annan hátt með leyndum hætti. Það er rétt að hafa þetta í huga en ekki sem neina meginreglu.

Engin leið er að banna fólki að leita þjónustunnar erlendis ef löggjafinn heimilar þetta hérlendis. Ekki nema það standi sérstaklega í lögum að óheimilt sé að gera það. Og þó mun það varla duga því hvað gerist þegar maður kemur með hvítvoðung fæddan í öðru landi til landsins og kaupin eru þegar gerð? Á að vísa honum burt?

Það gengur ekki, nema einhvers staðar komi fram í lögum að slík börn megi ekki koma inn í landið eða fái ekki ríkisborgararétt. Hvað gera menn þá, á að senda hvítvoðunginn burt? Ég get ekki séð lausnina í fljótu bragði.

Full staðgöngumæðrun erlendis er knúin af fjármagni og er næstum aldrei hrein velgjörð. Þannig virkar markaðurinn. Þetta er orðin gríðarleg verslun nú þegar sem veltir milljörðum dollara.

Sumir segja að þetta sé verslun með börn. Nákvæmara er þó að segja að staðgöngumæðrun feli ekki í sér beina sölu á barni en ótvírætt erum að ræða sölu á móður réttinum eða afsölu á honum því samkvæmt venjulegum skilningi (og lagalegum einnig) er móðir sú kona sem gengur með barnið. Hún er sú sem tengist því gegnum meðgönguna og nærir það við brjóst sér.

Nú gæti maður spurt: Er hægt að versla með móður réttinn? Stríðir það ekki gegn mannréttindum? Eða ætla menn að fara bakdyraleiðina og breyta skilgreiningunni á því hvað sé móðir? Það blasir við í tillögu okkar háttvirtu alþingismanna að breyta skilgreiningunni. Ekki stendur til að spyrja þjóðina að því.

Veruleiki staðgöngumóðurinnar:

Erlendar staðgöngumæður eru valdar af læknum og lögfræðingum (og fyrirtækjum þeirra) sem meta hæfni konunnar til að gegna þessu hlutverki. Hún þarf að vera hraust og lyfjalaus, með nógu stóra grind að hún henti til barnsburðar og það er skilyrði að hún hafi átt barn áður. Betra getur verið að hún hafi annað litarhaft en vesturlandabúinn því þá er minni hætt á því að hún tengist barninu þegar það fæðist. Þetta notfæra menn sér óspart í Ameríku þar sem fátækar blökkukonur eru í meirihluta staðgöngumæðra.

Kona sem fætt hefur áður er yfirleitt fjölskyldukona og á mann og stórfjölskyldu. Það hefur sýnt sig að þessar konur verða oft að dyljast fyrir fjölskyldu sinni til að geta tekið að sér verkefnið. Börn hennar eru ekki látin horfa upp á kviðinn vaxa heldur er hún í oftast meðgöngubúðum undir eftirliti (Indland) Þessar konur fá skólun (oftast frákjarkmiklum eldri konum) og læra að semja sig að aðstæðum, þægjast án spurninga, mótspyrnu eða mótmæla.

Leigumæður þurfa að fylgja ákveðnu matarræði, svefnvenjum, hreinlæti, kynlífi, böðum, halda sig frá alkóhóli og lyfjum o.s.frv. Einnig þurfa þær að samþykkja að barnið sé tekið með keisaraskurði, en það er ávallt gert í lok meðgöngu.

Misfarist meðgangan fá þær enga þóknun.

Sé barnið gallað fer konan í fóstureyðingu.

Þessar konur eru samvinnuþýðar vegna þess að miklir peningar eru í boði, kannski u.þ.b. 1/4 til 1/2 af þeirri upphæð sem fyrirtækið fær. Þær eru í engri aðstöðu til að mótmæla við þessar aðstæður og liggur mikið við oft bæði heiðurinn og öll þóknunin ef þær óhlýðnast.

Fjármagnið ræður:

Í heimi fullrar staðgöngumæðrunar eru það fyrst og fremst peningar sem ráða. Enda eru þeir miklir og báðir aðilar eru áfjáðir í viðskiptin, hefur að þessu leitinu verið líkt við viðskipti með eiturlyf, vopn og kynlíf þare sem engri stýringu verður við komið:

Konan sem fær meiri peninga en hún hefur nokkru sinni séð og maðurinn/konan/parið sem fær barn, eitthvað sem þeim er ómetanlegt hvernig sem á það er litið. Að því viðbættu er þetta viðurværi þeirra lækna, lögfræðinga og fjölda starfsfólks sem kemur að þessu og þar eru einnig miklir fjármunir í spilinu.

Allir hafa aðgang að þessari þjónustu sem eiga peninga og það eru vitaskuld ekki bara barnlaus pör eða ófrjóar konursem fá úrlausn mála sinna heldur einnig einstaklingar karlar og konur, samkynhneigðir og gagnkynhneigðir. Þó eru það hinir ríku og sterku sem knýja þetta áfram og þeir sem hafa öfluga málsvarendur eða þrýstihópa. Konur, fátækir, börn og reglur samfélagsins líða.

Sé um einstakling að ræða þarf einnig að kaupa egg eða sæði sem þykir henta. Það er vitaskuld valið eftir gæðum og litaðir koma ekki til greina né heldur gallaðir, lágvaxnir eða tregir svo dæmi sé tekið. Ný tegund útvalningarhyggju gægist þarna fram og þó hún sé í öðru formi en við þekkjum frá síðustu öld er í raun skyld hugsun á ferðinni.

Vandi staðgöngumóðurinnar:

Leigumóðirin gengur með barnið og myndar tengsl við það eins og eðlilegt er. Þessi tengsl þarf að rjúfa þegar barnið er tilbúið venjulega í viku 38-42 þegar hún fer í keisara.

Hún þarf einnig að gangast undir meiri fósturskimun heldur en við eigum að venjast til að tryggja að barnið sé eðlilegt. Menn sjá fram á að það muni aukast í þessum iðnaði og konum verði skipað að fara í fóstureyðingu án þess að þær ráði því sjálfar.

Einnig er hægt að gera sér það í hugarlund að kona sem gengur með barnið og er skipað að fara í fóstureyðingu vegna fósturgalla neiti því, (sé henni það heimilt, s.k. samningi). Hún gengur þá með barnið og eftir það gætu erfðaforeldrarnir hafnað barninu. Hún situr því uppi með barnið - kannski hálfvolg, því hún vildi peninga en ekki barn. Aðstæðurnar geta því orðið erfiðar og hæglega skapast aðstæður þar sem enginn vill barnið.

Á hinn bóginn eru þekkt tilfelli þar sem leigumóðirin vill ekki afhenda barnið eftir að hafa gengið með það og skapast þá dómsmál vegna hvítvoðungsins. Fjölda mörg dæmi eru um þetta.

Einnig er hugsanlegt og jafnvel mjög líklegt með tímanum að iðnaðurinn leitist við að koma á móts við kúnnann um kyn og stúlkubörnum verði eytt kerfisbundið snemma í meðgöngu. Þetta er þekkt á Indlandi

Sjúkdómar og frávík á meðgöngu:

Margt getur komið upp á í meðgöngu sem erfitt er að fella í samning eða vafasamt: Móðirin fær hættulegan blóðþrýsting sem ógnar lífi hennar og barnsins. Meðgöngusykursýki getur komið fram eða blæðingar á síðasta mánuði. Hver ber ábyrgðina og kostnaðinn á varanlegum skaða hjá móður eða barni?

Meðgöngueitrun (preeklampsia og eklampsia) kemur oft fyrir venjulegan fæðingartíma. Þá er barnið tekið með keisara fyrir tímamann og maður spyr sig hvað sé gert í slíkum tilfellum við barnið hálfvaxið. Fer það á nýburadeild eða því bara látið deyja? Ekki veit ég hvað tíðkast þegar þetta hefur breyst í peningaknúinn iðnað í framandi löndum.

Börn sem fæðast af annarri móður munu ekki fá móðurmjólk af brjósti. Ekki er mjólkinn einungis holl og styrkir ónæmiskerfið heldur gegnir sog brjósta veigamiklu hlutverki við að tengja saman móður og barn tilfinningalega og líkamlega.

Það virðist vera veigamiklir gallar á tillögu alþingismannanna um fulla staðgöngumæðrun og niðurstaða mín er sú að ekki sé forsvaranlegt að lögleiða hana að svo stöddu.

**Guðmundur Pálsson sérfræðingur í heilsugæslulækningum
Kvisthaga 21
107 Reykjavík Sími: 821- 5369**

Reykjavík 15.03.2011

Nefndarsvið Alþingis

Austurstræti 8-10

150 Reykjavík

Alþingi

Erindi nr. P 139/1765

komudagur 21.3.2011

Umsögn um þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun

Þskj. 376 — 310. mál.

Staðgöngumæðrun er eitt af elstu úrræðum við barnleysi, enda bæði þekkt frá Biblíunni sem og hérlendis þar sem barn bóndans með vinnukonunni var alið upp sem eitt af börnum fjölskyldunnar. Það sem er nýtt í dag er að samfélagið og heilbrigðiskerfið tekur þátt í ferlinu með því að nýta tæknifrjóvgun með tilheyrandi kostnaði.

Þörfin fyrir umræðu um staðgöngumæðrun er mikil. Vinnuhópur Heilbrigðisráðuneytisins hóf góða og gagnlega vinnu sem byggja skal á í framhaldinu við smíði nauðsynlegs regluverks. Því miður tel ég að þingsályktunartillagan sem var lögð fram síðasta haust skapi fleiri vandamál en hún leysir. Engin ein fullkomin lausn er til og það er ekki hægt að koma í veg fyrir að í einhverju tilfelli kom upp vandamál. Það sem er hægt að gera er að reyna að skapa öruggar aðstæður fyrir verðandi barn og hina fullorðnu aðila, byggt á faglegu mati og reynslu annarra þjóða.

Það hefur verið mikið rætt um siðferðileg álitamál sem fylgja staðgöngumæðrun og er það einungis af hinu góða, enda aldrei of varlega farið þegar skapaður er lítill einstaklingur með þessum hætti. Ég ætla mér ekki að fara nánar í þau atriði, enda tel ég að þeim hefur verið gerð góð skil af öðrum. Innleggið í umræðuna frá mér er frekar praktískar lausnir á vandamálinu byggðu á margra ára reynslu og kunnáttu af þessum málaflokki hérlendis sem á Norðurlöndunum.

Samantekt á skipulagi og reynslu þeirra þjóða sem þegar bjóða eða hafa boðið upp á þessa þjónustu er kynnt í skýrslu vinnuhópsins (5. febrúar 2010). Það er mikilvægt að taka fram að í flestum tilfellum er um að ræða staðgöngumæðrun þar sem utanaðkomandi kona tekur að sér þetta hlutverk fyrir ókunnugt þar. Einnig er í sumum tilfellum um að ræða fulla/hefðbundna staðgöngumæðrun þar sem egg staðgöngumóðurinnar er einnig notað, og það er í þeim tilfellum þar sem alvarlegustu vandamálin koma fram. Í Ísrael, þar sem staðgöngumæðrun hefur verið leyfð frá 1996, er sett sem skilyrði að staðgöngumóðirin sé einstæð eða fráskilin kona og ótengd þarinnu. Í nokkrum ríkjum Bandaríkjanna, í Úkraínu og í Asíu, þar sem engin lög eru um staðgöngumæðrun, hefur staðgöngumæðrun verið gerð í hagnaðarskyni. Þar er gerður samningur á milli þarsins og staðgöngumóðurinnar (eða umboðstofunnar) um kostnað og afhendingu barnsins. En í flestum öðrum löndum þar sem staðgöngumæðrun er lögleg er hún einungis leyfileg í velgjörðarskyni og blátt bann lagt við öðru.

Hvað varðar Norðurlöndin, þá er það bara á Íslandi þar sem tekið er skýrt fram að staðgöngumæðrun er bönnuð. Óheimilt er að nýta tæknifrjövgun til skapa barn til ættleiðingar í Finnlandi og Danmörku. Egggjöf er ekki leyfileg í Noregi og þar með ekki heldur staðgöngumæðrun. Í Svíþjóð er ekki tekið sérstaklega á staðgöngumæðrun í lögunum. Hvergi er tekið á hinn hefðbundnu staðgöngumæðrun þar sem tæknin er ekki notuð heldur frjövgunin er framkvæmd innan veggja heimilisins, með eggi staðgöngumóðurinnar sem er frjövgað með sæði mannsins. Það sem hefur hindrað staðgöngumæðrun í þessum löndum eru skýr barnalög þar sem móðir barns er ætíð sú sem fæðir fram barnið, óháð því hvort um gjafaegg eða -sæði er að ræða. Önnur hindrun er að ættleiðing er ekki einkamál foreldra (hér staðgöngumóðurinnar), heldur fer ættleiðing einungis fram eftir ítarlega skoðun félagsmálayfirvalda og getur ákvörðun þeirra stangast á við óskir staðgöngumóðurinnar og parsins.

Finnland er eina norræna landið sem hefur reynslu af staðgöngumæðrun fram til ársins 2007, þegar löggjöf um tæknifrjövganir var samþykkt. Ástæðan fyrir að staðgöngumæðrun með aðstoð tæknifrjövgunar var ekki leyfð í finnsku löggjöfinni er ekki slæm reynsla af staðgöngumæðrun, heldur pólitísk. Frumvarpið innihélt upphaflega jafnframt réttindi einstæðra og lesbískra kvenna til tæknifrjövguna ásamt staðgöngumæðrun, en það tókst ekki að ná því í gegn í þeirri mynd. Því var hagsmunum færri förnað fyrir hagsmunum fleiri og staðgöngumæðrun tekin út og lögin samþykkt 2006 og tóku gildi 2007.

Í Finnlandi hafði þá frá 1991 verið mögulegt að fá aðstoð með staðgöngumæðrun, en úrræðið frekar lítið notað eða einungis um 17 mál á 10 ára tímabili (1991-2001). Reynsla Finna gæti verið okkur gagnleg ef leyfa á staðgöngumæðrun, en samfélag Finna og Íslendinga er ekki ósvipað. Viðtækt andlegt, félagslegt og líkamlegt mat var gert af fagfólki á bæði parinu og staðgöngumóður ásamt maka hennar áður en ákvörðun var tekin um að leyfa meðferð. Áður en meðferðin hófst þurfti parið og staðgöngumóðirin að byrja formlegt ættleiðingarferli og samþykki ættleiðingaryfirvalda (Adoptionsnämnden) varð að liggja fyrir. Ættleiðingin gekk síðan í gildi þegar barnið var tveggja mánaða. Enginn bindandi samingur var gerður, enda ekki álitnið samræmast mannréttinasáttmálum (3. gr. Sameinuðu þjóðanna og 8. gr. Mannréttinasáttmála Evrópu) um yfirráðarétt manneskjunnar yfir eigin líkama. Allir aðilar fengu viðtækan stuðning og ráðgjöf fagaðila varðandi andlega, félagslega og líkamlega heilsu gegnum alla meðgönguna og eftir fæðinguna.

Af þessum 17 málum var staðgöngumóðirin alla jafna innan stórfjölskyldunnar (systir, móðir eða mágkona) eða náin vinkona, en í tveimur tilfellum var það ókunnug kona. Andleg vandamál (fæðingarþunglyndi) komu upp í tveimur tilfellum hjá staðgöngumæðrunum og í verra tilfallinu þurfti konan læknisfræðilega aðstoð og lyf í nokkurn tíma eftir.

Barnið – Ábyrgð foreldra tryggð

Lögin verða fyrst og fremst að tryggja hag barnsins. Foreldrar bera ábyrgð á börnunum sínum og börnin þurfa á foreldrum sínum að halda til að geta þroskast og dafnað. Því skiptir miklu máli að það sé ljóst hver ber ábyrgðina. Samkvæmt Barnalögum er móðir barns skilgreind sú kona sem fæðir barnið, og faðir barnsins er eiginmaður hennar eða sambýlismaður nema

Þegar um einstæða móðir er að ræða og faðernisviðurkenning hefur verið framkvæmd. Samkvæmt barnalögum er þannig skýrt hverjir eru foreldrar barnsins og bera á því ábyrgð.

Að breyta skráðum foreldrum strax við fæðingu getur skapað fordæmi sem veldur því að þeir sem gefa egg eða sæði öðlist sams konar rétt og geti þannig farið fram á að fá barnið. Til að tryggja rétt barnsins til foreldra er rétt að það sé skýrt að kona sem fæðir barnið sé móðir barnsins og maki hennar faðir þess, en síðan ættleiði parið barnið eftir þessa lögbundnu 3 mánuði (Lög um ættleiðingar 1999 nr.130 gr.8). Að skrá þrjá til fjóra foreldra á fæðingarvottorð barnsins getur einungis skapað misskilning og óljósa ábyrgð á barninu. Réttur barnsins til foreldra á að vera leiðarljósið í frumvarpinu.

Staðgöngumóðirin – og fjölskylda hennar

Áhætta staðgöngumóðurinnar er töluverð. Hún er ekki einungis líkamleg fyrir sjálfa konuna, heldur fylgir staðgöngumæðrun félagslegt og andlegt álag fyrir fjölskylduna. Því þarf að upplýsa staðgöngumóðurina og fjölskylda hennar um þá áhættur sem hún og fjölskylda hennar tekur, og setja sem skilyrði að hún/þau veiti upplýst samþykki sitt fyrir staðgöngumæðruninni. Félagsleg réttindi staðgöngumóðurinnar á meðgöngunni eru nú þegar til staðar sem almenn réttindi þungaðra kvenna, s.s. réttur til atvinnuöryggis, en að auki er við frumættleiðingu tryggður 2 mánaðar réttur til fæðingarorlofs fyrir foreldrana sem gefa barn til ættleiðingar við fæðingu (sjá lög um fæðingar og foreldraorlof nr.95/2000 gr. 32). Staðgöngumóðirin á að hafa félagsleg réttindi eins og aðrar þungaðar konur, og það ætti ekki að skerða þann rétt á nokkurn hátt með sérlöggjöf þar sem ábyrgð samfélagsins er velt á parið sem óskar eftir þjónustunni.

Mikilvægt er að muna að maki staðgöngumóðurinnar verður einnig faðir barnsins og því þarf samþykki hans fyrir ættleiðingunni, auk þess sem þarf að ræða við börn þeirra og útskýra sérstöðu málsins í samræmi við aldur þeirra og þroska.

Það verður að vera ljóst að staðgöngumóðirin ein hefur yfirráðarétt yfir líkama sínum og það má aldrei hætta líkamlegri eða andlegri heilsu hennar fyrir heilsu fóstursins.

Parið

Sorgin sem hlýst af því að geta ekki eignast barn er ólýsanleg. Að eignast barn telst hins vegar ekki til formlegra mannréttinda eins og þau eru skilgreind í dag.

Flest samfélög byggjast á fjölskyldum og oft er talað um að fjölskyldan sé hornsteinn samfélagsins. Að standa utan hins almenna norms samfélagsins veldur einangrun og vanlíðan. Því er ekki einungis um að ræða líffræðilega þörf til að eignast barn heldur líka félagslega þörf. Rætt hefur verið um að Ísland rýmki fyrir ættleiðingum frá öðrum löndum, en það lýsir ákveðnum misskilningi. Lönd sem gefa börn til ættleiðingar setja fram ákveðnar kröfur sem Ísland þarf að uppfylla, því getur Ísland ekki einhliða rýmkað kröfur um t.d. aldur parsins, heilbrigði eða annað. Sem dæmi má nefna að Kína herti kröfurnar fyrir nokkrum árum sem hefur valdið samdrætti í ættleiðingum frá Kína í flestum löndum. Eina leiðin til að auka erlendar ættleiðingar er að íslensk yfirvöld (ættleiðingarsamtök) semji við fleiri lönd, en þessir

samningar eru flóknir og erfiðir og byggja auk þess á því að þessi lönd vilji semja við Ísland, sem er ekki sjálfgefið.

Því miður er ekki hægt að hjálpa öllum til að eignast barn gegnum tæknifrjógungun eða ættleiðingu. Í einstökum tilfellum gæti því staðgöngumæðrun hjálpað en mikilvægt er að undirbúa aðstæður þannig að skilningur sé á að gæta þarf að barninu í fyrsta lagi, síðan staðgöngumóðurinni, og að síðustu að parið sé undirbúið til að taka við barninu hvernig sem það er og veita því ást og umhyggju. Það eitt að kynfrumur parsins séu notaðar gefur þeim ekki rétt til líkama staðgöngumóðurrinnar eða til barnsins, því þá væri undirstaðan fyrir notkun gjafaeggja og gjafasæðis brostin.

Tillaga

Íslensk samfélagsgerð er byggð á samstöðu innan stórfjölskyldunnar, og það er t.d. algengara héraendis að systir gefi eggfrumu en tíðkast í öðrum samfélögum þar sem er frekar latt til þess en hvatt (s.s. Svíþjóð). Þessi þétta samstaða innan fjölskyldunnar sýnir sig í ábyrgð á umönnun barna. Ömmur og afar, frænkur og frændur eru mikilvægir aðilar í lífi barna héraendis og taka oft þátt í uppeldi og umönnun barnanna. Grunnurinn er því til staðar fyrir að fjölskyldan geti einnig hjálpast að í tilfelli staðgöngumæðrunar, en það rýrir ekki mikilvægi þess að faglega sé staðið að skoðun og nauðsyn upplýsts samþykkis allra aðila þannig að komið sé í veg fyrir óeðlilegan þrýsting á viðkomandi aðila innan fjölskyldunnar. Dómstólaaleiðin er slæm til að leysa samskipta- og fjölskylduvandamál, og í raun ætti ekki að gera ráð fyrir henni frá byrjun því að það gæti latt fólk til að reyna til þrautar að ná góðri sátt, sérstaklega með tillit til stöðu barnsins.

Við að einskorða staðgöngumæðrun við þekkta aðila, og þá sérstaklega innan fjölskyldunnar, má koma í veg fyrir vandamál sem tengjast ábyrgðina á barninu. Litlar líkur eru á að barninu sé hafnað af allri fjölskyldunni eða að staðgöngumóðir neiti að afhenta systur/frænku/dóttur sinni barnið. Því tel ég, og reynslan hefur sýnt, að staðgöngumæðrun reynist best innan fjölskyldu þar sem barnið verður hluti af stórfjölskyldunni hvernig sem málin fara og að barninu er tryggð fjölskylda sem ber ábyrgð á því.

Ég tel að löggin eigi að vera ströng til að byrja með og að þau verði endurskoðuð eftir 5 ár. Einnig má velta fyrir sér að gefa undanþágur frá ríkjandi lögum til reynslu, en þá verður eftirlit og eftirfylgni að vera gott til að sjá hvernig reynist. Ef staðgöngumæðrun verður að veruleika þá er nauðsynlegt að reynslan verði metin nákvæmlega með rannsóknum og eftirliti.

Skilyrðin yrðu þá til að byrja með að einungis væri um að ræða konu þar sem ljóst er að konan getur ekki gengið með barn vegna sjúkdóma (t.d. krabbamein) eða erfðagalla. Einungis kynfrumur parsins verði notaðar og að staðgöngumóðirin sé innan fjölskyldunnar í fyrsta lið (t.d. systir), í öðrum lið (t.d. systkinabörn) eða mjög nán vinkona. Skilyrði fyrir meðferðinni sé að sérstök nefnd skipuð lækni, félagsráðgjafa, geðlækni/sálfræðingi og lögfræðingi skoði ítarlega aðstæður bæði parsins sem óskar eftir barninu og staðgöngumóður og fjölskyldu hennar og veiti samþykki. Einnig að parið hafi byrjað ættleiðingarferli þar sem það hefur

fengið forsamþykki frá ættleiðingaryfirvöldum (sýslumanni) um að það megi ættleiða barn. Regluleg viðtöl allra málsaðila við sérhæfða fagaðila (sérfræðinga í fjölskylduráðgjöf) verður að vera til staðar í gegnum allt ferlið, meðgöngu, fæðingu og síðan ættleiðingu, til að koma í veg fyrir og leysa möguleg vandamál sem allra fyrst.

Að leyfa staðgöngumæðrun í litlu samfélagi krefst vandaðra vinnubragða, ábyrgrar stefnumótunar og ekki síst tíma. Því mæli ég með að byggt sé áfram á starfi vinnuhópsins og að endurskoðuð þingsályktunartillaga verði sett fram með rýmri tímamörkum til að hægt sé að leyfa staðgöngumæðrun hérlandis.

Helga Sól Ólafsdóttir

Félagráðgjafi MscSW, Art Medica. Starfaði frá 2004-2007 á Fertilitetscentrum, Gautaborg

Doktorsnemi í lýðheilsuvísindum við Norræna lýðheilsuháskólann

Doktorsverkefni: Ófrjósemi á Norðurlöndum.

Netfang: helga.olafsdottir@nhv.se

Sími: 868-0087



Alþingi
Erindi nr. P 139/1415
komudagur 18.2.2011

Jafnréttisstofa

Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Akureyri 16. febrúar 2011.

Efni: Umsögn Jafnréttisstofu um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (heimild til staðgöngumæðrunar).

Með tölvubréfi, dags. 28. janúar 2011, barst Jafnréttisstofu beiðni frá heilbrigðisnefnd Alþingis um umsögn um 310. mál, þskj. 376, lp. 139, tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (heimild til staðgöngumæðrunar).

Tillagan er um að Alþingi álykti að fela heilbrigðisráðherra (nú velferðarráðherra) að skipa vinnuhóp til að undirbúa frumvarp til laga sem heimili staðgöngumæðrun. Í þingsályktunartillögunni er tekið fram að við þá vinnu skuli meðal annars lögð áhersla á eftirfarandi þrjú atriði:

- Staðgöngumæðrun verði aðeins heimiluð í velgjörðarskyni
- Sett verði ströng skilyrði fyrir staðgöngumæðrun í því augnamiði að tryggja sem best réttindi, skyldur og hagsmuni staðgöngumæðra og væntanlegra foreldra og réttindi og hag þeirra barna sem hugsanlega verða til með þessu úrræði
- Verðandi staðgöngumæður og verðandi foreldrar verði skyldugir til að gera með sér bindandi samkomulag um staðgöngumæðrun

Í janúar 2009 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra vinnuhóp til að skoða ýmis álitæfni tengd staðgöngumæðrun. Vinnuhópurinn skilaði áfangaskýrslu um efnið þann 5. janúar 2010. Í þeirri skýrslu kemur m.a. fram að staðgöngumæðrun sé hvergi heimil á Norðurlöndunum og að hún sé bönnuð í flestum löndum Evrópu. (bls. 16 í skýrslu vinnuhópsins) Bent er á í skýrslunni að í Bretlandi, þar sem staðgöngumæðrun sé óheimil í hagnaðarskyni, hafi samt orðið til markaður á þessu sviði. „Í raun er þá komið markaðsverð á hverja meðgöngu, þó þar í landi (Bretlandi, innsk. Jafnréttisstofu) sé bannað að ganga með barn fyrir aðra konu í hagnaðarskyni.“ (bls. 7 í skýrslu vinnuhópsins).

Vinnuhópurinn skilaði álitum, dags. 7. júní 2010. Niðurstaða hópsins var sú að ekki væri tímabært að heimila staðgöngumæðrun að svo stöddu. Hópurinn hvatti til meiri umræðu og lagði mikla

áherslu á nauðsyn þess að almenn sátt ríkti um málið. Ennfremur taldi hópurinn að æskilegt væri að við hér á Íslandi myndum fylgjast með þróum mála varðandi staðgöngumæðrun á hinum Norðurlöndunum og æskilegast að við ættum samleið með þeim um framhald málsins, ef af því yrði.

Jafnréttisstofa tekur undir athugasemdir og ábendingar vinnuhópsins og telur að alls ekki sé tímabært að undirbúa frumvarp að lögum sem heimili staðgöngumæðrun. Umræða um málið sé komin allt of skammt á veg hér á landi og langt sé í land með að ýmsum siðferðilegum og lagalegum spurningum sé svarað. Einnig hefur hvergi, að því er verður séð, verið fjallað með heildstæðum hætti um læknisfræðileg og heilsufarsleg mál þessu tengd.

Jafnréttisstofa telur rétt að gera nánari grein fyrir afstöðu sinni. Sérstaklega verða tilgreindar athugasemdir, vangaveltur og spurningar, sem vakna þegar fyrirmælin, sem sett eru fram í þremur stafliðum í þált., eru skoðuð nánar sem ætti að leggja til grundvallar við undirbúning að samningu frumvarps um staðgöngumæðrun.

a. liður Staðgöngumæðrun verði aðeins heimiluð í velgjörðarskyni.

Flutningsmenn leggja til í þingsályktunartillögunni að Alþingi heimili staðgöngumæðrun aðeins í velgjörðarskyni. Staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni er skilgreind með eftirfarandi hætti á heimasíðuðunni www.stadganga.com: *Staðgöngumóðirin fær enga greiðslu en væntanlegir foreldrar greiða allan kostnað er tengist meðgöngunni. Ákvörðun hennar byggist á löngun hennar til að hjálpa öðrum til að láta draum um barn rætast.* Hér vaknar m.a. sú spurning hvernig eigi að sannreyna af hvaða hvötum staðgöngumóðir tekur að sér hlutverkið. Væntanlega er þá ekki löglegt ef ástæðurnar eru elnhvers konar þvingun, kúgun eða hvað sem er annað en viljinn til að gera góðverk. Vandséð er hvernig hægt sé að setja lög um af hvaða hvötum einstaklingur ákveður að gera eitthvað, hér kona sem ákveður að ganga með barn fyrir aðra konu.

Í þált. er réttilega nefnt að sú leið að heimila aðeins staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni sé ekki gallalaus því það sé „mögulegt að úrræðið leiði til óeðlilegs þrýsings á ættingja konu eða pars sem ekki getur eignast barn á náttúrulegan hátt.“ Jafnréttisstofa tekur undir þessi sjónarmið og telur að slíkur þrýstingur geti leitt til þess að kona leiddist út í að taka að sér að ganga með barn án þess að vilja það í raun og veru. Þannig myndi í raun frelsi hennar til að ráða yfir sér og sínum líkama vera skert. Jafnréttisstofa bendir jafnframt á það sem fram kemur í skýrslu vinnuhóps þáverandi heilbrigðisráðherra, sjá bls. 6-7, en þar segir að munur á staðgöngumæðrun sem velgjörð og í hagnaðarskyni geti verið óljós. Þróunin í Bretlandi hafi orðið sú að umtalsverð greiðsla sé oft innt af hendi. Ástríður Stefánsdóttir siðfræðingur og læknir og ein höfunda umræddrar skýrslu hefur einnig bent á þetta í opinberri umræðu undanfarið.

Það hefur ekki komið fram í umræðu um málefnið hér á landi hvernig koma eigi í veg fyrir þá þróun sem varð í Bretlandi.

b. liður. Sett verði ströng skilyrði fyrir staðgöngumæðrun í því augnamiði að tryggja sem best réttindi, skyldur og hagsmuni staðgöngumæðra og væntanlegra foreldra og tryggja réttindi og hag þeirra barna sem hugsanlega verða til með þessu úrræði.

Í þált. er það nefnt sem mögulegt skilyrði að staðgöngumóðir megi ekki nota kynfumur sínar við glasafrjóvgunina „enda flæki það málið að staðgöngumóðir sé einnig líffræðileg móðir“ eins og segir orðrétt. Ekki er frekari grein gerði fyrir því hvernig ofangreint atriði „flæki málið.“ Hugsanlega er verið að vísa til þess að staðgöngumóður gæti þótt erfiðara að afhenda öðrum barnið ef hún væri einnig líffræðileg móðir. Um slíkt eru dæmi erliendis frá. En ef lögfest yrði að ekki mætti nota egg staðgöngumóður, gæti slíkt ekki einmitt verið andstætt hugmyndinni um staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni? Í slíkum tilvikum er oftast í umræðunni nefnt að staðgöngumóðirin væri nátengd væntanlegum foreldrum, systir, móðir, nánin vinkona, og má ekki vera að það sé einmitt forsendan fyrir því að fólk velti möguleikanum fyrir sér að egg væntanlegrar staðgöngumóður yrði notað?

Jafnréttisstofa telur að enn vanti mikið upp á að nauðsynleg umræða fari fram í samfélaginu um það hvort og þá hvernig staðgöngumæðrun ætti að vera háttáð. Á að breyta því hver telst móðir barns? Verða skilgreindar tvær mæður? Flutningsmenn nefna að t.d. mætti hugsa sér að þrír foreldrar yrðu tilgreindir á fæðingarvottorði. Hvað þýðir það varðandi allar skyldur, forsjá o.þ.u.l.? Hvernig á að tryggja rétt barnsins til þess að þekkja uppruna sinn?

Umræða um hugsanlegt heilsufarslegt tjón staðgöngumóður hefur ekki verið mikil en það er nauðsynlegt að slík umræða fari fram. Hver ætti að bera ábyrgð á því ef barnið t.d. deyr á meðgöngu og staðgöngumóðirin jafnvel veikist í kjölfarið þannig að taka þurfi úr henni legið? Er það áhætta sem hún tekur vegna þess góðverks sem hún vill gera eða er þetta tjón og miski sem hinir verðandi foreldrar ættu að bæta með einhverjum hætti?

Spurningar um hagsmuni, réttindi og skyldur er ótalmargar og það er mat Jafnréttisstofu að langt sé í land með að svara þeim með þeim hætti að hægt sé að taka afstöðu til þess hvort leyfa eigi staðgöngumæðrun eða ekki.

Breyta þyrfti skilgreiningum og lagareglum varðandi fæðingar- og foreldraorlof. Hver ætti að vera réttur staðgöngumóðurinnar og hver réttur væntanlegra foreldra? Getur ríkið tekið á sig auknar fjárskuldbindingar sem óhjákvæmilega myndu fylgja því að lögleiða staðgöngumæðrun? Flutningsmenn benda á að það þurfi að tryggja að ekki sé unnt að misnota úrræðið um staðgöngumæðrun. Jafnréttisstofa, með vísan til áður nefndrar reynslu í Bretlandi, telur að ekki hafi komið fram upplýsingar um leiðir eða möguleika til þess að tryggja að úrræðið yrði ekki misnotað.

Umræðan um það hverjir eigi að geta nýtt sér möguleikann á staðgöngumæðrun er mjög skammt á veg komin. Eru það aðeins konur sem glíma við tiltekin heilufarsvandamái, t.d. aðeins þær sem ekki hafa fæðst með leg, sem gætu farið þessa leið? Hvað þá með konur sem hafa látið fjarlægja legið, en skipta um skoðun og vilja síðar eignast barn/fleiri börn? Allt þarfnast þetta miklu meiri upplýstrar umræðu.

Flutningsmenn þált. nefna það einnig sem álitaefni hvort ætti að setja það sem skilyrði að staðgöngumóðir og/eða verðandi foreldrar væru íslenskir ríkisborgarar eða hefðu búið um tiltekið skeið, t.d. fimm ár, hér á landi. Jafnframt er því velt upp hvort undantekningar ættu þá að vera frá slíku skilyrði, „t.d. ef um er að ræða skyldmenni eða nána vinkonu sem búsett er erlendis og vill gerast staðgöngumóðir fyrir íslenskan ættingja eða vin.“

Jafnréttisstofa bendir á að ef þessi leið yrði farin varðandi löggjöf, þ.e. varðandi ofangreindar undantekningar, þá yrði nánast ógerlegt að fara eftir lögunum. Hvernig ætti að standa að því að tryggja að ekki væri um staðgöngumæðrun af öðrum hvötum en viljanum til að gera góðverk að ræða ef hingað kæmu konur frá t.d. löndum eins og Indlandi, þar sem staðgöngumæðrun er að verða eins konar iðnaður, og vildu endilega gerast staðgöngumæður fyrir „góða vini“ sína hér á landi?

Jafnréttisstofa ítrekar enn það sem áður er fram komið að skilin milli staðgöngumæðurnar í velgjörðarskyni og af öðrum hvötum eru ekki alltaf eins ljós og mætti ætla við fyrstu sín.

c. Verðandi staðgöngumóðir og verðandi foreldrar verði skyldugir til að gera með sér bindandi samkomulag um staðgöngumæðrun.

Þriðja atriðið sem flutningsmenn vilja að lagt verði til grundvallar er að aðilar geri með sér bindandi samning. Sem dæmi er nefnt í greinargerðinni með þált. að tryggja þurfi réttindi verðandi foreldra þannig „að staðgöngumóðir geti ekki hætt við að afhenda barnið við fæðinguna.“ Síðan segir að á sama hátt þurfi að „ tryggja að foreldrar geti ekki neitað að taka við barni eða börnum, svo sem vegna veikinda, þroska- eða sköpulagsfrávika hjá barninu eða ef um fjölbura er að ræða.“ Með því að gera að skilyrði að slíkur samningur um staðgöngumæðrunina yrði gerður er að mati Jafnréttisstofu að sumu leyti farið í þá átt að viðskiptavæða allt ferlið. Um er að ræða samning um réttindi og skyldur, sem í raun er um atriði sem eru nátengd manngildi og tilfinningalífi. Á að vera hægt að framfylgja slíkum samningi með aðstoð opinberra valdhafa? Hefur slíkur samningur slíkt skuldbindingargildi að t.d. væri hægt að leita til sýslumanns um beina aðfarargerð, neiti t.d. staðgöngumóðir að afhenda barnið? Hvað myndu teljast vanefndir á svona samningi? Fylgir einhver bótaréttur? Spurningarnar eru æði margar sem hér á eftir að svara.

Ennfremur telur Jafnréttisstofa rétt að benda á að ef eingöngu ætti að leyfa staðgöngumæðurn í velgjörðarskyni, þ.e. sem góðverk, skýtur þá ekki skökku við að lögfesta það að um góðverkið

þurfi að gera einskonar viðskiptasamning? Hvaða áhrif getur það haft á hið nána samanda sem ráð virðist vera gert fyrir að væri á milli staðgöngumóðurinnar og hinna verðandi foreldra?

Nokkur orð um staðgöngumæðrun og stöðu kvenna:

Umræðan um staðgöngumæðrun snýst um afnot af líkama kvenna. Óeðlilegur þrýstingur getur verið settur á konur og það eru ýmsir möguleikar á misnotkun, eins og hér hefur verið fjallað um. Konur sem eru fjárhagslega háðar öðrum geta verið útsettari fyrir það að láta undan hugsanlegum þrýstingi til að gerast staðgöngumæður.

Varðandi vangaveltur um bindandi samning þá má það ekki gleymast að konur börðust lengi fyrir viðurkenningu á því að þær réðu sjálfar yfir eigin líkama. Þungun er hluti af líkama konu og því varla hægt að gera samning um mikli afskipti af því ferli. Ástríður Stefánsdóttir siðfræðingur og læknir hefur bent á það í umræðu um staðgöngumæðrun að tæpast sé hægt að gera viðskiptasamning á sviðum sem varða „mannhelgi einstaklinga og málefni fjölskyldna.“ Jafnréttisstofa tekur undir þessar athugasemdir. Það er ekki hægt að gera því skóna að með samningi gæti kona samið sig frá grundvallarréttindum sínum um sjálfræði, svo gilt væri. Staðgöngumóðir ætti að geta bundið endi á meðgöngu ef hún svo kýs, án þess að hægt væri að stefna henni fyrir dóm vegna brota sá samningi þess vegna. Svo enn sé vitnað til Ástríðar Stefánsdóttur, þá hefur hún sagt eftirfarandi: „Staðgöngumæðrun hefur tilhneigingu til að markaðsvæðast. Það sem þetta þýðir í raun er að barnið og líkami konunnar verður að söluvöru.“

Jafnréttisstofa tekur heils hugar undir ofangreindar athugasemdir Ástríðar Stefánsdóttur og deilir þeim áhyggjum sem lesa má út úr þeim. Það eru margar viðvörunarþjöllur sem hringja í tengslum við alla umræðuna um staðgöngumæðrun.

Jafnréttisstofa er ósammála flutningsmönnum þált. Þegar þeir segjast „telja ljóst að nægar upplýsingar séu tiltækar til þess að undirbúa frumvarpssmíð.“

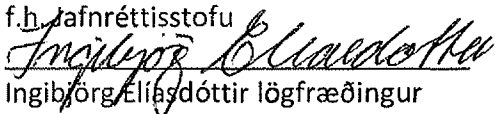
Þvert á móti telur Jafnréttisstofa að það séu alls ekki nægilegar upplýsingar tiltækar til þess að leggja af stað í þá vinnu að semja frumvarp sem leyfi staðgöngumæðrun.

Með vísan til alls þess sem grein hefur verið gerð fyrir hér fyrir ofan telur Jafnréttisstofa ekki tímabært að hefja vinnu við gerð lagafrumvarps sem heimili staðgöngumæðrun og leggst því gegn því að þingsályktunartillagan verði samþykkt.

Ef frekari upplýsinga er óskað þá veitir undirrituð slíkt fúslega.

Virðingarfyllst

f.h. Jafnréttisstofu


Ingibjörg Elíasdóttir lögfræðingur

Alþingi
Erindi nr. P 139/1730
komudagur 8.3.2011

Heilbrigðisnefnd Alþingis

Reykjavík 6. mars 2011

Efni: Umsögn um þingsályktunartillögu, mál númer 310 um staðgöngumæðrun

Kraftur, stuðningsfélagið fyrir ungt fólk sem greinst hefur með krabbamein og aðstandendur

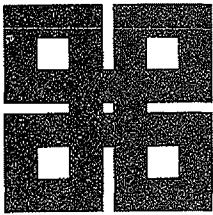
Stuðningsfélagið Kraftur var stofnað 1. október 1999 og hefur það að leiðarljósi að veita stuðning þeim er greinst hafa með krabbamein og aðstandendum þeirra.

Umsögn vegna þingsályktunartillögu, mál númer 310

Stjórn Krafts styður þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun, mál númer 310, þskj. 376. Kraftur leggur áherslu á mikilvægi þess að gæta réttar hlutaðeigandi í hvívetna, staðgöngumóður, barns sem og verðandi foreldra með tilkomu reglugerðar með vísan til laga sem leyfi fulla staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni eingöngu eins og þingsályktunartillagan segir til um.

Kraftur telur að einungis þær konur sem geti ekki gengið með barn sjálfar eigi að eiga þess kost að nýta sér úrræði staðgöngumæðrunar að settum skilyrðum og telur að ábendingar fagaðila þar um séu skýrar og fullnægjandi.

Eins leggur Kraftur áherslu á að ekki geti hvaða kona orðið staðgöngumóðir en þar sem staðgöngumæðrun er leyfileg eru gerðar kröfur um að líkamlegt og andlegt atgervi staðgöngumæðra standist kröfur fagaðila, þar með talið að staðgöngumóðirin hafi sjálf gengið með barn áður án fylgikvilla eða inngripa.



KVENRÉTTINDAFÉLAG ÍSLANDS

Stofnað 27. janúar 1907
Hallveigarstöðum
Túngötu 14, 101 Reykjavík • Sími 551 8156
Netfang: krfi@krfi.is • Vefslóð: www.krfi.is

Alþingi

Erlindi nr. P 139/136/

Þinnudagur 16.2.2011

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK

Hallveigarstöðum, 8. febrúar 2011.

Umsögn Kvenréttindafélags Íslands um þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun, þskj. 376 – 310. mál.

Kvenréttindafélagi Íslands (KRFÍ) hefur borist til umsagnar ofangreind þingsályktunartillaga. Í ályktuninni óska flutningsmenn þess að heilbrigðisráðherra skipi starfshóp sem undirbúi frumvarp til laga sem heimili staðgöngumæðrun. Ennfremur að frumvarpið verði lagt fram eins fljótt og mögulegt er og ekki síðar en 31. mars 2011. KRFÍ getur ekki stutt þá tillögu að starfshópurinn fái svo stuttan tíma til að vinna að lagafrumvarpi um svo flókið og siðferðilega umdeilt mál sem staðgöngumæðrun er. Umræðan í samfélaginu er enn á frumstigi og fjölmörg álitamál verður að ræða í þau áður en til álita kemur að heimila staðgöngumæðrun. Að því leyti telur KRFÍ að frumvarpið sé ótímabært.

Ísland hefur um áratuga skeið verið í samfloti með Norðurlöndum í flestum veigamikilum málefnum. Ekkert Norðurlandanna hefur séð ástæðu til að leyfa staðgöngumæðrun og í Finnlandi er staðgöngumæðrun beinlínis bönnuð. 27. janúar sl. flutti Ástríður Stefánsdóttir, læknir og siðfræðingur fyrirlestur um efnið á vegum RIKK í Háskóla Íslands. Í fyrirlestrinum minnti Ástríður á mikilvægi þess að Íslendingar fylgdu Norðurlöndunum í þessum málum. Auk þess væru mjög fáar rannsóknir sem lægju að baki staðgöngumæðrun, þ.e. áhrifum á staðgöngumóður, verðandi foreldra, börnin sjálf og fjölskyldur þeirra sem að málinu koma. Ástríður skrifaði einnig grein í Fréttablaðið 29. janúar sl. undir fyrirsögninni „Álitamál tengd staðgöngumæðrun“ þar sem hún rekur nokkrar ástæður þess að vandlega verður að fara í saumana á öllum hliðum málsins við lagasmíði. Í greininni kemur einnig fram að staðgöngumæðrun hafi tilhneigingu til að markaðsvæðast þar sem hún hefur verið heimiluð. Það sé því óraunhæft að ætla að leyfa staðgöngumæðrun í velgjörðarskygni. KRFÍ tekur undir varnaðarorð Ástríðar.

Eitt alvarlegasta í því að leyfa staðgöngumæðrun, eins og það er framsett í þingsályktunartillögunni (greinargerðinni), hlýtur þó að lúta að réttindum staðgöngumóðurinnar. KRFÍ fellst ekki á að gefa afslátt af mannréttindum staðgöngumóðurinnar með því að henni sé ætlað að gefa eftir þann rétt sem hún hefur yfir eigin líkama. Í þingsályktuninni er gert ráð fyrir að e.k. bindandi samningur skuli gerður milli staðgöngumóður og verðandi foreldra sem á að koma í veg fyrir að staðgöngumóðurinni snúist hugur einhvern tíma í ferlinu eða fyrst eftir fæðingu barnsins. Þetta ákvæði telur KRFÍ óásættanlegt. KRFÍ tekur í þessu efni undir með Ástríði Stefánsdóttur þegar hún segir í áður nefndri grein að „Slíkir samningar eiga heima í viðskiptum en ekki á sviðum sem varða mannhelgi einstaklinga og málefni fjölskyldna“.

KRFÍ hefur einnig kynnst sér sjónarmið annars siðfræðings, Sólveigar Önnu Bóasdóttur, sem boðið var á fund hjá aðalstjórn KRFÍ 27. janúar sl. Þar rakti Sólveig Anna sín sjónarmið á þessu flókna fyrirbæri og líkt og Ástríður benti hún á að áratugalangri baráttu kvenna fyrir yfirráðum yfir líkama sínum yrði kastað á glæ ef þingsályktunartillagan yrði samþykkt eins og hún stendur nú, þ.e. varðandi það að gera bindandi samning milli staðgöngumóður og verðandi foreldra. Á þessum fundi var einnig rædd sú staða sem upp kæmi ef staðgöngumæðrun væri leyfð í velgjörðarskyni og að einungis einhver nákominn verðandi móður gæti verið staðgöngumóðir barnsins. Telja má líklegt að það gæti flækt málið enn frekar að gera bindandi samkomulag í slíku tilviki ef tekið er tillit til sálrænna og tilfinningalegra sjónarmiða. Að þessu verður að gæta.

KRFÍ telur að allt of mörg siðferðileg álitamál tengist staðgöngumæðrun og því ætti ekki samþykkja ofangreinda þingsályktunartillögu að óbreyttu. Mestu skiptir þó að í ályktuninni er staðgöngumóðurinni ætlað að gefa eftir þann rétt sem hún hefur yfir eigin líkama og stenst ályktunin því ekki mannréttindasjónarmið. Barnið sem staðgöngumóðirin ber undir belt er hluti af líka hennar og því væri aldrei hægt að leyfa öðrum en henni sjálfri að taka ákvarðanir um þann hluta líkama hennar.

Umræðan um staðgöngumæðrun er skammt á veg komin á Íslandi og hvetur KRFÍ alþingismenn til þess að opna umræðuna úti í samfélaginu.

f.h. Kvenréttindafélags Íslands



Halldóra Traustadóttir
framkvæmdastjóri



LANDLÆKNISEMBÆTTIÐ
Directorate of Health

Alþingi
Erindi nr. P 139/1555
komudagur 2.3.2011

Nefndasvið Alþingis
Kristjana Benediktsdóttir skjalavörður
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Seltjarnarnesi, 2. mars 2011
2011010352/0.1.2/GG/gh

Efni: Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun. (Þskj. 376, 310. mál, 139. lggjþ.)

Í janúar 2009 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra vinnuhóp sem var falið það verkefni að „skoða siðfræðileg, lögfræðileg og læknisfræðileg álitafni varðandi staðgöngumæðrun og hvort leyfa eigi staðgöngumæðrun hér á landi.“

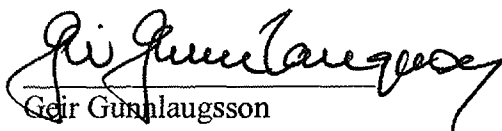
Vinnuhópurinn telur í áliti sínu frá 7. júní 2010 ekki tímabært að heimila staðgöngumæðrun hér á landi að svo stöddu og hvetur til frekari umræðu um hana. Hópurinn telur einnig að enn sé of mörgum spurningum ósvarað og leggur áherslu á nauðsyn þess að almenn sátt ríki um málið. Í álitinu er bent á að rétt sé að fylgjast með þróun þessara mála annars staðar á Norðurlöndum.

Andstætt niðurstöðu vinnuhóps heilbrigðisráðuneytisins er lagt til í fyrirbyggjandi þingsályktunartillögu að leyfa skuli staðgöngumæðrun við vissar tilgreindar aðstæður. Um er að ræða vandmeðfarið og umdeilt mál sem vekur upp siðferðilegar, læknisfræðilegar og lagalegar spurningar sem snerta þætti eins og réttindi barna, kvenna og foreldra og hugsanlega mansal. Ennfremur getur málið varðað skuldbindingu og afstöðu Íslands til alþjóðareglna og samþykkt á þessu sviði.

Það er því mat landlæknis að í fyrirbyggjandi frumvarpi sé sá tími of skammur sem starfshópi velferðarráðherra sé ætlaður til þess að undirbúa frumvarp til laga sem heimili staðgöngumæðrun. Áður en svo veigamikil ákvörðun er tekin er mikilvægt að vanda undirbúning lagasetningar, m.a. með umræðu innan stofnana hins opinbera samhliða nauðsynlegri samfélagslegri umræðu.

Landlæknir tekur undir þær áhyggjur sem koma fram í áliti vinnuhópsins frá 7. júní 2010, að mikilvægt sé að verja nauðsynlega heilbrigðisþjónustu við erfiðar efnahagsaðstæður eins og nú ríkja. Eigi að taka upp nýja þjónustu þurfi að gera það að vandlega athuguðu máli og á þann hátt að hagsmuna allra aðila sem málið varðar sé gætt.

Virðingarfyllst,


Geir Gunnlaugsson
landlæknir



LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS

ICELANDIC MEDICAL ASSOCIATION

Alþingi

Erindi nr. P 139/1256

komudagur 10.2.2011

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Kópavogi, 8. febrúar 2011.

Efni: Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, 310. mál.

Stjórn Læknafélags Íslands (LÍ) þakkar fyrir að hafa borist til umsagnar tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, 310. mál á 139. löggjafarþingi, sbr. tölvubréf nefndasviðs Alþingis dags. 27. janúar sl.

Í tillögunni er lagt til að heilbrigðisráðherra skipi starfshóp sem undirbúi frumvarp til laga sem heimili staðgöngumæðrun hér á landi. Í tillögunni eru talin upp nokkur atriði sem áhersla skuli lögð á við fyrirhugaða lagasetningu. Þá gerir tillagan ráð fyrir að frumvarp um staðgöngumæðrun verði lagt fram eins fljótt og mögulegt er, þó eigi síðar en 31. mars nk.

Siðfræðiráð Læknafélags Íslands samdi haustið 2009 álit um staðgöngumæðrun. Í álitinu er ítarlega fjallað um ýmsa þætti staðgöngumæðrunar. Niðurstaða ráðsins er sú að það geti ekki mælt með því að staðgöngumæðrun verði í lög leidd á Íslandi. Álit ráðsins fylgir hjálagt.

Síðustu vikur hefur mikil umræða verið í þjóðfélaginu um staðgöngumæðrun. Umræðan hefur nánast eingöngu tengst máli pars sem leitaði aðstoðar indverskrar staðgöngumóður og baráttu þeirra fyrir því að komast til Íslands með barnið. LÍ telur að meta verði umræðuna í því ljósi. Umræðan endurspeglir því fyrst og fremst samúð með aðstæðum þess pars sem í hlut á. Varhugavert er að túlka umræðuna sem víðtækan stuðning við að staðgöngumæðrun verði lögfest.

LÍ telur þó að ekki verði fram hjá því litið að á síðustu árum hafa verið stigin skref varðandi aðgang að tæknifrjövgun sem þrýsta á að staðgöngumæðrun verði heimiluð hér á landi. Vísar LÍ þar til þess að ákvæði laga um tæknifrjövgun voru rýmkuð til að gera einhleypum konum og samkynhneigðum kvenpörum kleift að eignast börn með tæknifrjövgun. Þegar lög um tæknifrjövgun voru samþykkt árið 1996 var staðgöngumæðrun bönnuð og forsenda við lagasetninguna að tæknifrjövgun væri meðferð eingöngu fyrir pör, karl og konu, sem áttu við ófrjósemisvanda að stríða. Með þeim breytingum sem gerðar hafa verið hefur verið vikið frá þessum upphaflega tilgangi með setningu laga um tæknifrjövgun. Það er því skiljanlegt að þeir sem þurfa á staðgöngumæðrun að halda telji sanngjarnt og eðlilegt að rýmka löginn enn frekar, í þeirra þágu, eins og þegar hefur verið gert varðandi ýmsa aðra hópa sem upphaflega áttu ekki að falla undir gildissvið laganna.

LÍ telur að þróun mála á þessu sviði síðustu misserin og sú umræða sem verið hefur í samfélaginu síðustu vikurnar kalli á að heilbrigðisráðherra skipi starfshóp sem fái það verkefni að skoða staðgöngumæðrun enn frekar en þegar hefur verið gert. LÍ leggur áherslu á að í þeirri vinnu verði stigið varlega til jarðar vegna þeirra fjölmörgu siðfræðilegu, líffræðilegu og læknisfræðilegu álitaefna sem uppi eru varðandi staðgöngumæðrun. Í starfi



LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS

ICELANDIC MEDICAL ASSOCIATION

Þessa starfshóps verði höfð hliðsjón af þeirri vinnu sem þegar hefur verið unnin á þessu sviði, m.a. álitni Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands.

LÍ telur mikilvægt að læknir eigi sæti í starfshópi sem skipaður verður. Þá telur LÍ langt frá því sjálfgefið að vinnu slíks starfshóps ljúki með samningu lagafrumvarps um staðgöngumæðrun. Meðgöngu og fæðingu fylgir áhætta fyrir móðurina. Sumar þeirra kvenna sem þurfa á staðgöngumæðrun að halda eru í þeim sporum af því að þeirra eigin meðgöngu lauk með þeim hætti að frekari barneignir urðu þeim ómögulegar. Við mat á því hvort staðgöngumæðrun skuli leyfa hér á landi verður því aldrei hjá því komist að horfa til þeirrar áhættu sem staðgöngumóðirin myndi taka varðandi eigin heilsu og eigin möguleika á því að eignast sjálf síðar fleiri börn.

Í umræðu um nauðsyn þess að lögleiða staðgöngumæðrun hér á landi hefur komið fram að barnlaus pör, eða pör sem vilja eignast fleiri börn, leiti staðgöngumæðrunar m.a. vegna þess að bið eftir ættleiðingu sé löng og að ættleiðing sé nánast vonlaus sem úrræði í þessum kringumstæðum. LÍ telur mikilvægt að stjórnvöld leiti allra leiða til að auðvelda aðgang að ættleiðingu þannig að ættleiðing verði raunverulegt úrræði fyrir þá sem vilja með þeim hætti stofna eða stækka fjölskyldu.

LÍ getur þannig ekki stutt tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun eins og hún liggur fyrir en með þessum breytingum sem að framan eru raktar getur LÍ mælt með því að starfshópur verði skipaður til að skoða nánar staðgöngumæðrun.

Virðingarfyllst,
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands,

Birna Jónsdóttir,
formaður

Hjálagt:

Staðgöngumæður. Álit Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands. Hausti 2009.

Staðgöngumæður

Álit Siðfræðiráðs Læknafélag Íslands

Haust 2009

Inngangur

Þegar lög um tæknifrjövgun voru í undirbúningi kom til tals að setja inn í þau ákvæði um staðgöngumeðgöngu en nefndin sem samdi frumvarpið taldi að það málefni væri viðameira en svo að hægt væri að setja um það fáeinar greinar í umrædd lög. Í kjölfarið setti þáverandi heilbrigðisráðherra á laggirnar nefnd undir forsæti skrifstofustjóra ráðuneytisins sem gera skyldi umgerð um staðgöngumeðgöngu og það sem af því hlýst, hugsanlega í formi frumvarps. Málefnið kom til umræðu í Siðfræðiráði og í kjölfarið var ákveðið að taka það til sérstakrar umfjöllunar. Núna liggur fyrir álit Siðfræðiráðs og má nýta það ef málefnið kemur til frekari umfjöllunar af hálfu heilbrigðisyfirvalda eða ef um það verður opinber umræða.

Ástríður Stefánsdóttir læknir er í nefnd ráðherra um staðgöngumæður og er hún jafnframt meðlimur í Siðfræðiráði. Vegna þessarar nefndarsetu er hún ekki aðili að þessu álit.

Skilgreiningar

Staðgöngumeðganga: Meðganga þar sem ein kona gengur með barn fyrir aðra konu eða fjölskyldu.

Hefðbundin staðgöngumeðganga. (E: Partial surrogacy): Kona er frjövguð með sæði eiginmanns þeirrar konu sem tekur við barninu sem móðir þess eftir fæðingu eða með gjafasæði

Tæknifrjövguð staðgöngumeðganga. (E: Full surrogacy): Notað er frjövgað egg þar sem frjövgun á sér stað utan legs og síðan sett upp í leg staðgöngumóður.

Staðgöngumóðir: Kona sem tekur að sér, jafnvel gegn greiðslu, að verða frjövguð og síðan ganga með barn sem hún síðan lætur af hendi strax við fæðingu samkvæmt samningi.

Almennt

Þegar horft er á viðfangsefnið "staðgöngumeðganga" og "staðgöngumæður" er gott til skilnings að líta á hlutverk hvers einstaklings fyrir sig. Hlutverkin eru misjafnlega mörg í hverju tilviki fyrir sig en eru aldrei færri en 3, staðgöngumóðirin, móðirin sem fær barnið og svo barnið sjálft. Oftast er einnig til staðar eiginmaður konunnar sem fær barnið og stundum eiginmaður staðgöngumóður. Einnig geta verið önnur börn til staðar sem þetta ferli hefur áhrif á. Hér verður litið á þessi hlutverk hvert fyrir sig. Samfélagsleg hlið á málefninu verður einnig lítillega reifuð.

Hlutverkin og áhrif á hvert um sig

Staðgöngumóðirin.

Það er stór ákvörðun að taka að sér að ganga með barn fyrir aðra konu. Þetta er sá einstaklingur sem auðveldast er að sjá að geti farið illa úr þessum "viðskiptum". Hvatinn að því að taka að sér þetta hlutverk getur verið tengsl við konuna sem tekur svo við barninu (fjölskylda, vinátta) eða fjárhagslegur ávinningur og mun það oftast vera tilfellið í Bretlandi, Bandaríkjunum og væntanlega víðar. Þetta er oftast gert með þeim formerkjum að greiða þurfi fyrir útlagðan kostnað sem vissulega er fyrir hendi en oft er greiðslan í reynd hærrí. Rannsakendur í Bretlandi hafa lýst því hversu erfitt sé að fá góðar heimildir um þetta atriði (Brazier report 1998). Í Bandaríkjunum er lengri hefð fyrir staðgöngumæðrun og þar eru stofnanir sem gefa út "verðlista" svo sem Center for Surrogate Parenting. Þar mun greiðsla eftir þessum leiðbeiningum vera viðtekin og í úttekt á þessu segir að það hafi leitt til greinilegra félagslegra breytinga. Áður voru staðgöngumóðirin og fjölskyldan sem tekur við barninu af sömu stétt en nú er staðgöngumóðir oftast af lágstétt en þau sem við taka af efri millistétt. ((Ragoné 1994, *Surrogate Motherhood*, p. 194).

Rökstyðja má að það sé siðfræðilega grundvallarmunur á því að ganga með barn fyrir aðra konu sem er í sömu fjölskyldu eða þegar annars konar náin tengsl eru til staðar eða þegar þetta er gert á viðskiptagrundvelli. Um leið og greiðsla er inni í myndinni koma fram sjónarmið sem aldrei koma annars fram. Er staðgöngumóðir að leita að tekjum fyrir fjölskylduna, jafnvel í neyð? Getur verið að sú sem óskar eftir því að gerast staðgöngumóðir leyni upplýsingum sem dragi úr líkum þess að hún fái "samninginn"? Þetta geta verið upplýsingar sem tengjast heilsu hennar eða aðstæðum og aðbúnaði á meðgöngu. Fyrirtæki sem veita milligöngu um þessa þjónustu hafa flest sett sér stífar reglur er varða mat á væntanlegri staðgöngumóður þannig að allt að 95% umsækjanda er hafnað. Þetta hefur ekki komið til af góðu og má nefna dæmi þess efnis. Tilfelli "Baby M" var þekkt í Bandaríkjunum árið 1986 þegar kona sem ól barn fyrir aðra konu neitaði að láta það af hendi (Steinbock B. 1988). Annað dæmi er frá Bretlandi þar sem kona var tvívegis staðgöngumóðir en gat með einhverju móti sannfært tilvonandi "foreldra" um að hún hefði misst fóstrin en ól börnin og hélt þeim. Bæði málin fóru fyrir dóm. (The Guardian 2009)

Eðlilegt er að gera þá kröfu til staðgöngumóður að hún hafi áður gengið í gegnum meðgöngu og fæðingu og viti því hvað hún er að takast á hendur. Þá koma einnig upp álitamál er varða þau börn sem hún á fyrir, sjá síðar.

Áhættur þær sem staðgöngumóðir tekur eru margvíslegar:

- Heilsutjón vegna álags af meðgöngu og fæðingu. Preeclampsia er tiltölulega algengt vandamál og marga aðra meðgöngutengda sjúkdóma má nefna.
- Tilfinningalegt álag af því að ganga með barn sem fjölskylda hennar veit að verður látið af hendi
- Andlegt álag af að fæða barn. Fæðingarþunglyndi kemur fram í allt að 14 % tilvika en fæðingarsturlun mun sjaldnar eða í um 2 % tilvika en það ástand krefst innlagnar á geðdeild (Beck, C.T. 2001). Ekki er ljóst hvort það sama á við um staðgöngumæður og þær sem annast barn sitt en rannsóknir sem gerðar hafa verið hafa a.m.k. ekki sýnt fram á aukna tíðni en hóparnir hafa verið litlir (van den Akker 2007)

- Andleg röskun sem fylgir því að láta barn af hendi við fæðingu. Eitthvert samband virðist vera á milli aldurs staðgöngumóður og eftirsjár og virðast yngri mæður frekar fyllast eftirsjá síðar.
- Staða konunnar ef viðtökumóðir forfallast af einhverjum ástæðum.
- Síðbúið andlegt álag svo sem ef staðgöngumóðir vill eignast eigið barn síðar en getur það af einhverjum ástæðum ekki. Nánast ekkert rannsakað.

Margt bendir til að rannsóknir á þessu efni séu ekki fullnægjandi og hafa verið gagnrýndar fyrir ýmislegt svo sem að vera takmarkaðar og snúast um mjög valinn hóp. Fáar langtímarannsóknir hafa farið fram og engar þar sem beitt er íhlutun við vandamál. Benda má á samantekt á þessu sviði (van den Akker 2007)

Móðirin sem gengur með barnið

Fljótt á litið er þetta sá einstaklingur sem vinnur á þessum "viðskiptum" en tapar engu. Engu síður þarf að vanda vel til alls undirbúnings, m.a. að fjölskyldan sé metin líkt og á sér stað þegar foreldrar sækjast eftir barni til ættleiðingar. Það er einnig hægt að ímynda sér ýmsar aðstæður sem valda álagi þótt valið sé vandað:

- Verður fóstrið skimað með tilliti til erfðagalla? Hver tekur ákvörðun ef barnið reynist hafa slíka greiningu? Hver ber ábyrgð?
- Barnið nær ekki væntingum verðandi foreldra vegna sjúkdóms, fötlunar eða eiginleika sem móðir/fjölskylda hennar á erfitt með að sætta sig við
- Meðábyrgð ef ekki fer vel.

Barnið

Þetta er sá einstaklingur sem minnst tillit er tekið til við þessi "viðskipti". Gengið er út frá því að barnið sé ekki hluti að "samningnum". Eðli máls samkvæmt er barnið orðið nokkurra ára gamalt þegar það fær vitneskju um hvernig því var í komið í heiminn ef það hreinlega stendur ekki til að leyna því. Það er hins vegar réttur hvers einstaklings að vita uppruna sinn ef það er á annað borð á vitorði foreldra en um þetta atriðið er nokkur óvissa lagalega. Samkvæmt barnalögum á barnið rétt á að vita um uppruna sinn en samkvæmt lögum um tæknifrjóvgun hefur sá réttur verið tekinn af því hvað faðerni varðar. Ef staðgöngumæðrun verður leidd í lög væri hugsanlega einnig tekinn sá réttur af börnum sem staðgöngu móðir gekk með að vita hver hin líffræðilega móðir er.

Feður

Feður hljóta að verða metnir sem hluti af viðtakandi fjölskyldu. Það eru hins vegar ýmis dómsmál sem hafa risið af því að feður hafa talið sig hlunnfarna þegar ákvörðun var tekin um tæknifrjóvgun eiginkonu þótt aðilar sem veittu þjónustuna hafi staðið í góðri trú. Ekki er hægt að gera ráð fyrir öðru en að það sama eigi við um þessi mál.

Systkini

Hver er staða barna móður sem gengur með barn sem önnur fjölskylda tekur svo við? Í venjulegum fjölskyldum eru börn þátttakendur í meðgöngunni og eru upplýst um hvað er að gerast og hvers er að vænta. Öðru máli gegnir í þessum tilvikum þar sem það liggur fyrir alla meðgönguna að barnið sem móðirin ber undir belt muni ekki verða hluti af fjölskyldunni. Tilfinningalegt álag samfara þessu hlýtur að verða en þetta atriði virðist lítið hafa verið kannað. Börnin eru ekki aðilar að samningnum.

Siðfræðileg álitamál eru væntanlega ekki eins mikil meðal hugsanlegra eldri barna viðtakanda móður.

Samfélagsleg atriði

Er samfélagið tilbúið til að setja þessa þjónustu á legg?

Er samfélagið þá einnig tilbúið að greiða þann kostnað sem getur hlotist og sem venjulega er borinn af samfélaginu svo sem sjúkrahúsvist, lyf og læknishjálp? Eða er samfélagið sátt við að setja á fót úrræði sem aðeins er á færi þeirra sem vel eru stæðir. Algengur "taxti" í Bandaríkjunum er líðlega 55.000\$ fyrir hefðbundna frjóvgun með efirliti, meðgöngu og fæðingu og um 65.000\$ þegar notað er frjóvgað egg og samsvarar þetta 5-7 milljónum íslenskra króna.

Niðurlag

Staðgöngumæðrun er ekki leyfð á Íslandi samkvæmt núgildandi lögum. Þessi aðferð við fjölgun mannfólksins er heldur ekki leyfð á Norðurlöndunum. Hún er hins vegar leyfð í ýmsum öðrum löndum svo sem í Bretlandi með takmörkunum og í Bandaríkjunum en þar geta reglur verið misjafnar frá einu ríki til annars.

Í þessari samantekt hefur einkum verið litið til þeirra einstaklinga sem mál þetta varðar í fjölskyldunum sem að þessu koma. Eftir að hafa skoðað ýmis gögn um þetta málefni, opinberar úttektir og rannsóknir getur Siðfræðiráð Læknafélags Íslands ekki mælt með því að staðgöngumæðrun verði í lög leidd á Íslandi. Eins og fram hefur komið eru ýmsir sem málið varðar í viðkvæmri stöðu og á það sérstaklega við um staðgöngumóðurina sjálfa en einnig systkini og hugsanlega feður. Þrátt fyrir að þetta fyrirkomulag hafi viðgengist um nokkurt skeið skortir rannsóknir og í síðasta lagi má nefna efnahagslegar forsendur sem skipta máli svo sem fram hefur komið.

Heimildir

Beck, C.T. (2001) Predictors of Postnatal Depression: An Update. *Nursing Research*, 50, 275–285.

Brazier report 1998:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsLegislation/DH_4009697

Ólfur Bjarnason geðlæknir 2005. www.doktor.is

Ragoné Helena: Surrogate Motherhood: Conception In The Heart. West view Press, 1994

Steinbock, Bonnie (1988). "Surrogate Motherhood as Prenatal Adoption". *Law, Medicine, and Health Care* **16** (1): 44-50.

Van den Akker, Olga B.A. Psychological aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update* 2007;13:53-62.





MANNRÉTTINDASKRIFSTOFA ÍSLANDS
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

Alþingi
Erindi nr. P 139/1374
komudagur 17.2.2011

Alþingi
Nefndasvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 15. febrúar 2011

Efni: Umsögn Mannréttindaskrifstofu Íslands um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun, 139. löggjafarþing 2010 -2011. Þingskjal nr. 376 – 310. mál.

Mannréttindaskrifstofu Íslands hefur borist til umsagnar ofangreind þingsályktunartillaga um staðgöngumæðrun. Með henni er lagt til að velferðarráðherra verði falið að skipa starfshóp til að undirbúa frumvarp um staðgöngumæðrun hér á landi.

Mannréttindaskrifstofan vill koma eftirfarandi athugasemdum á framfæri:

Almennt.

Mannréttindaskrifstofan telur ekki tímabært að leggja fram frumvarp um staðgöngumæðrun ekki síðar en 31. mars 2011, eins og segir í þingsályktunartillögunni. Telur skrifstofan það allt of stuttan tíma til að vinna að slíku lagafrumvarpi enda er um mjög flókið mál að ræða og margt sem ber að skoða gaumgæfilega í þessu sambandi og ekki síst ræða á opinberum og þverfaglegum vettvangi.

Í 71. gr. stjórnarskrár lýðveldisins Íslands nr. 33/1944, í 3. gr. mannréttindayfirlýsingar Sameinuðu þjóðanna (Sp) og í 8. gr. Mannréttindasáttmála Evrópu (MSE) er að finna ákvæði þar sem öllum mönnum er tryggður réttur til þess að ráða yfir eigin högum. Persónulegt sjálfræði felur ekki aðeins í sér bann við utanaðkomandi inngripi í líkama einstaklingsins heidur einnig rétt hans til að ráða yfir líkama sínum. Viðurkenning á slíkum rétti hefur orðið ráðandi á síðustu árum. Að ganga út frá því að kona (staðgöngumóðir) skuli bundin af samningi er afsalar henni rétti yfir líkama sínum gengur þvert á mannréttindasjónarmið.

Rétturinn til friðhelgi fjölskyldulífs nýtur verndar samkvæmt 16. gr. mannréttindayfirlýsingar Sp, 8. gr. MSE og 71. gr. stjórnarskrárinnar. Á vettvangi mannréttindasáttmála Evrópu eru þessi réttindi aðeins talin ná yfir fjölskyldulíf sem þegar hefur verið stofnað til, en eru ekki talin fela í sér rétt til þess að



MANNRÉTTIÐASINNSKIPTIÐ Í ÍSLANDI
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

stofna til fjölskyldulífs hvar eða hvernig sem er. Með réttinum til friðhelgi fjölskyldulífs er einkum staðfestur réttur fjölskyldunnar til að vera saman og verða ekki aðskilin gegn vilja þeirra sem henni tilheyra. Aftur á móti kveður 12. gr. MSE á um réttinn til þess að ganga í hjúskap og stofna fjölskyldu. Í dómafráttvæmd MDE hefur hún verið túlkuð svo að hún feli aðeins í sér neikvæð réttindi, þ.e. bann við því að einstaklingar séu sviptir möguleikum sínum á því að eignast börn innan hjúskapar og með hefðbundnum hætti. Ákvæðið er því ekki talið fela í sér sjálfstæð jákvæð réttindi, þ.e. kröfu til einhvers konar aðstoðar við barneignir. Hitt er svo annað mál að samkvæmt 14 gr. MSE er ljóst að að því marki sem læknisfræðileg eða önnur aðstoð við barneignir er veitt umfram skyldu í landsrétti verður með sjálfstæðum hætti að gæta þess að það sé þá gert án mismununar. Margt er þó enn óljóst um efnislegt inntak 12. gr. MSE. Hver sem réttarþróunin kann að verða varðandi læknisfræðilega aðstoð við barneignir virðist ljóst að staðgöngumæðrun vekur sem slík enn djúpstæðari siðferðilegar spurningar sem hafa alls ekki verið leiddar til lykta á sviði MSE. Það er nánast óhugsandi að rétturinn til að stofna fjölskyldu nái svo langt að löghegla kröfu til þess að nýta sér staðgöngumæðrun, en þar með er ekki sagt að óheimilt sé gagnvart mannréttindaákvæðum að heimila staðgöngumæðrun. Hvað sem öllu líður er ljóst að við gerð laga um staðgöngumæðrun verður að hafa öll þessi ákvæði í huga og vera vakandi fyrir því að ekki sé gengið á rétt neins þeirra aðila sem að ferlinu koma þ.e.a.s. staðgöngumóðurinnar, einstaklingsins/parsins sem leitar aðstoðar hennar og síðast en ekki síst barnsins sjálfs.

Álitaefni er lúta að staðgöngumóðurinni.

Staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni er langt og strembið ferli og getur haft víðtækar afleiðingar bæði líkamlegar og andlegar fyrir þá konu sem slíkt tekur að sér. Því verður að virða og taka fullt tillit til réttar hennar til að ráða yfir eigin líkama og skoða þær aðstæður sem hún er sett í þegar þess er farið á leit við hana að leggja á sig að ganga með barn annarrar konu. Ekki má heldur efast um þau tengsl sem alla jafna myndast með móður og barni á meðgöngu eða gera lítið úr þeim. Ætíð má að slík tengsl verði oft og tíðum til staðar þrátt fyrir að þungunin hafi átt sér stað í þeim eina tilgangi að ganga með barn annarrar konu og gefa það frá sér strax að afstaðinni fæðingu.

Í flestum löndum Evrópu er að finna lög er lúta að tæknifrjóvgun og kynfrumu gjöfum og er algengast að tæknisæðing og glasafsrjóvgun séu leyfð en að algert bann eða takmarkanir séu við staðgöngumæðrun. Þegar ákveða á hvort tímabært sé að leyfa staðgöngumæðrun hér á landi, hljóta stjórnvöld, í þessum málum líkt og í flestum öðrum málum, að bera sig saman við þessi lönd og þá sérstaklega Norðurlöndin, þar sem staðgöngumæðrun er almennt bönnuð. Einnig er verðugt umhugsunarefni, að þrátt fyrir að í flestum þessara ianda séu ýmis úrræði fyrir hendi til þess að aðstoða einstaklinga við að geta börn, hafa ekki allir sömu möguleika á slíkum úrræðum. Það eru ekki aðeins fjárhagslegar hindranir sem standa í veginum, en þessar meðferðir eru dýrar og takmörkuð niðurgreiðsla og/eða styrkir í boði. Einnig eru ýmsar aðrar takmarkanir, m.a. aldur einstaklingsins/parsins, hjúskaparstaða, fjöldi barna, notkun á gjafakynfrumum ofl. Algengast er þó að aldur og hjúskaparstaða standi í veginum.¹ Verðugt er því að hafa í huga fyrir hverja

¹ ESHRE. „Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies.“ http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/study_eshre_en.pdf



MANNRETTINDASKRÖUFÉLÖG ÍSLANDS
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

staðgöngumæðrun getur verið og hvort hægt sé að koma í veg fyrir að staðgöngumæðrun verði enn eitt úrræðið fyrir hina betur settu til að nýta sér neyð annarra.

Með heimsvæðingunni hafa nýir markaðir opnast fyrir konur þar sem þær í mörgum tilfeilum starfa við bág kjör og óviðunandi aðstæður á hinum óopinbera vinnumarkaði þar sem lítið eftirlit er viðhaft og takmarkað öryggi tryggt. Þar með eru þær óvarðar fyrir hvers konar ofbeldi og hagnýtingu sem í flestum tilvikum er af kynferðislegum toga en hefur í auknum mæli, vegna þróunar í læknávisindum, einnig orðið hagnýting á þeim til æxlunar með því að leigja líkama þeirra til staðgöngumæðrunar. Þessi hagnýting á sér stað bæði á markaði innanlands sem og erlendis.² Þrátt fyrir að hér sé aðeins verið að leggja til að staðgöngumæðrun verði leyfði í velgjörðarskyni verður að hafa það í huga að óprúttir aðilar geta alltaf fundið leiðir til þess að hagnýta sér neyð annarra. Því verður að vanda vel til verka við gerð löggjafar um staðgöngumæðrun, hún verður að vera vel ígrunduð og mjög ítarleg og tryggt að eftirlit verði virkt og öflugt því að alltaf er möguleiki á því að undirliggjandi þvinganir eða aðrar ástæður standi á bak við loforð konu um staðgöngumæðrun. Ákvörðun í þessum málum verður að taka mið af mannlegri reisn (human dignity).

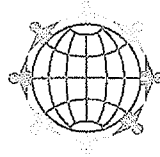
Álitaefni er lúta að barninu sjálfu.

Þegar rætt er um staðgöngumæðrun vill oft brenna við að einblínt er eingöngu á rétt þeirra sem vilja nýta sér þjónustu staðgöngumóðurinnar og staðgöngumóðurina sjálfa en minna er lítið til barnsins, enda telst fóstur ekki fullgildur einstaklingur í lagalegum skilningi og nýtur ekki réttshæfis fyrr en við fæðingu. Hins vegar verður að hafa í huga að konan getur veitt samþykki sitt til þess að ganga með barnið en barnið sjálf getur á engan hátt veitt samþykki sitt og er viðkvæmasti einstaklingur alls ferlisins sem bæri því að njóta mestrar verndar.

Í samningi Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins (Barnasáttmálann) er að finna ýmis réttindi sem aðildarríki eiga að tryggja öllum þeim börnum sem eru innan þeirra lögsögu. Stjórnvöld eiga ávallt að hafa hag barnsins að leiðarljósi við allar ákvarðanir er lúta að barninu sjálfu. Í 7. gr. Barnasáttmálans er börnum tryggður réttur til að þekkja foreldra sína og njóta umönnunar þeirra ef það er mögulegt. Staðreyndin er hins vegar sú að talsverður fjöldi barna hafa ekki möguleika á þessu og víðs vegar um heiminn eru foreldralaus börn á vergangi eða í umsjá stofnana og mannúðarsamtaka. Réttur barnsins til að þekkja uppruna sinn er ótvíræður og það hefur valdið börnum sálarflækjum fram á fullorðinsár að fá ekki slíkar upplýsingar því er nauðsynlegt að börn sem getin eru og fæðast með þessum hætti hafi fullan aðgang að öllum upplýsingum um tilurð sína.

Enn fremur ber aðildarríkjum skv. 35. gr. Barnasáttmálans og bókun við hann um sölu á börnum, barnavændi og barnaklám að gera allt sem við á, bæði innanlands og með tvíhliða og marghliða ráðstöfunum, til að koma í veg fyrir brottmál barna, sölu á börnum og verslun með börn í hvaða tilgangi sem er og hvernig sem slíkt á sér stað. Staðgöngumæðrun fyrir peninga getur, við ákveðnar aðstæður, verið felld undir verslun með börn ásamt fjárhagslegri hagnýtingu á líkama konunnar sem

² Asia Pacific Forum on Women, Law and Development. „My body, my life, my rights.“
http://www2.ohchr.org/english/issues/women/rapporteur/docs/VAWThailand_2009.pdf



MANNRÉTTINDASKRIFSTOFA ÍSLANDS
ICELANDIC HUMAN RIGHTS CENTRE

gengur með það. Verða ríki því að hugleiða hvaða skilaboð þau eru að gefa leyfi þau staðgöngumæðrun jafnvel þó svo það sé aðeins í velgjörðarskyni.

Virðingarfyllst,

f.h. Mannréttindaskrifstofu Íslands

Margrét Steinarsdóttir, framkvæmdastjóri

Alþingi
Erindi nr. P 139/141Y
komudagur 18.2.2011



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 16. febrúar 2011

Efni: Umsögn Rannsóknastofu í kvenna- og kynjafræðum um 310. mál, þskj. 376, 139. Íþ.
Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

Almennar athugasemdir:

Það vekur athygli að sú þingsályktunartillaga sem hér er til umfjöllunar samræmist ekki niðurstöðum vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun frá febrúar 2009¹, álitum Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands frá hausti 2010², og álitum vinnuhóps heilbrigðisráðherra frá júní 2010. Meðlimir vinnuhóps heilbrigðisráðherra auk Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands hafa í ræðu og riti undirstrikað þau siðferðislegu álitaeefni sem kæmu upp ef staðgöngumæðrun yrði heimiluð og að ef heimila ætti staðgöngumæðrun ætti mikil vinna eftir að fara fram innan stofnanna samfélagsins áður en hægt væri að leggja fram ábyrga tillögu um að heimila staðgöngumæðrun.³

Athugasemdir við einstaka liði tillögunnar:

Í lið-a í þingsályktunartillögunni er lagt til að staðgöngumæðrun verði einungis heimiluð í velgjörðaskyni. Hins vegar er ljóst að þó staðgöngumæðrun sé bönnuð í hagnaðarskyni þá hefur

¹ Áfangaskýrsla vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun, heilbrigðisráðuneytið, 5. febrúar 2010.

² Vitnað er í álit Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands í álitum vinnuhóps heilbrigðisráðherra frá júní 2010, sjá hér: http://www.velferdarraduneyti.is/media/ritogskyrslur2011/Alit-vinnuhops-um-stadgongumaedrun_07_06_2010.pdf

³ Sjá til dæmis: 1) Viðtal við Ástríði Stefánsdóttur á vefritinu Smúgan 12. Janúar 2011: <http://www.smugan.is/frettir/frettir/nr/4895>. 2) Grein eftir Ástríði Stefánsdóttur í Fréttablaðinu 29. janúar 2011: <http://www.visir.is/alitamal-tengd-stadgongumaedrun/article/2011189101841>. 3) Varnaðarorð frummælenda á málþingi Feminístaflagsins 25. janúar 2011: Guðríður Þorsteinsdóttir, formaður vinnuhóps heilbrigðisráðuneytisins um staðgöngumæðrun, Salvör Nordal, siðfræðingur og forstöðumaður Siðfræðistofnunar HÍ, Ástríður Stefánsdóttir, lækni og siðfræðingur og meðlimur vinnuhóps um staðgöngumæðrun. 4) Fyrirlestur Ástríðar Stefánsdóttur hjá Rannsóknastofu í kvenna- og kynjafræðum við HÍ 27. janúar 2011.

staðgöngumæðrun í velgjörðaskyni sterka tilhneigingu til að markaðsvæðast, og er Bretland oft nefnt sem dæmi í því samhengi. Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum tekur undir áhyggjur fyrrgreindra aðila um að verði staðgöngumæðrun leyfð geti það leitt í auknum mæli til þess að litið verði á líkama konunnar og barnið sem söluvöru. Því er um að ræða alvarlega siðferðilega spurningu sem lýtur að mannréttindum og mannhelgi kvenna og barna. Með því að heimila staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni getur jafnframt skapast óæskilegur þrýstingur á kvenkyns fjölskyldumeðlimi og aðstandendur fólks sem ekki getur eignast börn til að „lána líkama sinn“ til slíkra afnota. En ljóst er að þungun hefur mikil áhrif á og afleiðingar fyrir líkama, tilfinningar, atvinnu- og fjölskylduhagi viðkomandi konu. Það má því spyrja hvort þrá u.þ.b 5 einstaklinga/para á ári eftir að eignast „sín eigin“ börn vegur þyngra en siðferði- og mannréttindasjónarmið í þessu tilliti.

Það gætir þversagnar í tillögunni að leggja bæði til lið-b og lið-c. Taka má undir lið-b að því leyti að ef staðgöngumæðrun í velgjörðaskyni yrði heimiluð þá þyrftu að vera sett ströng skilyrði sem myndu miða að því að tryggja sem best réttindi, skyldur og hagsmuni allra aðila sem að málinu myndu koma. Á sama tíma er lagt til í lið-c að aðilar sem að málinu koma verði skyldugir til að gera með sér bindandi samkomulag um staðgöngumæðrun. Færa má rök fyrir því að í lið-c sé brotið gegn rétti kvenna til að ráða yfir eigin líkama ef leyfa á að gera bindandi samning fyrir fæðingu barns. Í Bretlandi, þar sem staðgöngumæðrun er leyfð í velgjörðaskyni, er ekki mögulegt að gera slíkan samning þar sem talið er mikilvægt að staðgöngumóðir hafi rétt til að snúast hugur og ákveða að gefa barnið ekki frá sér. Sérfræðingar hafa bent á að ekki er talið ráðlegt að víkja frá þeim lagalega skilningi að kona sem fæðir barn sé móðir þess þar til hún lætur barnið frá sér. Tryggja verður að þungun konunnar verði ávallt hennar. Annars er vegið að mannhelgi hennar og eign á eigin líkama.⁴

Að lokum segir í tillögunni að frumvarp eigi að vera lagt fram eins og fljótt og mögulegt er, þó ekki síðar en 31. mars 2011, og að flutningsmenn telji að nægar upplýsingar séu tiltækar til þess að undirbúa frumvarpssmið. Þetta mat flutningsmanna gengur bæði gegn mati vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun og Siðfræðiráði Læknafélags Íslands. Í lokaorðum áfangaskýrslu vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun, frá febrúar 2009, er lögð

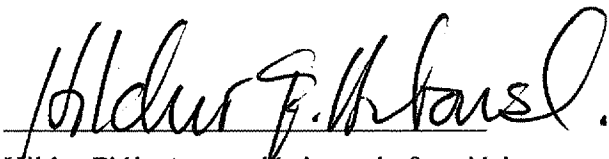
⁴ Fyrirlestur Ástríðar Stefánsdóttur hjá Rannsóknastofu í kvenna- og kynjafræðum við HÍ 27. janúar 2011.

áhersla á að „málið fái ítarlega umræðu og umfjöllun í samfélaginu áður en afstaða er tekin til þess hvort heimila eigi staðgöngumæðrun og þá með hvaða skilyrðum.“⁵ Í álitni Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands um staðgöngumæðrun frá hausti 2009 segir að „[e]ftir að hafa skoðað ýmis gögn um þetta málefni, opinberar úttektir og rannsóknir getur Siðfræðiráð Læknafélags Íslands ekki mælt með því að staðgöngumæðrun verði í lög leidd á Íslandi.“⁶ Í álitni vinnuhóps heilbrigðisráðherra frá júní 2010 segir að hópurinn telji „að áður en staðgöngumæðrun verði leyfð hér á landi þurfi að ná almennri samfélagslegri sátt um málið og um þann ramma sem settur verði um staðgöngumæðrun. Á þessu stigi sé ekki hægt að segja að slík sátt hafi náðst hvað sem síðar verður.“⁷

Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum tekur undir niðurstöðu starfshóps heilbrigðisráðherra um að frekari rannsókna sé þörf um þennan málaflokk, þá sérstaklega um hvernig slík löggjöf snertir kvenfrelsi og mannhelgi staðgöngumæðra. Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum mælir því ekki með að staðgöngumæðrun verði heimiluð að svo stöddu.

Virðingarfyllt

f.h. Rannsóknastofu í kvenna- og kynjafræðum við Háskóla Íslands



Hildur Fjóra Antonsdóttir, verkefnastjóri

Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum

⁵ Áfangaskýrsla vinnuhóps heilbrigðisráðherra um staðgöngumæðrun, heilbrigðisráðuneytið, 5. febrúar 2010.

⁶ Vitnað er í álit Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands í álitni vinnuhóps heilbrigðisráðherra frá júní 2010, sjá hér:

http://www.velferdarraduneyti.is/media/ritogskvyrslur2011/Alit-vinnuhops-um-stadgongumaedrun_07_06_2010.pdf

⁷ Álit vinnuhóps heilbrigðisráðherra frá júní 2010, sjá hér:

http://www.velferdarraduneyti.is/media/ritogskvyrslur2011/Alit-vinnuhops-um-stadgongumaedrun_07_06_2010.pdf

Heilbrigðisnefnd Alþingis
Alþingi
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. P 139/1383
komudagur 18.2.2011

Reykjavík, 17. febrúar 2011

Meðfylgjandi er umsögn Rauða kross Íslands um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun. Lagt fyrir Alþingi á 139. löggjafarþingi 2010-2011. 310. mál.- þskj. 376.

Virðingarfyllst,
f.h. Rauða kross Íslands,



Kristján Sturluson,
framkvæmdastjóri.

UMSÖGN RAUÐA KROSS ÍSLANDS

um

tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

Lagt fyrir Alþingi á 139. löggjafarþingi

310. mál – þskj. 376

Rauði kross Íslands stendur vörð um mannréttindi, heilbrigði og virðingu einstaklinga í samræmi við grundvallarmarkmið Alþjóðahreyfingar Rauða krossins og Rauða hálfmánans um mannúð, óhlutdrægni og hlutleysi.

Rauði krossinn hefur ekki tekið þátt í opinberri umræðu um staðgöngumæðrun sem slíka en telur að í svo flóknu og umfangsmiklu máli, sem félagið telur staðgöngumæðrun vera, verði að nálgast viðfangsefnið af mikilli varúð og nærgætni. Rauði krossinn minnir á í því sambandi að staðgöngumæðrun er ekki heimil í flestum nágrannaríkjum Íslands. Ef löggjafinn heimilar staðgöngumæðrun hér á landi er líklegt að önnur ríki muni líta til þeirra læknisfræðilegu, siðferðilegu og lagalegu forsendna og rannsókna og annarra sjónarmiða sem lágu að baki því frumvarpi sem varð að lögum.

Með tilliti til þess hversu skammt á veg fræðileg og gagnrýnin umræða og rannsóknir varðandi staðgöngumæðrun eru komnar, og ennfremur með tilliti til þess skamma tíma sem starfshópi er ætlað til að undirbúa frumvarp samkvæmt þingsályktunartillögunni sem hér um ræðir, er það skoðun félagsins að of skammur tími sé ætlaður til að fullbúa jafn flókið frumvarp sem lýtur að fjölmörgum læknisfræðilegum, siðferðilegum og lagalegum álitamálum sem enn á eftir að leiða til lykta með gagnrýninni umræðu og rannsóknum.

Við vinnslu á umsögn félagsins voru einkum og sér í lagi höfð að leiðarljósi réttindi barns og bestu hagsmunir þess. Barn á skilyrðislaus og tiltekin réttindi sem þjóðir heims hafa viðurkennt með samþykkt Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna, sem Ísland hefur fullgilt.

Með tilliti þess sem að ofan greinir treystir Rauði kross Íslands sér ekki til að mæla með því að tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun verði samþykkt.

Rauði krossinn er elsta, virtasta og útbreiddasta mannúðarhreyfing í heimi með starfsemi í 185 löndum. Grundvallarmarkmið Rauða krossins byggja meðal annars á mannúð, óhlutdrægni, hlutleysi, sjálfstæði og sjálfböðinni þjónustu og eftir þeim vinna 97 milljónir félagsmanna og sjálfböðaliða og 300 þúsund starfsmenn hreyfingarinnar um allan heim.

Reykjavík, 21. febrúar 2011

UMSÖGN um þskj. 376 — 310. mál.

Siðfræðistofnun hefur fengið til umsagnar tillögu til þingsályktunar þess efnis að starfshópur verði skipaður sem undirbúi frumvarp til laga sem heimili staðgöngumæðrun.

Á árinu 2009 var skipaður starfshópur sem fór yfir þau álitæfni sem tengjast staðgöngumæðrun. Að mati hópsins, sem skilað álitu til þáverandi heilbrigðisráðherra, er ekki tímabært að heimila staðgöngumæðrun hér á landi að svo stöddu. Meiri umræða þurfi að eiga sér stað áður en svo stórt skref sé stígið. Þrátt fyrir þessa niðurstöðu er nú lögð fram þingsályktunartillaga um efnið.

Þau siðferðilegu álitæfni sem tengjast staðgöngumæðrun eru óvenjulega flókin og margræð því þau snerta móðurhlutverkið, yfirráðarétt kvenna yfir líkama sínum og viðkvæm tengsl foreldra og barna. Þá er rétt að hafa í huga að eitt er að taka afstöðu til þess hvort staðgöngumæðrun geti verið siðferðilega réttmæt í einstökum tilfellum en annað að móta stefnu og smíða löggjöf á þessu sviði, enda eru hagsmunadilarnir ekki aðeins verðandi foreldrar og staðgöngumóðir, heldur barnið sem verður til, fjölskylda staðgöngumóður, heilbrigðisstarfsfólk og raunar samfélagið allt. Reynsla annarra þjóða sem hafa leyft staðgöngumæðrun í einhverri mynd sýnir líka ótvírátt að útfærslan hefur verið vandasöm í framkvæmd og ágreiningsefnin sem rísa afar viðkvæm og sár.

Í þeirri tillögu sem nú liggur fyrir er miðað við nokkur skilyrði sem öll krefjast vandlegrar ihugunar.

- 1) Gert er ráð fyrir að staðgöngumæðrun verði einungis leyfð sem velgjörð en þá fær staðgöngumóðirin ekki sérstaka greiðslu fyrir framlag sitt utan útlagðs kostnaðar. Tilgangurinn með þessu er að koma í veg fyrir markaðsvæðingu meðgöngunnar.

Þar sem þessi leið hefur verið valin, s.s. í Bretlandi, hefur það sýnt sig að mörkin eru oft óljós milli greiðslu á kostnaði við meðgöngu og beinna greiðslna fyrir framlag staðgöngumóðurinnar. Þannig hefur verið tilhneiging til markaðsvæðingar á þessu sviði þrátt fyrir vilja löggjafans.

- 2) Lagt er til grundvallar að verðandi foreldrar og staðgöngumæður geri með sér bindandi samkomulag sem tryggji að hvorki staðgöngumóðir geti hætt við að afhenda barnið né foreldrar að taka við því. Ætlunin með þessu er m.a. að vernda rétt barnsins til foreldra þrátt fyrir að upp geti komið þroska- eða sköpulagsfrávik. Þá er staðgöngumóður skylt að afhenda barnið enda sé það ekki erfðafræðilega skylt henni sé gengið út frá fullri staðgöngu.

Siðfræðistofnun

Háskóli Íslands, Gimli
s. 525 4195, netfang: salvorn@hi.is

Eins og rætt er um í áfangaskýrslu starfshópsins hefur í þeim löndum sem heimila staðgöngu komið upp dæmi um ágreining milli verðandi foreldra og staðgöngumóður, t.d. ef hún vill ekki láta barnið frá sér eða parið neitar að taka við barninu. Flestar þjóðir sem leyfa staðgöngumæðrun telja mikilvægt að skilgreina móður barns að lögum þá konu sem fæðir barnið og að frá þeirri reglu eigi ekki að víkja jafnvel þótt um staðgöngumeðgöngu sé að ræða. Þess vegna hefur staðgöngumóður jafnvel í sumum löndum gefist kostur á umþóttunartíma eftir að barnið fæðist áður en endanlega er gengið frá því lagalega að barnið eignist nýja foreldra. Með því að leggja til bindandi samning um málefnið og að konan sem gangi með barnið og fæði það sé ekki móðir barnsins að lögum við fæðingu viku þingsályktunartillagan frá því verklagi sem tíðkast hefur í flestum löndum sem leyft hafa staðgöngumæðrun. Það eru fyrst og fremst lönd sem leyfa slíkt í hagnaðarskyni sem telja æskilegt að gera bindandi samninga um móðerni barns í upphafi meðgöngu. Slíkur bindandi samningur ber merki viðskiptasamninga en ekki úrlausna á sviði fjölskylduréttar.

- 3) Með því að gera málsaðilum skylt að gera bindandi samning í upphafi meðgöngu vegur þingsályktunartillagan jafnframt að yfirráðum konu á meðgöngu yfir líkama sínum. Á meðgöngunni geta komið upp fjölmargir ófyrirséðir þættir sem ekki er mögulegt að semja um fyrir fram og rangt að ætlast til að kona í slíkum aðstæðum afsali sér rétti yfir ákvörðunum er snerta hennar eigin þunga og líkama á meðgöngu. Það er einmitt mikilvægt í þessari stöðu að standa vörð um rétt staðgöngumóðurinnar yfir þeim ákvörðunum sem taka þarf á meðgöngu án íhlutunar annarra. Reynslan sýnir að verðandi foreldrar hafa tilhneigingu til að vilja hafa afskipti af staðgöngumóður og lífsstíl hennar og líta þá fremur á hana sem umgjörð um þeirra eigið barn en sjálfstæða persónu sem hefur fullan yfirráðarétt yfir eigin líkama.

Lítið hefur rætt um erfiða stöðu heilbrigðisstarfsfólks í tengslum við staðgöngu en í Kanada hafa verið settar leiðbeiningar um skipulag mæðraverndar með tilliti til þessara þátta þar sem þess er m.a. gætt að fagfólk hitti staðgöngumóðurina eina og að sami læknir annist ekki parið sem á við ófrjósemi að stríða og staðgöngumóðurina.

- 4) Eitt álitaefni tengd staðgöngumæðrun varðar það hverjir eigi að hafa aðgang að þjónustunni. Í þingsályktunartillögunni er einkum vísað til kvenna/para sem ekki geta átt barn vegna legleysis eða skemmda á legi sem er tiltölulega lítill hópur hér á landi, jafnvel færri en 5 þör á ári.

Draga má í efa að hægt verði að einskorða þjónustuna við þennan hóp. Þegar samkynhneigðum konum var heimilaður aðgangur að tæknifrjóvgunum fyrir nokkrum árum varð nokkur umræða, meðal annars í þingnefndinni sem hafði frumvarpið til umsagnar, hvort það mismunaði samkynhneigðum körlum. Meðal annars í ljósi þeirrar umræðu verður varla séð að sanngjarnt geti talist að útiloka samkynhneigða karla frá að nýta sér staðgöngu verði hún á annað borð leyfð. Þá vakna einnig spurningar um það hvort konur ættu að hafa aðgang að þjónustunni vegna annara ástæðna s.s. vegna aldurs eða starfsframa.

- 5) Í þingsályktuninni er gert ráð fyrir að úrræðið verði einkum mögulegt fyrir íslenska ríkisborgara til að koma í veg fyrir að útlendingar komi til Íslands í leit að staðgöngumóður.

Siðfræðistofnun

Háskóli Íslands, Gimli
s. 525 4195, netfang: salvorn@hi.is

Verði þessi þjónusta skilgreind sem heilbrigðisþjónusta mun hún að öllum líkindum standa til boða öðrum konum á evrópska efnahagssvæðinu.

- 6) Full ástæða er til að velta fyrir sér vandamálum tengdum smæð íslensks samfélags í tengslum við staðgöngumæðrun. Þar sem staðgöngumæðrun hefur verið leyfð hefur komið upp ágreiningur við foreldra barnsins óski staðgöngumóðirin eftir að halda tengslum við barnið eftir fæðingu. Í litlu samfélagi getur slíkur ágreiningur orðið enn meira áberandi en í fjölmennari samfélögum og hefur verið lítil gaumur gefinn.

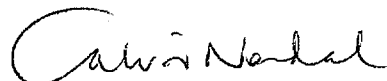
Hér hefur aðeins verið tæpt á nokkrum brýnum úrlausnarefnum en af þeim má ráða hve verkefnið er flókið og hve vandasamt verður að útfæra löggjöf á þessu sviði. Þá er vert að undirstrika að nágrannalönd okkar, s.s. Norðurlöndin, heimila ekki staðgöngumæðrun og því ljóst að við munum marka stefnu á þessu sviði sem litið verður til. Íslendingar hafa raunar gengið lengra í átt til frjálsræðis á sviði tæknifrjógunar en flest Norðurlandanna og stigið nokkur afdrifarík og umdeilanleg skref á síðustu árum án mikillar faglegrar eða samfélagslegrar umræðu. Ákveði þingið að heimila staðgöngu er full ástæða til að endurskoða samhliða ýmis atriði í löggjöf um tæknifrjóganir, s.s. um leynd yfir kynfrumugjöf, sem tryggja myndu betur rétt einstaklinga sem getnir eru með þessum hætti.

Síðast en ekki síst er ástæða til að benda á vandann við að afgreiða þetta flókna úrlausnarefni með miklum hraða en samkvæmt tillögunni er stefnt að því að leggja fyrir frumvarp um efnið eigi síðar en 31. mars n.k. Slíkur hraði er að mati Siðfræðistofnunar með öllu óforsvaranlegur og býður í sjálfu sér hættunni heim.

Siðfræðistofnun leggst því gegn því að heimila staðgöngumæðrun án mun umfangsmeiri umræðu og umhugsun.

Margt bendir til að ástæða þessa mikla flýttis sé sú að nokkur pör bíði þess að geta nýtt sér þetta úrræði hið fyrsta. Ef það er mat þingheims að samfélagið eigi að bregðast við vanda þessara einstaklinga leggur Siðfræðistofnun til að skoðaðar verði aðrar leiðir til þess en að staðgöngumæðrun verði heimiluð.

F.h. Siðfræðistofnunar HÍ



Salvör Nordal,
forstöðumaður

Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (þskj. 376)

Umsögn Staðgöngu

Með bréfi, dags. 27. janúar 2011, óskaði heilbrigðisnefnd Alþingis eftir umsögn Staðgöngu, stuðningsfélags staðgöngumæðrunar á Íslandi, um þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun (þskj. 376, 310. mál, 139. lggjþ.).

Almennt um félagið Staðganga stuðningsfélag um staðgöngumæðrun á Íslandi

Félagið Staðganga var stofnað 23. nóvember 2009 og er verndari félagsins prófessor Reynir Tómas Geirsson, yfirlæknir og forstöðumaður fræðasviðs, Kvennasviði LSH. Markmið félagsins er að stuðla að umræðu um staðgöngumæðrun og að staðgöngumæðrun verði leyfð á Íslandi í velgjörðarskyni. Stofnendur félagsins eru aðilar sem eru í þeirri aðstöðu að þurfa á staðgöngumæðrun að halda til að eignast barn eða börn. Aðild að félaginu er hins vegar ekki bundin við það að þurfa á staðgöngumæðrun að halda og er hluti félagsmanna velgjörðarmenn félagsins og stuðningsfólk um staðgöngumæðrun. Meðlimir eru nú alls 51 og vinir þess eru 52, samtals 103.

Þingsályktunartillagan og efni hennar

Almennt um staðgöngumæðrun

Félagið Staðganga hefur fylgst náið með allri umfjöllun um staðgöngumæðrun allt frá því það var stofnað og félagar þess margir hverjir um árabíl. Það fagnar framkominni tillögu til þingsályktunar og telur að lagafrumvarp til laga sem heimili fulla staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni muni fela í sér mikilvæga réttarfarslega bót fyrir íslenskt samfélag. Full staðgöngumæðrun á við um þegar staðgöngumóður er óheimilt að leggja til kynfrumur (egg) til staðgöngunnar og verður hún því aldrei blóðskyld barninu. Þá er rétt að áréttta að þegar sé búið að stíga þau skref hér á landi með lögum sem heimila einhleypum konum og samkynhneigðum konum að undirgangast tæknifrjóvgun þannig að fósturvísi sé komið fyrir í þeim án þess þó að þær hafi erfðafræðileg tengsl við viðkomandi barn. Slíkt felur í sér sambærileg álitaefni og bent hefur verið á varðandi staðgöngumæðrun. Staðganga telur því að með því að heimila fulla staðgöngumæðrun hér á landi verði stigið skref sem er í eðlilegu framhaldi við þá réttarstöðu sem gildir hér á landi hvað tæknifrjóvganir varðar og tryggi jafnræði milli íslenskra kvenna sem glími við ófrjósemi.

Ástæður þess að kona getur ekki gengið með barn sjálf og þarf á aðstoð staðgöngumóður að halda til að eignast barn geta verið af ýmsum toga og tengjast alla jafna sjúkdómum eða fæðingargöllum. Kona getur t.a.m. misst leg vegna krabbameins í leghálsi eða leg hefur verið fjarlægð eftir fæðingu barns vegna fylgikvilla við fæðingu. Eins er þekkt að konur fæðist án legs. Að auki má nefna konur sem eru líffæraþegar eða hafa gengið í gegnum sjúkdóma og óráðlegt sé að þær gangi með barn sökum þeirra líkamlegu takmarkana. Ættleiðingar fyrir hóp þessara kvenna er ekki alltaf raunhæft úrræði.

Fjöldi kvenna á Íslandi sem þarf á staðgöngumóður að halda vegna framangreindra ástæðna er talinn vera á bilinu 0-5 á ári. Ætla má að á næstu árum og áratugum fari sú tala hins vegar

minnkandi vegna framþróunar læknávisindanna. Má hér nefna bólusetningar gegn leghálskrabbameini, möguleikann á legigræðslu eftir nokkur ár og betri lyfjameðferðir gegn krabbameini.

Áður en fjallað verður um efnistöð þingsályktunartillögunnar þá vill Staðganga hvetja íslensk stjórnvöld til að vera leiðandi á Norðurlöndunum hvað varðar löggjöf um staðgöngumæðrun. Slíkt væri í takti við það sem Ísland hefur áður gert hvað varðar m.a. réttarstöðu samkynhneigðra og löggjöf í þeim efnum, sem og aðstoð við ófrjósemi einstaklinga og fleira.

Efnistöð þingsályktunartillögu – áhersluatriði sem hafa á að leiðarljósi við frumvarpsgerð

Í velgjörðarskyni

Staðganga er sammála þeirri tillögu er fram kemur í þingsályktunartillögunni þ.e. að löggjöf hér á landi eigi að taka mið af því að staðgöngumæðrun sé gerð í velgjörðarskyni, þ.e. án þess að greiðsla komi til. Þó yrði eðlilegt að eðlilegur aukakostnaður staðgöngumóður yrði greiddur s.s. læknis- og lyfjakostnaður sem og mögulegt vinnutap sem skerði fjárhag staðgöngumóður. Með vel útfærðum lögum er leyfir eingöngu fulla staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni og reglugerð sem hugsanlega yrði sett á grundvelli þeirra er auðvelt að hafa eftirlit með úrræðinu í svo litlu samfélagi, undir handleiðslu og eftirliti fagaðila þannig að komið sé í veg fyrir að staðgöngumæðrun sé gerð í hagnaðarskyni.

Í þessu sambandi þá vill félagið leggja áherslu á að ríkið taki þátt í þeim kostnaði sem hlýst af staðgöngumæðrun. Mikilvægt að þak verði sett á þann kostnað sem hugsanlega leggist á foreldrana, enda kann launamunur t.d. milli væntanlegra staðgöngumæðra verða til þess að kostnaður verður misjafn frá einni staðgöngumóður til annarrar. Slíkt gæti leitt til þess að foreldrar kjósi frekar að finna staðgöngumóður sem er í lægra launuðu starfi þar sem af því hlytist lægri kostnaður fyrir viðkomandi foreldra ef sá möguleiki er fyrir hendi.

Ströng skilyrði og hagsmunir aðila

Staðganga er þeirrar skoðunar að setja verði staðgöngumæðrun ströng skilyrði þannig að tryggðir verði hagsmunir allra aðila sem þeim málum tengjast.

Mikilvægt er að hafa í huga rétt þeirra kvenna sem vilja gerast staðgöngumæður. Skýr réttur einstaklinga til upplýstrar ákvörðunar er varðar líkama þeirra er nú þegar staðfestur í íslenskum lögum til dæmis með rétti kvenna til að gefa úr sér kynfrumur (egg) og með lögum um líffæragjafir. Í báðum tilvikum tekur viðkomandi einstaklingur upplýsta ákvörðun um að taka þátt í læknisfræðilegu ferli sem fylgir viss heilsufarsleg áhætta í því skyni að láta gott af sér leiða, öðrum til handa. Í félaginu eru nokkrir félagsmenn sem hafa sér við hlið konur sem biða eftir að þessi sjálfsagði réttur þeirra til að ráða yfir sér og sínum líkama sjálfar hvað varðar ósk þeirra að verða staðgöngumóðir sé virtur.

Tryggja þarf að hvaða kona sem er geti ekki gerst staðgöngumóðir þó hún telji sig tilbúna til þess. Það þarf til dæmis að vera tryggt að viðkomandi kona takist það ekki á hendur nema að hafa líkamlega og andlega getu til þess. Þannig mætti til dæmis binda staðgöngumæðrun því skilyrði að væntanleg staðgöngumóðir hafi áður orðið þunguð án læknaaðstoðar, meðganga verður að hafa gengið vel og án nokkurra vandkvæða og engin inngríp mega hafa verið í fæðingu. Þessi viðmið eru til að mynda viðhöfð í þeim löndum þar sem staðgöngumæðrun er

leyfð í dag. Mælt er með að félagsráðgjafi fari yfir það með væntanlegri staðgöngumóður hvað felist í öllu ferlinu frá upphafi til enda. Að öðru leyti yrði meðgangin eins og aðrar meðgöngur og tryggja ætti konunni alla þá hefðbundnu þjónustu og aðstoð er tengist meðgöngu, eins og mæðraskoðun, nauðsynleg lyf og annað slíkt.

Félagið bendir á að til eru rannsóknir virtra fagaðila eins og Prófessors Susan Golombok við Cambridge háskóla. Í einni slíkri var fylgst með staðgöngumæðrum til nokkurra ára. Í þeim var fylgst sérstaklega með líðan og aðstæðum staðgöngumæðra á meðgöngu og í kjölfar fæðingar. Niðurstöður þeirra rannsókna eru jákvæðar, staðgöngumæðrun í hag.¹

Eðlilegt má telja að þeim konum sem vilji gerast staðgöngumæður séu sett einhver aldurstakmörk. Hins vegar er mikilvægt að þrengja aldurskilyrðið ekki um of. Mikilvægast er að tryggja að kona hafi náð fullum líkamlegum og andlegum þroska svo öruggt sé að viðkomandi kona geri sér fulla grein fyrir þeirri ákvörðun sem tekin er og hvaða áhættur eru henni samhliða. Ekki ætti heldur að setja aldurshámarkið of hátt og í þessum efnum er Staðganga hlynnt því sem fram kemur í ályktun ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) að staðgöngumóðir í tilfelli fullrar staðgöngumæðrunar geti verið allt að 45 ára.² Varðandi aldur foreldra má ætla að réttast sé að læknisfræðilegt mat sé lagt á hvert tilfelli fyrir sig. Kona getur t.d. verið orðin 46 ára sjálf og enn með heilbrigða kynfrumframleiðslu (egg) eða þá átt frysta fósturvísu sem voru myndaðir fyrir legnám. Karlmennt halda einnig frjósemi sinni lengur en konur og getur verið þónokkuð aldursbil á milli hjóna.

Mikilvægt er að tryggja rétt staðgöngumóður til orlofs vegna fæðingar auk réttar til bóta, t.d. vegna vinnutaps. Taka þarf til skoðunar hvort staðgöngumóðir geti tekið fullt fæðingarorlof eða hvort sá réttur sé skertur með hliðsjón af því að barn elst ekki upp hjá viðkomandi konu. Mikilvægt er að rétturinn til bóta vegna vinnutaps sé ekki skertur með þeim hætti að það fæli konur frá því að vilja gerast staðgöngumóðir. Eigi að greiða staðgöngumóður fyrir vinnutap sem vegna meðgöngu skapast þá er lagt til að skoðað verði hvort unnt verði að gera slíkt í formi veikindaréttar sem jafnvel verði aukinn að einhverju leiti vegna aðstæðna svo almennur veikindaréttur viðkomandi konu skerðist ekki enda gæti slíkt leitt til þess að færri konur sæju sér fært að gerast staðgöngumæður.

Að meginstefnu ætti að binda heimild til þess að gerast staðgöngumóðir hér á landi við íslenskt ríkisfang eða löglega búsetu hér á landi til tiltekins tíma. Hins vegar ætti að vera mögulegt að gera undantekningar á þessu ef kona sem er erlendur ríkisborgari og/eða búsett erlendis er ættingi og hún er tilbúin til að ganga með barn fyrir einstaklinga sem að öðru leyti uppfylla skilyrði laganna um ríkisfang eða búsetu hér á landi.

Hvað foreldrana varðar þá þarf að tryggja að staðgöngumæðrun standi eingöngu þeim konum til boða sem eiga þess ekki kost að eignast eigið barn nema með aðstoð staðgöngumóður vegna til dæmis ástæðna sem að framan er vísað til. Hvað varðar samkomulagið milli þessara aðila þá þarf það að vera tryggt að það sé bindandi svo hvorugur aðili geti hætt við eftir að staðgöngumóðir er orðin þunguð. Þá þarf jafnframt að tryggja að lög skilgreini viðkomandi foreldra sem foreldra barns við fæðingu og að ekki þurfi að koma til sérstakt ættleiðingarferli

¹ Upplifun staðgöngumæðra, heiti á frummáli: Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Höf: Vasanti Jadva, Clare Murray, Emma Lycett, Fiona MacCallum og Susan Golombok, <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/10/2196>

² ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology, Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy, accepted: May 19 2005, http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=hucvrxj45sjp4p3455oiggu55/Task_force_X_surrogacy.pdf

í kjölfar fæðingar. Að sama skapi þyrfti að gera breytingar á barnalögum þannig að gert sé ráð fyrir því að sú kona sem ali barnið sé ekki eina móðir barnsins sé um staðgöngu að ræða. Í þessu sambandi má nefna sem dæmi að tvær samkynhneigðar konur geti talist móðir eins barns þó að önnur þeirra hafi ekki fætt. Með þessu er því búið að fara út fyrir þá skilgreiningu laganna að móðir barns geti aðeins verið sú sem fæddi það. Í samræmi við það væri eðlilegt að heimila að önnur kona en staðgöngumóðir geti einnig talist móðir barns, t.a.m. sú sem lagði til kynfrumu (egg) til frjóvgunar vegna staðgöngunnar. Einnig þarf að gera breytingar á þeim ákvæðum laga sem kveða á um að faðir skuli vera sá karlmaður sem giftur er konu sem elur barn þannig að í þeim tilvikum sem staðgöngumóðir sé gift verði eiginmaður hennar ekki skilgreindur sem faðir barnsins sem hún fæðir.

Tryggja þarf væntanlegum foreldrum barns sem staðgöngumóðir gengur með fullan rétt til fæðingarorlofs auk þess sem tryggja þarf aðgang þeirra að þeirri þjónustu sem eðlilegt má teljast og rétt er að þau njóti í tengslum við fæðingu barns. Einnig þyrfti að taka afstöðu til þess með hvaða hætti þau gætu fylgst með meðgöngu staðgöngumóður og hvernig þátttöku þeirra yrði háttað t.a.m. í rannsóknum og lækna skoðunum er tengjast meðgöngu en telur Staðganga eðlilegt að staðgöngumóðirin segi til um slíkt.

Á sama hátt og varðandi staðgöngumóður ætti að binda heimild foreldranna til að fá staðgöngumóður til að ganga með barn fyrir sig við íslenskt ríkisfang eða löglega búsetu hér á landi til tiltekins tíma, allavega hina varðandi móðir. Telja má að slík tálmun teljist ekki brjóta við jafnræðisreglur alþjóðasamninga enda mætti réttlæta það með tilvísun í siðferðileg sjónarmið. Það kæmi í veg fyrir að hingað leituðu erlend pör frá ríkjum þar sem staðgöngumæðrun er ekki heimiluð.

Afar brýnt er að hagsmunir barns sem fæðist af staðgöngumóður séu tryggðir. Bent hefur verið á að siðferðileg álitaefni sem vakna hvað varðar börn sem fæðast af staðgöngumóður og rétt þeirra til vitneskju um líffræðilegan uppruna sinn. Þessu hafnar Staðganga sem raunverulegum álitaefnum og bendir á að við fulla staðgöngumæðrun leggur staðgöngumóðirin ekki til kynfrumur (egg) eins og við á um hefðbundna staðgöngumæðrun. Við fulla staðgöngumæðrun leggja almennt báðir foreldrar til kynfrumur eða annað þeirra auk kynfrumugjafa. Í undantekningartilvikum getur verið að hvorugt þeirra geti lagt til kynfrumur og eru þær þá fengnar frá kynfrumugjöfum. Í öllum þessum tilvikum verður staðgöngumóðirin ekki blóðskyld barninu enda koma kynfrumur aldrei frá henni. Fer því ekki á milli mála hver líffræðilegur uppruni barns er. Öðru máli gegnir hins vegar um ættleiðingu en þar er uppruni barna almennt óþekktur. Í tilvikum fullrar staðgöngumæðrunar getur uppruni barna því ekki orðið jafn óljós og við ættleiðingu.

Af þeim sökum má því telja að staða barns sem fæðist með fullri staðgöngumæðrun til að öðlast vitneskju um uppruna sinn sé góð enda má ætla að í meirihluta tilvika alist barn upp hjá foreldrum sem eru blóðskyldir barninu.

Taka þarf afstöðu til þess í lögum hver fari með forræði ófædds barns sem staðgöngumóðir gengur með ef til andláts foreldra kemur fyrir fæðingu. Í bindandi samkomulagi á milli staðgöngumóður og varðandi foreldra sé skýrt kveðið á um hver beri ábyrgð á barninu ef slík ógæfa dynur yfir, með vottuðu samþykki viðkomandi. Staðganga telur eðlilegast að ættingjar barnsins beri þá ábyrgð eins og venja er og taki að sér barnið við slíkar aðstæður samkvæmt vottuðu samþykki þar um. Þá komum við aftur að kosti fullrar staðgöngumæðrunar umfram

hefðbundna þar sem staðgöngumóðir verður aldrei blóðskyld barninu. Einnig þarf að kveða á um hver fari með forræði barns komi til skilnaðar foreldra fyrir fæðingu.

Hvað aðra aðila máls varðar þá þarf að taka tillit til fjölskyldu bæði staðgöngumóður og foreldranna og tryggja að hagsmuna þeirra verði gætt til hins ýtrasta. Hvað fjölskyldu staðgöngumóður varðar þá þarf staðgöngumóðir til dæmis að meta aðstæður fjölskyldu sinnar hverju sinni. Staðgöngumóðir þarf til dæmis að meta stöðu eiginmanns ef hún er í sambúð og barna sinna og afstöðu til hlutverksins með velferð allra að leiðarljósi. Ekkert bendir þó til þess að börn staðgöngumæðra taki hlutverkinu illa heldur þvert á móti fagni því góðverki sem staðgöngumæðrun er.³

Samkomulag um staðgöngumæðrun verði bindandi

Staðganga leggur áherslu á að samkomulag um staðgöngumæðrun verði bindandi enda komi slíkt í veg fyrir að aðilar geti rofið samkomulagið eftir að staðgöngumóðir er orðin þunguð. Það er lagaraminn og/eða reglugerðin sem byggir á lögunum sem ákveður hvort hlutaðeigandi aðilar geti skipt um skoðun eða ekki. Við erum fullkomlega sammála því er kemur fram í þingsályktunartilögunni að leyfa eingöngu fulla staðgöngumæðrun sem í felst að staðgöngumóðirin leggur aldrei til eigin kynfrumu (egg). Samkomulag við staðgöngumæðrun ætti að vera að fullu bindandi fyrir alla aðila. Staðgöngumóðurinni væri einnig gefið of mikið vald ef hún gæti ákveðið að halda barninu eftir fæðingu, gæti leitt til þess að hún óskar eftir greiðslu frá verðandi foreldrum fyrir að snúast ekki hugur. Slík tilfelli eru samkvæmt heimildum sjaldgæf en eitt slíkt er þekkt og kom upp í Bretlandi.

Enn komum við að mögulegum kostum fullrar staðgöngumæðrunar umfram hefðbundna í þeim skilningi að staðgöngumóðirin sé ekki blóðskyld barninu. Minnkar það líkur á því að staðgöngumóðir myndi langa til að halda barninu eftir fæðingu en bent skal á að rannsóknir þar að lútandi sýna að slík tilfelli eru afar einstök þrátt fyrir að um hefðbundna staðgöngumæðrun sé að ræða og að réttur staðgöngumóður til að halda eftir barninu sé til staðar eins og er í Bretlandi þar sem staðgöngumóðirin má einnig leggja til kynfrumur (egg).⁴

Að sama skapi er það einnig hvernig lagaraminn er útfærður sem segir til um hvort að foreldrar geti skipt um skoðun eða ekki. Ef ekki er gert bindandi samkomulag við alla aðila þá gætu foreldrar neitað að taka við barninu eftir fæðingu. Staðgöngumóðirin situr þá eftir með barn annara sem er jafnvel ekki full heilbriggt. Við styðjum það að fullu að samkomulag við foreldra sé bindandi.

³ "Þó svo að neikvæðni frá einhverjum fjölskyldumeðlimum gæti (Van den Akker, 2001) sjá staðgöngumæður lífsreynsluna alla jafna sem jákvæða fyrir nánustu fjölskyldumeðlimi, sérstaklega börn þeirra (Ciccarelli, 1997) eða í versta falli segja að börnin hafi ekki hlotið neikvæða reynslu af (Hohman & Hagan, 2001) Helmingur staðgöngumæðranna í rannsókn Ciccarelli's frá 1997 skýra frá því að þær hafi orðið nánari öðrum fjölskyldumeðlimi vegna reynslu sinnar og um 3/4 tóku fram að reynslan hefði verið mjög jákvæð börnum þeirra." Heimild tekin úr skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er birtust í Journal of Social Issues, march 2005. Tekið skal fram að rannsóknin tekur einnig til hefðbundinnar staðgöngumæðrunar þar sem staðgöngumóðir getur lagt til kynfrumu (egg) og þar með verið blóðskyld barninu.

⁴ cots: <http://www.surrogacy.org.uk/FAQ4.htm> - í Bretlandi er enn leyfð hefðbundin staðgöngumæðrun þar sem staðgöngumóðirin leggur til egg og geta þær því ákveðið að halda barninu. Samt sem áður er fullnaðar árangur hjá COTS 98%, það er að segja eins og lagt var upp með í byrjun ferlis.

Með vandaðri lagasetningu er auðveldlega hægt að taka alveg fyrir það að slíkt geti gerst. Sjáum við ekki betur en að þannig verði staðið að málum hérlendis og erum við afar ánægð með það.

Full staðgöngumæðrun myndi einnig auka þá ábyrgð sem hvílir á væntanlegum foreldrum vegna blóðtengsla þeirra við væntanlegt barn og myndi enda tryggja að ekki skapist vilji til að hætta við gert samkomulag um staðgöngumæðrun. Sama ætti einnig við um það þegar notaðar eru gjafakynfrumur. Kynfrumur við staðgöngumæðrun verði þannig aldrei staðgöngumóðurinnar og ætíð á ábyrgð verðandi foreldra hvort heldur um þeirra eigin kynfrumur er að ræða eður ei.

Tímasetning framlagningar frumvarps

Staðganga leggur mikla áherslu á að frumvarp verði lagt fram sem fyrst á Alþingi. Í vinnunni framundan við smíði lagafrumvarpsins er mikilvægt að áhersla verði lögð á vönduð vinnubrögð og að litið verði til allra þeirra þátta, bæði siðferðilegra og annarra, sem málinu tengjast. Mikilvægt er að við þá vinnu verði og tekið tillit til allra þeirra sjónarmiða sem félag eins og Staðganga kann að hafa fram að færa.

Annað

Starfshópurinn

Í fyrirliggjandi þingsályktunartillögu er ekki tekin afstaða til þess hvaða aðilar eða fulltrúar hverra aðila skuli skipa starfshóp þann sem falið skuli að undirbúa frumvarp til laga um heimildir til staðgöngumæðrunar. Staðganga leggur áherslu á að í hópinn verði skipaðir aðilar sem á faglegum forsendum sé rétt að skipa til dæmis lögfræðingar með reynslu af frjósemis- og fjölskyldumálum, lækna og sérfræðingar á sviði kvenlækninga og frjósemishjálpar. Einnig er rétt að þar eigi setu fulltrúar hagsmunahópa sem málinu tengjast. Í þessu sambandi þá óskar Staðganga eftir því að taka þátt í starfsemi starfshópsins með setu fulltrúa félagsins í starfshópnum þannig að tryggt sé að sjónarmið félagsins og félagsmanna komi fram við þá vinnu.

Jafnræðissjónarmið

Rétt er að jafnræðissjónarmið séu höfð að leiðarljósi þegar heilbrigðisnefnd og þingheimur tekur afstöðu til staðgöngumæðrunar vegna afgreiðslu málsins. Staðganga berst fyrir því að allar íslenskar konur njóti sömu réttinda og fái sama aðgang að læknisfræðilegum úrræðum við sinni ófrjósemi. Jafnræði í þessum efnum er ekki til staðar eins og staðan er í dag og tryggir núverandi ástand ekki jafnræði milli íslenskra kvenna hvað varðar lausnir á ófrjósemisvanda þeirra.

Í fyrsta lagi má benda á þá mismunun sem ríkir milli gagnkynhneigðra kvenna en kona sem er án legs en með eggjastokka sem framleiða heilbrigð egg má ekki láta búa til fósturvísu og geyma. Hún má hins vegar gefa kynfrumur sínar annari konu í velgjörð. Sú kona má því fæða og eiga líffræðilegt barn þeirrar konu sem getur ekki gengið með en hefur heilbrigðar eggfrumur. Konan sem lagði til kynfrumu og er blóðskyld barninu má aftur á móti ekki ala

barnið upp sjálf. Eina leiðin fyrir konu sem ekki getur gengið með, til að koma sínu blóðskylda barni í heiminn virðist því vera sú að gefa egg og vita af því að önnur kona ali barnið upp. Í öðru lagi má líta til þess að kona sem er án eggjastokka fær alla þá læknisfræðilegu hjálp sem mögulegt er að veita í dag á meðan kona sem ekki er með leg eða má af öðrum ástæðum ekki ganga með barn fær í raun enga læknisfræðilega hjálp.

Með breytingu á lögum um tæknifrjóvgun sem gerðar voru með lögum nr. 55./2010, urðu til þær aðstæður að kona getur gengið með barn fyrir aðra konu ef þær eru í sambúð. Í breytingunni fólst að kona getur nú þegið bæði gjafasæði og gjafasæði, hvort heldur hún er í sambúð eða einhleyp. Í ljósi þessa er í ákveðnum tilvikum visst form staðgöngumæðrunar leyfilegt á Íslandi. Kona á Íslandi má í vissum tilvikum ganga með blóðbarn annarar konu en einungis ef sú kona er sambýliskona viðkomandi konu. Í samkynhneigðri sambúð eru báðar konurnar mæður barnsins, einnig sú sem fæddi það ekki og er það í mótsögn við núgildandi lög eins og áður hefur komið fram.

Gagnkynhneigð kona sem getur ekki gengið með barn en getur lagt til sitt egg má ekki þiggja staðgöngumæðrun frá konu sem vill ganga með barn fyrir hana hvort sem það er vinkona, systir eða önnur kona. Engu máli skiptir þar um þótt barnið verði blóðskylt henni og sambýlismanni hennar. Henni eru allar bjargir bannaðar.

Staðganga telur afar brýnt að gerðar verði breytingar á núverandi réttarstöðu og að lagt verði fram og samþykkt lagafrumvarp sem heimili fulla staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni hér á landi. Þannig má girða fyrir þá mismunun milli íslenskra ófrjórna kvenna sem að framan er lýst.

Ættleiðing

Hugtakið staðgöngumæðrun eins og það er skilgreint í lögum nr. 55/1996 um tæknifrjóvgun og notkun kynfruma og fósturvísa manna til stofnfrumurannsókna, gerir ráð fyrir því að staðgöngumóðir láti barn af hendi eftir fæðingu til væntanlegrar ættleiðingar hjá foreldrum þeim sem samkomulag um staðgöngumæðrun var gert við. Staðganga leggur brýna áherslu á að hugtakið verði endurskilgreint með nýjum lögum og að ekki þurfi til ættleiðingu í kjölfar þess að staðgöngumóðir fæðir barn. Lög þurfa að gera ráð fyrir því að foreldrar þess teljist þeir foreldrar sem gerðu samkomulag við staðgöngumóðurina um að hún gengi með barn þeirra. Ber þá sérstaklega til þess að líta að umræddir aðilar verði í flestum tilvikum blóðskyldir viðkomandi barni.

Tengsl milli staðgöngumóður og foreldra

Mikilvægt er að sá hópur kvenna sem geti gerst staðgöngumæður verði ekki einskorðaður við fjölskyldu foreldranna eða nána vini. Hætt er við að slíkt geti sett ákveðinn þrýsting á fjölskyldumeðlimi. Einnig kann af einhverjum ástæðum að vera vilji fyrir því af hálfu foreldra að leita út fyrir raðir sinna nánustu ættinga og vina. Að sama skapi verður að líta til þess að ekki sé ávallt fyrir að fara nánum ættingum eða vinum sem geti á annað borð tekið það að sér að gerast staðgöngumæður t.d. vegna aldurs eða vegna barnleysis eða þar sem fyrri meðgöngur/fæðingar hafi ekki gengið vel. Eins skal líta til mikilvægis jafns réttar konu til að gerast staðgöngumóðir fyrir systir, vinkonu eða ókunnuga konu.

Staðganga ítrekar að lokum mikilvægi þess að lítið verði til þess að siðferðileg álitæfni sem bent er á í tengslum við staðgöngumæðrun eru þau hin sömu og jafnvel færri en þau sem tengjast heimildum fyrir einstæðar konur til að gangast undir tæknifrjógungun með gjafsæði og jafnvel gjafeggi. Í þeim tilvikum þekkir barn ekki ávallt til annars líffræðilegs foreldris síns og jafnvel beggja.

Svo er rétt að benda á að stærra álitamál vakna ef staðgöngumæðrun er ekki bundin í lagaramma. Þannig getur fólk til dæmis framkvæmt frjógungun heima fyrir án eftirlits lækna og annarra sérfræðinga. Í þeim tilvikum getur kona til dæmis ákveðið að gerast staðgöngumóðir án þess að vera góður kandidat til þess og er í þeim tilvikum eftirlit ekkert og ekki hægt að fyrirbyggja að slík staðgöngumæðrun sé framkvæmd í hagnaðarskyni. Einnig ber að líta til þess að þegar Staðganga sem velgjörð er ekki leyfð er ljóst að einstaklingar munu fara erlendis til að leita sér aðstoðar, t.a.m. í þróunarlöndum þar sem eftirlit er lítið og lagaramminn veikur eða jafnvel ekki fyrir hendi. Getur það einnig orðið til þess að kostnaðurinn sem fólk þarf að bera verði afar þungbær. Verður það til þess að ekki sé hægt að koma í veg fyrir að staðgöngumæðrun eigi sér stað með vafasömum hætti. Áhrifamesta leiðin til að minnka þörfina á staðgönguiðnaði til dæmis í þróunarlöndunum er ef lönd á borð við Ísland lögleiði staðgöngumæðrun innan vandaðs lagaramma sem tekur mið af hagsmunum allra sem málinu tengjast.

Staðganga þakkar tækifærið til að gefa umsögn til Alþingis um málið. Það skal sérstaklega tekið fram að umsögn þessi inniheldur ekki með tæmandi hætti öll þau sjónarmið sem Staðganga leggur áherslu á. Félagið áskilur sér rétt til að koma frekari sjónarmiðum á framfæri við Alþingi, þá aðila sem falin verður smíði lagafrumvarps og aðra er málinu kunna að tengjast. Það ítrekar einnig að félagið er boðið og búið að veita þinginu allar þær frekari upplýsingar og alla þá aðstoð sem nauðsynleg kann að vera þörf á vegna afgreiðslu málsins. Einnig ítrekar það ósk sína til að tilnefna fulltrúa í starfshóp þann sem falið verður að semja lagafrumvarp er heimili fulla staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni hér á landi enda sé það eðlilegt og rétt að sjónarmið félagsmanna fái að heyrast við þá vinnu enda megi telja að mikil sérþekking á málefnum sé til staðar innan félagsins.

Virðingarfyllst,
f.h. Stjórnar Staðgöngu

Íris Lind Sæmundsdóttir
Lögfræðingur

Fylgiskjöl

- I. Fylgiskjal 1: *Upplifun staðgöngumæðra*, heiti á frummáli: Surrogacy: the experiences of surrogate mothers, höfundar: Vasanti Jadva1, Clare Murray, Emma Lycett, Fiona MacCallum and Susan Golombok, <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/10/2196>
- A. *Niðurstöður (þýð: Stg.):* Staðgöngumæður upplifa yfirleitt ekki alvarleg vandamál í samskiptum sínum við verðandi foreldra, varðandi það að láta barnið af hendi né vegna viðbragða einstaklinga í kringum þær. Þau tilfinningalegu vandamál sem sumar staðgöngumæður upplifðu vikurnar eftir fæðingu virtust minnka eftir því sem leið frá fæðingu. Innskot Stg: tekið skal fram að þar sem rannsóknin var gerð er hefðbundin staðgöngumæðrun leyfð en þá má staðgöngumóðirin má leggja til sínar kynfrumur.
- B. *Samantekt (þýð: Stg.):* Staðgöngumæður virðast ekki upplifa sálræn vandamál sem afleiðingu af staðgöngunni.
- II. Fylgiskjal 2: *Upplifun foreldra*, heiti á frummáli: Surrogacy: The experience of commissioning couples, höfundar: Fiona MacCallum1, Emma Lycett, Clare Murray, Vasanti Jadva and Susan Golombok, <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/6/1334>
- A. *Niðurstöður (þýð: Stg.):* Þör byrjuðu aðeins að íhuga staðgöngumæðrun eftir langt tímabil ófrjósemi eða þegar það var eini valkosturinn sem var í boði. Þegar þör rifjuðu upp kvíðatímabil á meðgöngunni þá fannst þeim kvíðinn hafi verið lítill og samband milli parsins og staðgöngumóðurinnar reyndist almennt hafa verið gott. Niðurstöðurnar voru óháðar því hvort parið hafði þekkt staðgöngumóðirina fyrir eða ekki, áður en samkomulag komst á varðandi staðgönguna. Eftir fæðingu barnsins voru áfram jákvæð samskipti hjá stórum meirihluta para við staðgöngumóður og helst það að nokkru leyti áfram. Öll þörin höfðu sagt fjölskyldu og vinum frá staðgöngumæðruninni og höfðu ákveðið að segja barninu hvernig það kom í heiminn.
- B. *Samantekt (þýð: Stg.):* Verðandi foreldrar líta almennt á staðgöngumæðrunina sem jákvæða upplifun.
- III. Fylgiskjal 3: *Fjölskyldur barna sem hafa verið getin án genatengsla við báða foreldra eða með aðstoð staðgöngumóður: afleiðingar fyrir samband foreldra og barna og sálræn líðan mæðra, feðra og barna á þriðja ári*, heiti á frummáli: *Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3*, höfundar: S.Golombok, C.Murray, V.Jadva, E.Lycett, F.MacCallum og J.Rust, <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/7/1918?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Non-genetic+and+non-gestational+parenthood%3A+consequences&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

- A. *Niðurstöður (þýð: Stg):* Sá munur kom fram milli fjölskyldugerða að þar sem barn hafði komið í heiminn með aðstoð staðgöngu eða gjafaeggs/sæðis kom fram meiri hlýja og meiri samskipti milli móður og barns en hjá fjölskyldum sem börn voru getin á eðlilegan hátt. Hærra hlutfall staðgöngu foreldra en foreldra sem höfðu fengið gjafaegg/sæði hafði sagt börnum sínum frá hvernig getnaður þeirra hafði komið til.
- B. *Samantekt (þýð: Stg):* Það virðist vera að þótt að erfðafræðilega tengingu eða tengingu við leg móður vanti á meðgöngu þá hafi það ekki neikvæð áhrifa á samband barns og foreldra eða á sálræna líðan móður, föður eða barns á þriðja ári þess.

IV. Fylgiskjal 4: *Hvað hvetur konur til að vilja vera staðgöngumæður*, heiti á frummáli: Motivations of surrogate mothers, parenthood, altruism and self-actualization (a three year study, höfundur: Dr. Betsy P. Aigen, <http://www.surrogacy.com/psychres/article/motivat.html>)

- A. *Niðurstöður (þýð: Stg.):* Bandarísk rannsókn á konum sem sóttu um að vera staðgöngumæður hjá “The Surrogate Mother Program of New York”. Parlandis má taka greiðslu fyrir staðgöngumæðrun. Þó að greiðsla skipti máli reynast peningar ekki vera helsta hvöt kvennanna sem valdar voru til að vera staðgöngumæður. Rannsakendur telja það sýnt að vandlegt val á konum sem vilja vera staðgöngumæður er nauðsyn og kemur í veg fyrir misnotkun. Staðgöngumæðurnar sem svo voru valdar eiga þær helst sameiginlegt að vilja hjálpa fólki að verða foreldrar og stuðla í leiðinni að jákvæðu sjálfsmati og sjálfsvitund. Konurnar tala um ást á börnum sínum, hve gefandi er að eiga börn og er það ósk þeirra að aðrir deili þessari gleði. Eiga auðvelt með nánd og tilfinningatengsl.
- B. *Samantekt (þýð: Stg.):* Sú steka ímynd “stereotype” að þær konur sem verða staðgöngumæður séu allajafna óupplýstar, tilfinningalega kaldar og fátækar konur sem ákveða að verða staðgöngumæður peninganna vegna fær því ekki staðist.

V. Fylgiskjal 5: *ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy*

A. *Abstract*

This 10th statement of the Task Force on Ethics and Law considers ethical questions specific to varied surrogacy arrangements. Surrogacy is especially complex as the interests of the intended parents, the surrogate, and the future child may differ. It is concluded that surrogacy is an acceptable method of assisted reproductive technology of the last resort for specific medical indications, for which only reimbursement of reasonable expenses is allowed. ESHRE Task Force on Ethics and Law including, , F. Shenfield, G. Pennings, J. Cohen, P. Devroey, G. de Wert and B. Tarlatzis.

VI. Fylgiskjal 6: *Svör við ýmsum getgátum og álitamálum*, Staðganga

- A. Í þessu fylgiskjali verður leitast við að svara eftirfarandi getgátum og álitaefnum um staðgöngumæðrun sem sett hafa verið fram meðal annars af siðfræðingum. Félagið leggur þunga áherslu á faglega og upplýsta umræðu um málefnið án þess að setja fram alhæfingar útfra einstökum tilvikum og óstaðfestum getgátum. Eins telur Staðganga ótækt að ræða í sömu andrá staðgöngumæðrun á vesturlöndum og staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni í þróunarlöndum.
1. Hvernig á að koma í veg fyrir staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni?
 2. Best er að fylgja Norðurlöndunum
 3. Hvernig á að afmarka þann hóp sem heimilt verður að eignast barn með staðgöngumæðrun?
 4. Hvernig á að tryggja réttindi barna, t.d. til að vita uppruna sinn?
 5. Hvað ef staðgöngumóðir skiptir um skoðun?
 6. Hvað ef verðandi foreldrar skipta um skoðun?
 7. Hvernig velferð staðgöngumóður og fjölskyldu hennar verði tryggð
 8. Hver á að bera kostnað af staðgöngumæðrun
 9. Sú gagnrýni hefur komið upp að börnin njóti ekki brjóstgjafar
 10. Unglingar segja frá því á netinu að þau séu óhamingjusöm vegna staðgöngumæðrunar því þau vita ekki uppruna sinn.
 11. Siðfræðingur setti fram getgátur um að börn tilkomin með staðgöngumæðrun verði í einhverskonar limbói ef eitthvað kemur fyrir verðandi foreldra eða þá að staðgöngumóðirin verði neydd til að taka barnið að sér.
 12. "Erum að fara of hratt...", "...bíðum róleg og vöndum til verka", "...ekki gott að láta eitt mál ráða ferðinni (innskot: mál Jóels)": Salvör Nordal í Návígi þriðjudaginn 15. febrúar 2011
 13. "Erum að gera tilraunir": Salvör Nordal í Návígi, þriðjudaginn 15. febrúar 2011
 14. "Ef þetta verður leyft núna hvernig verður þetta eftir 10 ár?": Salvör Nordal í Návígi, 15. febrúar 2011

VII. Fylgiskjal 7: Samantekt úr skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman og Linda J. er birtust í *Journal of Social issues* (march 2005) en í henni eru dregnar saman niðurstöður ýmissa rannsókna á staðgöngumæðrun (þýð: Stg.).

Fylgiskjal 7:

Samantekt vegna umsagnar um staðgöngumæðrun

Hér eru þýðingar úr hluta skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er birtust í Journal of Social issues (march 2005) en í henni er verið að draga saman niðurstöður ýmissa rannsókna á staðgöngumæðrun. Fleiri rannsóknir hafa komið út síðan sem eru staðgöngumæðrun í hag.

1. Fagannsóknir sýna mjög lítinn stuðning við þær háværu getgátur að Staðgöngumæðrun sé tilfinningalega skaðleg og/eða að misnotkun eigi sé stað á staðgöngumæðrum, börnum eða foreldrum." Þvert á þá vinsælu skoðun að hvöt staðgöngumæðra séu peningar þá kemur í ljós að þær segja að helsta ástæðan sé velgjörð (Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1984; van den Akker, 2003)

Þó að fjárhagslegar ástæður séu til staðar (innsk. í löndum þar sem leyft er að taka einhvj. greiðslu fyrir) minnstust aðeins nokkrar konur á það að fjárhagslegur ávinningur væri aðalhvötin (e.g., Hanafin, 1984; Hohman & Hagan, 2001; Migdal, 1989;) Undantekningar eru ein rannsókn Einwohnen 1997 er sýndi fjárhagslegan ávinning vera aðalhvötina hjá um 40% kvennanna en þó ekki sú eina og Baslington, 2002, en þar sögðust aðeins 21% kvenna að fjárhagslegan ávinningur væri helsta hvötin.

2. Sýna rannsóknir því að helsta hvötin er samúð með barnleysi og vilja hjálpa öðrum að upplifa gleði foreldrahlutverksins. Sumar vilja gera eitthvað sem er einstakt sem fyllir þær stolti (Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997, Hanafin, 1984) eða styrkir hjá þeim sjálfsmatið (van den Akker, 2003)
3. Fræðileg umræða hefur farið inná það að tilheyra lágstétt eða hafa mjög litla innkomu geti valdið misnotkun á fátækum konum með tilliti til staðgöngumæðrunar (e.g., Tangri & Kahn, 1993; Ciccarelli, 1997). Því er oft haldið fram að staðgöngusamkomulag geti notfæri sér ungar, einhleypar og fátækar konur (Ciccarelli, 1997). En rannsóknir styðja það ekki því flestar staðgöngumæður (innsk.á vesturlöndum) eru á þrítugs eða fertugsaldri, hvítar, kristnar og giftar með eigin börn (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Kleinpeter & Hohman, 2000; Ragone, 1996; van den Akker, 2003) Taka skal fram að ástæðan fyrir þessu getur verið sú að valið er úr hvaða konur geta verið staðgöngumæður af fagstofnunum. En er þetta einmitt gert til að koma í veg fyrir að fátækar, ungar konur er tilheyra minnihlutahópum séu misnotaðar (Ciccarelli, 1997)
4. Staðgöngumæður segjast alla jafna vera mjög ánægðar með reynslu sína af því að hafa verið staðgöngumóðir. Það hefur áhrif, hver reynsla er fyrir og eftir fæðingu, samskiptin við verðandi foreldra og hvort væntingum sé mætt, á það hve mikil ánægjan sé hjá staðgöngumóðurinni (Ciccarelli, 1997) Nokkrar rannsóknir sýna að staðgöngumóðirin myndar samband við verðandi foreldra frekar en barnið (Baslington, 2002; Ciccarelli,

1997; Hohman & Hagan, 2001; Ragone, 1996). Því eru það gæði sambandsins við verðandi foreldra sem á stærstan þátt í að ákvarða hve ánægð staðgöngumóðirin er með reynsluna (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001)

5. Svo að segja allar staðgöngumæður í rannsóknunum reynast eiga barn eða börn, meirihluti er giftur eða í sambúð (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997). Þó svo að neikvæðni frá einhverjum fjölskyldumeðlimum gæti (Van den Akker, 2001) sjá staðgöngumæður lífsreynsluna alla jafna sem jákvæða fyrir nánustu fjölskyldumeðlimi, sérstaklega börn þeirra (Ciccarelli, 1997) eða í versta falli segja að börnin hafi ekki hlotið neikvæða reynslu af (Hohman & Hagan, 2001) Helmingur Staðgöngumæðranna í rannsókn Ciccarelli's frá 1997 skýra frá því að þær hafi orðanar nánari öðrum fjölskyldumeðlimi vegna reynslu sinnar og um 75% tóku fram að reynslan hefði verið mjög jákvæð börnum þeirra.
6. Mildar neikvæðar upplifanir af staðgöngumæðrun eiga sér eflaust stað hjá flestum staðgöngumæðrum. Er þá helst verið að tala um líkamleg óþægindi þess að vera þungaður sem margar þungaðar konur finna fyrir. Konur sem ákveða að vera staðgöngumæður hafa alla jafna góða ástæður fyrir því að geta búist við eðlilegri og töluvert auðveldri meðgöngu (innsk. því valdar eru konur sem hafa átt vandamálausar meðgöngur áður). Flestar upplifa þó hefðbunda þreytu og verki og sumar upplifa vandamál er gera meðgönguna erfiða (Ciccarelli, 1997) Það að fagaðilar veiti staðgöngumæðrum stuðning og ráðgjöf á meðan á meðgöngu stendur og eftir fæðingu er ákjósanlegt og eykur líkurnar á háu ánægjustigi hjá staðgöngumóðurinni (Ciccarelli, 1997)
7. Skoðun á gögnum sýnir að börn getin með glasafrjóvgun sýna á stigum bernsku til unglingsára sama hugræna þroskann og önnur börn, stundum meiri félagsfærni og aukna samskiptahæfileika (McMahon, Ungerer, Beaupaire, Tennant et al., 1995; Van Balen, 1998).
8. Sumar rannsóknir sýna einnig að reynsla af ófrjósemi og því að hafa fengið tæknilega hjálp við henni (ARTs) stuðli að mjög góðum tengslum milli foreldra og barns (Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie, & Saunders, 2000; Hahn & DiPietro, 2001; VanBalen, 1996). Í rannsókn (Golombok, Murray, Brinsden, & Abdalla, 1999) þar sem bornar voru saman fjölskyldur þar sem eggjagjöf/sæðisgjöf kom við sögu, glasafrjóvgunar-fjölskyldur og ættleiðing, kom ekki fram neinn marktækur munur á umönnun foreldra né nein áhrif á sálfræðilega aðlögun (psychological adjustment) barna þriggja og hálfis árs til átta ára.
9. Hjón sem leituðu til staðgöngumæðra höfðu alla jafna reynt allar aðrar leiðir til barneigna og hafa lifað með það álag sem fylgir ófrjósemi árum saman, sjá Ciccarelli and Ciccarelli.

Hér að neðan er upprunalegi textinn í samantektinni, á frummálinu:

"Moreover, empirical data offer little support for widely expressed concerns about contractual parenting being emotionally damaging or exploitative for surrogate mothers, children or intended/social parents"

"Contrary to popular beliefs about money as a prime motive, surrogate mothers overwhelmingly report that they choose to bear children for others primarily out of altruistic concerns (Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1984; van den Akker, 2003). Although financial reasons may be present, only a handful of women mention money as their main motivator (e.g., Hanafin, 1984; Hohman & Hagan, 2001; Migdal, 1989; for exceptions see Einwohner, 1989, in which 40% of women state the fee was their main, although not their only, motivator and Baslington, 2002, in which 21% only mentioned money as a motivator). Rather, the women have empathy for childless couples and want to help others experience the great joy of parenthood. Also, some want to take a special action and, thereby, gain a sense of achievement (Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997, Hanafin, 1984) or enhance their self-esteem (van den Akker, 2003)"

"Scholarly discussions of social class and socioeconomic issues have deplored the potential for exploitation of poor women as surrogate mothers (e.g., Tangri & Kahn, 1993; Ciccarelli, 1997). It is often implied that surrogacy contracts could exploit poor, young, single, or ethnic minority women (Ciccarelli, 1997). Yet, the data do not support this since, in fact, most surrogate mothers are in their twenties or thirties, White, Christian, married, and have children of their own (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Kleinpeter & Hohman, 2000; Ragone, 1996; van den Akker, 2003). However, our discussions with surrogacy agencies and professionals (e.g., Center for Surrogate Parenting, H. Hanafin, personal communication, November 12, 1997) suggest that it is likely that surrogate demographics are due, at least in part, to the screening which is utilized by surrogacy agencies in selecting candidates to be surrogates. These screening procedures are specifically designed to circumvent arguments that the process could be exploitive of poor, young, ethnic women (Ciccarelli, 1997)."

"Surrogate mothers generally report being quite satisfied with their experiences as surrogate". "Nevertheless, pre- and post-birth experiences, relationship with the contracting couple, and whether expectations about surrogacy are met are important influences on the surrogate mothers' level of satisfaction (Ciccarelli, 1997). Several studies confirm that the surrogate mother generally forms a relationship with the couple rather than the child (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001; Ragone, 1996)"
"Thus, it is the quality of the relationship with the couple that largely determines the surrogate mother's satisfaction with her experience (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001)"

"Almost all surrogate mothers identified in the literature have a child or children of their own, and the majority are married or with a partner (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997). Although family disapproval is not absent entirely (van den Akker, 2001), surrogate mothers perceived their decision to bear a child for a couple as having a positive effect on close family members, in particular their children (Ciccarelli, 1997), or at worst perceive their own children as not being negatively impacted by the experience (Hohman & Hagan, 2001). Half of the women in Ciccarelli's (1997) study reported becoming closer to a family member as the result of the surrogacy experience and nearly three-quarter of the surrogates indicated that the experience affected their own children in a positive way."

"Mild and transient negative repercussions of the surrogacy experience probably occur in varying degrees for all women. Most are general side effects of pregnancy that involve physical discomfort, experienced by all birth mothers. Women who become surrogate mothers usually have good reason to believe they will have normal, relatively easy pregnancies, but all experience routine aches and pains and some experience complications that may lead to a difficult pregnancy

(Ciccarelli, 1997) Professional support and intervention, including therapy, before and during the surrogacy process may maximize satisfaction rates among surrogates (Ciccarelli, 1997)"

"Reviews of the literature suggest that IVF children in developmental stages from infancy through adolescence show comparable cognitive functioning to other children and in some cases score higher in social and communication skills (McMahon, Ungerer, Beaupaire, Tennant et al., 1995; Van Balen, 1998). Some studies even suggest that the experience of infertility and use of Assisted Reproductive Technologies (ARTs) actually may be beneficial for parent-child relationships (Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie, & Saunders, 2000; Hahn & DiPietro, 2001; VanBalen, 1996). One study (Golombok, Murray, Brinsden, & Abdalla, 1999) comparing egg donation, donor insemination, adoptive families, and IVF families reported no overall differences among groups in quality of parenting or psychological adjustment of children aged three and a half to eight."

"Couples who choose this option usually have exhausted more traditional alternatives, and have lived with the stress of infertility for years. As elaborated in Ciccarelli and Ciccarelli"

Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er birtust í Journal of Social Issues, march 2005.

Surrogacy: the experiences of surrogate mothers

Vasanti Jadv¹, Clare Murray, Emma Lycett, Fiona MacCallum and Susan Golombok

City University, London, United Kingdom

¹To whom corresponding should be addressed at: Family and Child Psychology Research Centre, City University, Northampton Square, London EC1V 0HB, UK. E-mail: V.Kerai@city.ac.uk

BACKGROUND: This study examined the motivations, experiences and psychological consequences of surrogacy for surrogate mothers. **METHODS:** Thirty-four women who had given birth to a surrogate child approximately 1 year previously were interviewed by trained researchers, and the data rated using standardized coding criteria. Information was obtained on: (i) reasons for the woman's decision to become a surrogate mother; (ii) her retrospective view of the relationship with the commissioning couple before the pregnancy, during the pregnancy, and after the birth; (iii) her experiences during and after relinquishing the child; and (iv) how others reacted to her decision to become a surrogate mother. **RESULTS:** It was found that surrogate mothers do not generally experience major problems in their relationship with the commissioning couple, in handing over the baby, or from the reactions of those around them. The emotional problems experienced by some surrogate mothers in the weeks following the birth appeared to lessen over time. **CONCLUSIONS:** Surrogate mothers do not appear to experience psychological problems as a result of the surrogacy arrangement.

Key words: experiences/motivations/psychology/surrogacy/surrogate mother

Introduction

The practice of surrogacy, whereby one woman bears a child for another woman, is one of the most controversial procedures in the field of assisted reproduction. Media coverage of surrogacy arrangements has tended to focus on the negative aspects of surrogacy, such as the 'Baby M' case in the United States where the surrogate mother refused to relinquish the child (New Jersey Supreme Court, 1987). There are two types of surrogacy: partial (genetic), and full (gestational). With partial surrogacy, the surrogate mother is also the genetic mother of the child, and conception usually occurs by artificial insemination using the commissioning father's sperm. With full surrogacy, the commissioning couple are the genetic parents of the child and conception takes place at a clinic through IVF.

There has been considerable unease regarding the potentially adverse effects of surrogacy for surrogate mothers. For example, it has been suggested that relinquishing the child may be extremely distressing and may result in psychological problems (British Medical Association, 1996). It has also been feared that the surrogate mother may form a bond with the baby prenatally that would make it particularly difficult for her to hand over the child to the commissioning parents. On the other hand, it has been proposed that surrogate mothers may tend to distance themselves from the unborn baby, believing that the child they carry is not theirs (Ragoné, 1994). Such a detachment may make them more likely to put themselves and the unborn child's health at risk (British Medical

Association, 1996). For those women who do relinquish the child, the risk of post-natal depression, as well as feelings of anger or guilt, may add further strain to the woman's psychological health. Whether or not the commissioning couple was known to the surrogate mother prior to the surrogacy arrangement, and whether or not the surrogate mother is the genetic mother of the child, are also factors that may influence the psychological well-being of surrogate mothers. Furthermore, it has been argued that surrogacy may exploit women from a more economically disadvantaged background (Blyth, 1994), such that women may enter into a surrogacy arrangement because of financial hardship without being fully aware of the potential risks (Brazier *et al.*, 1998).

Other concerns relating to surrogacy include the impact on the surrogate mother's partner, her parents and any existing children. The British Medical Association, in its review of surrogacy practice in the UK, emphasized the importance of partners of surrogate mothers giving their full support during the arrangement and after the birth of the baby. Where the surrogate mother has children of her own, the British Medical Association suggests that children should be informed about the arrangement beforehand, as the disappearance of the baby after the birth may cause them distress (British Medical Association, 1996). It has also been suggested that surrogate mothers may become ostracised or be shunned by disapproving neighbours and friends (Blyth, 1994), which may have an adverse effect on the psychological well-being of some surrogate mothers and their families.

Very little research has been conducted on the experiences of surrogate mothers. Only a handful of studies have included interviews with women about their experiences of surrogacy and their reasons for choosing to be a surrogate mother. From a sample of 19 surrogate mothers, it was found that there were many different reasons for the decision to become a surrogate mother, such as financial gain, enjoyment of pregnancy/childbirth, and obtaining a sense of self worth and value (Blyth, 1994). It was also found that 10 of the 19 surrogate mothers experienced some form of negative response from those around them. The sample consisted of women who were at different stages of the surrogacy process; that is, some women were interviewed whilst pregnant, whereas others had given birth to a surrogate child who had reached school age. All of the women had been recruited through a United Kingdom surrogacy agency, though this may not give a true representation of all surrogate mothers as not all surrogacy arrangements are made through an agency. In some cases, surrogate mothers are relatives or friends of the commissioning couple. An American qualitative study (Ragoné, 1994) also examined the motivations for surrogate mothers deciding to embark upon surrogacy. Ragoné found that payment was not an important motivating factor. Instead, women tended to report more altruistic reasons.

The existing research on the views and experiences of surrogate mothers has tended to examine small, sometimes biased, samples. The aim of the present investigation was to obtain systematic information from a representative sample of surrogate mothers who had given birth to a surrogate child approximately 1 year prior to interview. Findings relating to the commissioning couples' experiences of the surrogacy arrangement are reported elsewhere (MacCallum *et al.*, 2003; Golombok *et al.*, submitted).

Materials and methods

Participants

Thirty-four surrogate mothers of 1-year-old babies took part in the study and were recruited in two ways. Nineteen of the women were surrogate mothers for commissioning parents already participating in an ongoing study and were informed about the study by the couple. Fifteen of the women were recruited through the United Kingdom surrogacy organisation Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS). All surrogate mothers who were registered with COTS and had given birth to a baby approximately 1 year previously were asked to participate in the investigation.

Although it was not possible to calculate an exact response rate because of overlap between the two recruitment methods, and also because not all of the commissioning parents wished to approach the surrogate mother about the research, a response rate of 76% was obtained for those recruited through COTS. It was estimated that 68% of those approached by the commissioning couple agreed to take part.

Nineteen (56%) of the women had undergone a partial surrogacy arrangement, and 15 (44%) had had a full surrogacy arrangement. Seven women (21%) were known surrogate mothers (i.e. sister, friend, or mother), and 27 (79%) were previously unknown to the commissioning couple (i.e. met through a third party). Sociodemographic information is presented in Table I.

Table I. Sociodemographic information

Parameter	No. of cases
Age of surrogate mother (years) ^a	34 ± 5.44
<i>Own children</i>	
Yes	32 (94)
No	2 (6)
<i>Marital status</i>	
Married/co-habiting	23 (67)
Non-co-habiting partner	5 (15)
Single	6 (18)
<i>Social class</i>	
Professional/managerial	4 (12)
Skilled/non-manual	9 (26)
Skilled manual	7 (21)
Partly skilled/unskilled	14 (41)
<i>Surrogate working status</i>	
No	14 (41)
Part-time	14 (41)
Full-time	6 (18)
<i>No. of previous surrogate births</i>	
0	29 (85)
1	1 (3)
2	1 (3)
3	3 (9)
<i>Type of surrogacy</i>	
Partial (genetic)	19 (56)
Full (non-genetic)	15 (44)
<i>Surrogate mother</i>	
Known surrogate	7 (21)
Unknown surrogate	27 (79)

^aValue is mean ± SD.

Values in parentheses are percentages.

Measures

The surrogate mothers were administered a standardized semi-structured interview in their own homes around the time of the child's first birthday. Interviews were conducted by trained researchers, and each variable was rated using strict standardized coding criteria. The interview procedure was adapted from a standardized interview developed by the same authors for a study of commissioning couples (see MacCallum *et al.*, 2003; Golombok *et al.*, submitted). The women were asked about their motivation to become a surrogate mother; their relationship over time with the commissioning couple and the child; their experiences during and after relinquishing the child; and their openness with family and friends about the surrogacy.

Motivations for surrogacy

The women were asked when they had first decided to become a surrogate mother (coded in years). What had first caused them to think about surrogacy was coded into one of three categories: 'media coverage'; 'suggested by friend/family member'; and 'long-term awareness of surrogacy'. They were also asked what their reasons were for choosing to become a surrogate mother, and each of the following variables was assigned a 'yes' or 'no' rating according to the surrogate mothers responses: 'self-fulfilment'; 'wanted to help others'; 'love being pregnant'; and 'payment'. Where more than one reason had been given, this was also rated.

Relationship and frequency of contact with the commissioning couple before the birth

The surrogate mothers were asked to recall their relationship with the commissioning couple before treatment had begun, during the first few months of the pregnancy, and during the last few months of the pregnancy. For the latter two time periods, ratings were obtained separately for the relationship with the commissioning mother and father. Surrogate mothers' description of the relationship was rated according to one of three categories: 'harmonious'; 'dissatisfaction or coldness'; and 'major conflict or hostility'. 'Harmonious' was coded when the surrogate mother described a warm or friendly relationship with co-operation on both sides; 'dissatisfaction or coldness' was coded when minor disagreements had arisen between the parties or when little communication or warmth was apparent; and a rating of 'major conflict or hostility' was coded when evidence of arguments or a breakdown in communication was present. Thus, the relationship between the surrogate mother and the commissioning parents was rated on a continuum ranging from no difficulties through moderate difficulties (associated with either dissatisfaction or coldness) to severe difficulties. The frequency of contact between the couple and the surrogate mother at the start and at the end of the pregnancy was also recorded separately for the commissioning mother and father. In addition, the surrogate mother was asked how involved the commissioning mother and father had been during the pregnancy. This was rated according to one of three categories for mothers and fathers separately: 'no or little involvement'; 'moderately involved'; and 'very involved'. 'No or little involvement' was coded when the commissioning mother or father had very little contact with the surrogate mother during her pregnancy. 'Moderately involved' was coded when the commissioning mother or father showed some interest in the pregnancy by attending some scans or antenatal appointments, and a rating of 'very involved' was coded when the commissioning mother or father attended all of the scans or were aware of all the appointments and would discuss the appointments with the surrogate mother if unable to attend. Surrogate mothers were also asked whether they were happy with the level of involvement that they had received from each parent. Their responses were coded according to one of three categories for mothers and fathers separately: 'yes - happy with involvement'; 'No - too much involvement'; and 'No - not enough involvement'.

Experiences during and after relinquishing the child

Data were obtained about the handing over of the child to the commissioning couple. Who decided when it should take place was rated categorically with responses being assigned to one of the following: 'mutual agreement'; 'determined by surrogate mother'; and 'determined by commissioning couple'. Whether the surrogate mother was happy with the decision was rated as either 'yes' or 'no'. In addition, whether the surrogate mother had any doubts about handing over the child was coded according to one of three categories: 'no doubts' 'surrogate had doubts'; and 'surrogate reluctant to relinquish child'.

Information was also obtained from surrogate mothers about how relinquishing the child had affected them in the year following the birth. They were asked to recount their feelings in the weeks following the birth, a few months following the birth, and how they felt currently (1 year on). These data were rated on a four-point scale, ranging from: 1, 'No difficulties', where the surrogate mother showed no sign of being upset; 2, 'Some difficulties' where the surrogate mother described having been or being upset but believed that the feelings were short term; 3, 'Moderate difficulties' where the surrogate mother described feeling very depressed or

anxious, but was still able to work or manage the house; and 4, 'Major difficulties' where she felt so depressed or anxious that she was unable to function.

In addition, the surrogate mothers were asked whether they had sought medical help for psychological problems and whether they had taken any medication to treat such problems. Data were obtained separately for periods before and after the surrogacy birth. The Edinburgh Depression Scale (Thorpe, 1993) was also completed by surrogate mothers. This is a reliable and valid measure of post-natal depression where higher scores represent greater difficulties.

Frequency of contact with the couple and the child following the birth

The frequency of contact with the commissioning family since the birth was obtained separately for the commissioning mother, the commissioning father and the child. The surrogate mother was also asked what role she would play in the child's life, and this was coded separately for known and unknown surrogate mothers. Known surrogate mothers were categorized according to one of two options: 'involvement appropriate to their relationship status' (i.e. not differing from their role had they not been the surrogate mother); or 'play a special role' (i.e. being the child's godmother or being involved in the child's welfare). For unknown surrogate mothers, this variable was categorized according to one of four options: 'no involvement with the family'; 'contact with the parents but not the child'; 'contact with the child'; and 'play a special role' (e.g. attending significant events in the child's life such as birthday parties). In addition, the surrogate mother was asked how she viewed the relationship between herself and the child. The relationship was rated with respect to three categories: 'no special bond' (coded when the surrogate mother reported that she had no feelings towards the child); 'special bond' (coded when the surrogate mother reported that the child was special to her). and 'like own child' (coded when the surrogate mother saw the child as her own).

Openness about surrogacy

Surrogate mothers were asked whom they had told about the surrogacy arrangement, and how much they had told. Data were obtained separately for the responses of family, friends and, where applicable, the responses of their partners and children. The reactions of those who had been told were coded separately for how they felt when initially told, and how they felt currently. Responses were rated according to one of three categories: 'Positive' (when the individual was encouraging of, or pleased about, the surrogacy arrangement); 'Neutral/Ambivalent' (when the individual was unconcerned about the arrangement, or when mixed feelings were displayed); and 'Negative' (when the individual was unhappy about the arrangement, or felt hostile towards the commissioning couple or surrogate mother because of the surrogacy arrangement). With respect to surrogate mothers' partners and their own children, information was obtained about their reaction during the pregnancy and children's reactions at the time of the handover. For those women who had a partner who lived with them, information was also obtained on how supportive their partner was, and whether there were any particular difficulties for them during the surrogacy process. In addition, the women were asked to complete the Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS) (Rust *et al.*, 1990); this is a reliable and valid questionnaire assessment of the quality of the marital relationship with higher scores indicating poorer marital quality.

Results

Results are reported as cases and percentages. For the variables relating to experiences during and after relinquishing the child and frequency of contact with the couple and the child following the birth, differences between partial (genetic) and host (non-genetic) pregnancies, and known and unknown surrogate mothers, were assessed using *t*-test and chi-square analyses. Only those comparisons that were statistically significant are reported below.

Motivations for surrogacy

On average, the women had decided to become a surrogate mother 6.21 years before the time of interview, the longest time being 20 years, and the shortest 1 year. Twenty-three (68%) of the women had first heard about surrogacy from the media, five (15%) had first heard about it from a family member or a friend, and six (17%) reported a long-term awareness of surrogacy (Table II). Some women gave multiple reasons for

Table II. Motivations for surrogacy

Situation	Number of cases
<i>First heard about surrogacy</i>	
Media coverage	23 (68)
Suggested by friend/family member	5 (15)
Long-term awareness of surrogacy	6 (17)
<i>Motivation</i>	
Wanting to help a childless couple	31 (91)
Enjoyment of pregnancy	5 (15)
Self-fulfilment	2 (6)
Payment	1 (3)

Values in parentheses are percentages.

their decision to become a surrogate mother. The most common motivation reported by 31 (91%) women was 'wanting to help a childless couple', five (15%) gave 'enjoyment of pregnancy' as a reason for opting for surrogacy, and two (6%) gave 'self-fulfilment'. Only one surrogate mother (3%) said that payment was a motivating factor.

Relationship and frequency of contact with the commissioning couple before the birth

Relationship with couple

The surrogate mothers' retrospective views of the relationship with the commissioning couple at three different time points are shown in Table III. Before the pregnancy, all of the surrogate mothers felt that they had a 'harmonious' relationship with the commissioning couple. At the start of the pregnancy, 33 (97%) surrogate mothers reported having a 'harmonious' relationship with the commissioning mother, with only one mother (3%) reporting her relationship as having 'major conflict or hostility'. Thirty-two (94%) surrogate mothers reported having a 'harmonious' relationship with the father at the start of the pregnancy, with one woman (3%) describing the relationship as having some 'dissatisfaction or coldness', and one woman (3%) describing 'major conflict or hostility' (the partner of the commissioning mother who also obtained this rating).

During the last few months of the pregnancy, 33 (97%) surrogate mothers felt that they had a 'harmonious' relationship with the commissioning mother, and 32 (94%) felt that they had a 'harmonious' relationship with the commissioning father. None of the women reported having a relationship characterized by 'major conflict or hostility' with either the commissioning mother or the commissioning father.

Table III. Relationship, frequency of contact and involvement with couple before and during pregnancy

Situation	Relationship with couple		First 3 months of pregnancy		Last 3 months of pregnancy	
	Before pregnancy		Mother	Father	Mother	Father
	Mother	Father	Mother	Father	Mother	Father
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Harmonious	34 (100)	34 (100)	33 (97)	32 (94)	33 (97)	32 (94)
Dissatisfaction/Coldness	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (3)	2 (6)
Major conflict or hostility	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Frequency of contact with the couple during the pregnancy						
	Mother		Father			
	Beginning of pregnancy	End of pregnancy	Beginning of pregnancy	End of pregnancy		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Not at all	1 (3)	2 (6)	1 (3)	3 (9)		
At least once a month	24 (71)	24 (71)	22 (65)	22 (65)		
At least once in 3 months	9 (26)	8 (23)	11 (32)	9 (26)		
Involvement of commissioning parents						
	Mother		Father			
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
No or little involvement	0 (0)	3 (9)				
Moderately involved	6 (17)	16 (47)				
Very involved	28 (83)	15 (44)				
Happy with involvement						
	Mother		Father			
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Yes, happy with involvement	32 (94)	32 (94)				
No, too much involvement	0 (0)	0 (0)				
No, not enough involvement	2 (6)	2 (6)				

Table IV. Experiences during and after relinquishing the child

Situation	n (%)		
Decision of when to hand over the child			
Mutual agreement	31 (91)		
Determined by surrogate mother	3 (9)		
Determined by commissioning couple	0 (0)		
Happy with decision?			
Yes	34 (100)		
No	0 (0)		
Surrogate mothers doubts or difficulties at handover			
No doubts	34 (100)		
Surrogate had doubts	0 (0)		
Surrogate reluctant to relinquish child	0 (0)		
Difficulties experienced by surrogate mothers in the year following the birth			
	Initially after handover	Few months after handover	1 year after handover
	n (%)	n (%)	n (%)
No difficulties	22 (65)	29 (85)	32 (94)
Some difficulties	11 (32)	5 (15)	2 (6)
Moderate difficulties	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Major difficulties	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Psychological contacts	Before surrogacy		After birth of the child
	n (%)		n (%)
None	31 (91)		30 (88)
General practitioner	2 (6)		3 (9)
Outpatient clinic	1 (3)		1 (3)

Frequency of contact

During the first three months of pregnancy, 24 (71%) surrogate mothers saw the commissioning mother at least once a month, and a similar proportion ($n = 22$; 65%) saw the commissioning father at least once a month. One surrogate mother reported not seeing the couple at all in the first few months, and the remainder had seen the couple at least once during this time period.

Towards the end of the pregnancy, similar proportions (71 and 65%) of surrogate mothers saw the commissioning mother and father respectively at least once a month. However, the number who had not seen the couple had increased to two women (6%) not having seen the commissioning mother, and three women (9%) not having seen the commissioning father.

Involvement

The majority of women ($n = 28$; 83%) felt that the commissioning mother was very involved in the pregnancy, and the remainder believed that she was moderately involved. The majority ($n = 32$; 94%) were happy with the level of involvement of the mother, while the remaining two (6%), both of whom were previously unknown surrogate mothers, believed it was not enough.

In contrast, the commissioning fathers were less involved in the pregnancy. Fifteen women (44%) felt that the commissioning fathers were very involved with the pregnancy, a further 16 (47%) felt that they were moderately involved, and three (9%) felt that they had no or little involvement. Despite the lower level of involvement, the majority of women ($n = 32$; 94%) were happy with the degree of involvement of the

commissioning father, with only two women (6%) believing that it was not enough.

Experiences during and after relinquishing the child

The results of the surrogate mothers' experiences during and after relinquishing the child are summarized in Table IV. In 31 cases (91%), the decision of when to hand the child over was the result of a mutual agreement between the couple and the surrogate mother. In three cases (9%), the surrogate mother had decided when the child was to be handed over. All of the women were happy with the decision reached about when to hand over the baby, and none had experienced any doubts or difficulties whilst handing over the baby.

How the women recalled feeling at three different time points over the following year is also shown in Table IV. Eleven women (32%) experienced some difficulties in the weeks following the handover, and one surrogate mother experienced moderate difficulties. The remainder reported no difficulties. Five women (15%) reported some difficulties a few months after the handover, and the remaining 29 (85%) reported no difficulties. The number reporting some difficulties had decreased to only two (6%) at one year on, with 32 (94%) reporting no difficulties. The comparison between known and unknown surrogate mothers showed that a significantly higher proportion of known surrogate mothers reported some difficulties at 1 year after the birth ($\chi^2 = 8.19$, $P < 0.01$). The difference in the proportion of known and unknown surrogate mothers who reported some difficulties was 0.40, representing a small to medium effect size (Rosenthal and Rubin, 1982).

Table V. Frequency of contact with the couple and the child following the birth

Situation	Mother <i>n</i> (%)	Father <i>n</i> (%)	Child <i>n</i> (%)
Frequency of contact			
Not at all	7 (21)	7 (21)	8 (24)
At least once a month	11 (32)	9 (26)	11 (32)
Once a month to once in the last year	16 (47)	18 (53)	15 (44)
			<i>n</i> (%)
Relationship with child: known surrogate			
Special role			3 (43)
No difference in relationship			4 (57)
Relationship with child: unknown surrogate			
Special role			5 (15)
Contact with child			14 (52)
Contact with parents only			4 (15)
No contact with family			5 (18)
Feelings towards the child	Known surrogate mother <i>n</i> (%)	Unknown surrogate mother <i>n</i> (%)	
Special bond	6 (86)	8 (30)	Fisher's Exact, <i>P</i> = 0.012
No special bond	1 (14)	19 (60)	
Like own child	0 (0)	0 (0)	
Telling child	Genetic surrogate mothers <i>n</i> (%)	Non-genetic surrogate mothers <i>n</i> (%)	χ^2 4.05
Should be told	17 (90)	9 (60)	<i>P</i> <0.05
Uncertain/uninvolved	2 (10)	6 (40)	
Should not be told	0 (0)	0 (0)	

Before the child was born, three (9%) women had experienced psychological problems, with two (6%) having visited a general practitioner for psychological problems and one woman having had regular contact with an outpatient clinic. Since the child was born, three women (9%) had visited a general practitioner for psychological problems and one woman (the same woman as previously) made regular visits to a clinic regarding such problems.

The mean (\pm SD) score Edinburgh Depression Scale score for the 33 women who completed the questionnaire was 4.88 ± 3.1 . The mean score for women who had undergone a full surrogacy arrangement was 4.37 ± 2.9 , and that for women who had undergone a partial surrogacy arrangement was 5.57 ± 3.34 . A *t*-test revealed no significant difference between these two means. None of the surrogate mothers obtained a score above cut-off indicative of clinical depression (Cox *et al.*, 1987).

Frequency of contact with the couple and the child following the birth

Frequency of contact

The frequency of contact between the surrogate mothers and the commissioning couple and child varied greatly following the birth of the child (Table V). Eleven women (32%) had seen the mother at least once a month, and nine (26%) had seen the father at least once a month. Seven surrogate mothers (21%) had not seen the mother or the father at all. The remainder had seen the commissioning mother and father between once and once a month during the past year.

The frequency of contact with the child showed a similar pattern, with 11 (32%) of the surrogate mothers having regular

contact of at least once a month with the child. Eight surrogate mothers (24%) had not seen the child at all since the birth, while the remaining 15 (44%) had seen the child between once and once a month in the past year.

Relationship with child

As also shown in Table V, of the seven known surrogate mothers, three (43%) expected to play a 'special role' in the child's life and four (57%) expected not to differ in their relationship with the child than had they not been the surrogate mother. Of the unknown surrogate mothers, 14 (52%) reported that they expected to have contact with the child, and four (15%) reported that they would play a 'special role' in the child's life. Four (15%) said that they would maintain contact with the parents but not with the child, and five (18%) unknown surrogate mothers said that they would have no involvement with the family.

Thirty-two (94%) surrogate mothers were happy with the level of contact with the child, but two women (6%) reported that the level of contact with the child was insufficient. In terms of how the surrogate mother felt towards the child currently, 14 (41%) reported feeling a 'special bond' towards the child, and 20 (59%) felt that there was no such 'special bond'. None of the women reported feeling that the child was like their own. Comparing 'known' to 'unknown' surrogate mothers, the former were significantly more likely to feel a special bond towards the child (Fisher's Exact test, *P* = 0.012). Six (86%) known surrogate mothers felt a special bond, in comparison with eight (30%) unknown surrogate mothers. The difference in the proportion of known and unknown surrogate mothers who felt a special bond was 0.56, representing a medium effect size (Rosenthal and Rubin, 1982).

Table VI. Openness about surrogacy

Attitude	Family		Friends		Partner			Child		
	First told <i>n</i> (%)	Currently <i>n</i> (%)	First told <i>n</i> (%)	Currently <i>n</i> (%)	First told <i>n</i> (%)	At pregnancy <i>n</i> (%)	Currently <i>n</i> (%)	At pregnancy <i>n</i> (%)	At handover <i>n</i> (%)	Currently <i>n</i> (%)
Positive	16 (48)	25 (76)	25 (74)	30 (88)	12 (57)	19 (83)	22 (96)	26 (81)	28 (88)	28 (88)
Neutral/ Ambivalent	15 (46)	7 (21)	8 (24)	4 (12)	5 (24)	3 (13)	1 (4)	5 (16)	3 (9)	4 (12)
Negative	2 (6)	1 (3)	1 (3)	0 (0)	4 (19)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

With regards to whether or not the child should be told about his or her origins, 26 surrogate mothers (77%) felt that the child should be told, while the remaining eight (23%) felt either uncertain or that the decision was not theirs to make. None of the surrogate mothers said that the child should not be told about the surrogacy. When comparing women who had undergone a partial surrogacy arrangement with those who had undergone a full surrogacy arrangement, it was found that 17 (90%) genetic surrogate mothers felt that the child should be told about the surrogacy arrangement compared with nine (60%) non-genetic surrogate mothers ($\chi^2 = 4.05$, $P < 0.05$). The difference in the proportion of genetic and non-genetic surrogate mothers who felt that the child should be told about the surrogacy arrangement was 0.30, representing a small effect size (Rosenthal and Rubin, 1982).

Openness about surrogacy

Openness with family

As shown in Table VI, one surrogate mother did not have contact with her family and was therefore not included in this section of the results. The large majority ($n = 32$; 97%) had discussed the arrangement with their family to some extent, with only one surrogate mother stating that she had not discussed the issue in this way. Two of the women reported that their family responded negatively when initially told, 15 (46%) said that their family had a neutral or mixed reactions when first told, and the remaining 16 (48%) said that their family had responded positively. The reaction of the family by the time of interview had become more positive. Twenty-five (76%) women reported that their families felt positive about the arrangement at 1 year after the birth, while seven (21%) had family members who felt neutral or had mixed feelings. Only one woman (3%) reported that her family still felt negative.

Openness with friends

The reactions of friends showed a similar pattern. When initially told, the majority of friends ($n = 25$; 74%) responded positively, eight (24%) responded neutrally or had mixed responses, and only one friend responded negatively. By the time of interview, these values had changed to 30 friends (88%) displaying a positive reaction, and four (12%) a neutral or mixed response.

Openness with partner

Of the 23 women who had a co-habiting partner at the time of interview, two had met their partner during the pregnancy. For the 21 women who had a partner at the time of deciding to

embark on surrogacy, 20 (95%) had discussed the arrangement in full with their partners, and one woman (5%) had discussed the arrangement to some extent with her partner. Twelve partners (57%) responded positively when initially told, five (24%) were neutral/ambivalent when first told, and four (19%) responded negatively.

For the remaining variables, data are reported from the 23 women who had a co-habiting partner. Nineteen (83%) reported that their partner felt positive about the surrogacy arrangement during pregnancy, three (13%) were neutral/ambivalent, and one partner (4%) felt negative. One year on, 22 women (96%) reported that their partner felt positive towards the surrogacy arrangement, and only one woman (4%) reported that her partner felt neutral/ambivalent.

With regards to the level of support the women received from their partner, the majority ($n = 20$; 87%) reported that their partner was very supportive and reliable during the surrogacy arrangement, and three (13%) stated that their partner was mostly supportive.

The GRIMS questionnaire yielded a mean score of 23.2. The raw scores were converted to transformed GRIMS scores, which range from 1 to 9, with higher scores indicating a poorer relationship. The mean score for the 23 women gave a transformed score of 3, which corresponds to a good, above-average relationship. Looking at the transformed scores individually, four women obtained a score of 6 (representing a poor relationship), and one woman a score of 9 (indicating very severe problems). The scores of the remaining 18 women reflected average or above-average marital satisfaction.

Openness with own children

At the time of interview, all of the 32 surrogate mothers who had children had discussed the arrangement with them to some extent, and the majority ($n = 29$; 90%) had explained the arrangement fully. One surrogate mother had not told her child during the pregnancy as the child was too young; however, she had since discussed the issue with him. Twenty-six (81%) women reported that their children felt positive towards the surrogacy arrangement during the pregnancy, and five (16%) reported that their children's reaction was either neutral or ambivalent.

Twenty-eight surrogate mothers (88%) reported that their child reacted positively at the time of handover, and three (9%) said that their child's reaction was either neutral or ambivalent. None of the children showed a negative response. Twenty-eight surrogate mothers (88%) reported that their children felt positive about the surrogacy arrangement at the time of

interview, and four (12%) described their children's reaction as either neutral or ambivalent.

Discussion

The findings of the present investigation suggest that surrogacy has generally been a positive experience for those surrogate mothers interviewed, and fail to lend support to claims regarding the potentially negative outcomes of surrogacy for surrogate mothers. For example, none of the women in the present study had any doubts about their decision to hand over the child to the commissioning couple. In line with previous findings (Ragoné, 1994) which showed that surrogate mothers tended to distance themselves from the fetus, the results of the present study indicated that surrogate mothers may view the child they are carrying as not theirs, thereby facilitating relinquishment.

Furthermore, the majority of surrogate mothers did not experience major problems in their relationship with the commissioning couple during the surrogacy process. Only one woman reported major conflict early in pregnancy, and this seemed to have been resolved before the birth of the child. Indeed, she reported having a positive relationship with the commissioning mother at the time of the interview. Interestingly, no differences were observed between the known and unknown surrogate mothers with regard to the quality of the relationship with the commissioning couple. In fact, many surrogate mothers who were previously unknown to the commissioning couple maintained contact with the family after the child's birth. Although the sample of known surrogate mothers was small, these results appear to suggest that unknown surrogate mothers are just as likely as known surrogate mothers to maintain a good relationship with the commissioning couple, thus dispelling fears that such an alliance between strangers will inevitably lead to problems.

A further source of unease in relation to surrogacy is the possibility of adverse psychological consequences for the surrogate mother. Although the study showed that surrogate mothers did experience some problems immediately after the handover, these were not severe, tended to be short-lived, and to dissipate with time. One year on, only two women—both of whom were known surrogate mothers—reported feeling occasionally upset. Furthermore, the Edinburgh Depression Scale showed that none of the surrogate mothers was suffering from post-natal depression at 1 year following the birth. Thus, there was no evidence of difficulties with respect to those aspects of surrogacy that have been the greatest cause for concern.

Although the present study was based on data obtained from surrogate mothers, for 19 of the women information was also available from the commissioning couple, as they had taken part in a separate longitudinal study of surrogacy (MacCallum *et al.*, 2003; Golombok *et al.*, submitted). Thus, data from the commissioning couple could be examined to validate the surrogate mothers' reports. The surrogate mothers whose commissioning couple also took part in the research all reported a positive relationship with the commissioning mother at the beginning and at the end of the pregnancy. The commissioning mothers also all reported a positive relationship

at these two time points. With regard to the relationship with the commissioning father, one of the 19 surrogate mothers reported problems. Although the respective commissioning mother did not report problems between her partner and the surrogate mother at the beginning of the pregnancy, she too reported some tension in the relationship at the end of the pregnancy.

Although it may be assumed that genetic surrogate mothers would be more likely to feel a special bond towards the child, this was not found to be the case. Genetically related surrogate mothers were, however, more likely than genetically unrelated surrogate mothers to wish the child to be told about the surrogacy arrangement. It remains to be seen how relationships will develop between the surrogate mother and the family as the child grows older, as not only will many of the children have knowledge of who their genetic or gestational birth mother is, but in many cases they will also have regular contact with her. Surrogate mothers were generally open with family and friends about the surrogacy arrangement. Although some family members and friends were negative at first, they later accepted the idea, often feeling proud of the surrogate mother. The majority of surrogate mothers reported that their partner was supportive, and that their own children reacted positively, with none of the children experiencing major problems as a result of the surrogacy arrangement.

The present investigation was based on surrogate mothers' perceptions of the surrogacy arrangement. As with any research on a controversial topic, it is not possible to rule out the risk of socially desirable responding. It is also conceivable that the aspects of the interview which relied on retrospective reporting were subject to recall bias. However, it is noteworthy that the accounts of the surrogate mothers regarding the quality of the relationship with the commissioning couple were almost identical to those of the commissioning couples themselves, suggesting that the surrogate mothers' accounts of their experiences were generally reliable. An advantage of the present investigation is that data were collected from the largest and most representative sample of surrogate mothers so far. By recruiting surrogate mothers through the surrogacy agency COTS, as well as through a parallel study of surrogacy families recruited largely through the Office of National Statistics (Office of National Statistics, 1991), the large majority of surrogate mothers in the United Kingdom whose babies were 1 year old at the time of the study were invited to participate in the research. The overall cooperation rate of over 70% thus produced a representative sample of surrogate mothers, although the possibility cannot be ruled out that those who declined to take part were experiencing greater problems than were the participants. Moreover, all of the surrogate mothers had actually given birth to children in the context of a surrogacy arrangement, whereas previous investigations have included surrogate mothers at various stages of the surrogacy process.

Overall, surrogacy appears to be a positive experience for surrogate mothers. Women who decide to embark upon surrogacy often have completed a family of their own and feel they wish to help a couple who would not otherwise be able to become parents. The present study lends little support to the commonly held expectation that surrogate mothers will experience psychological problems following the birth of the

child. Instead, surrogate mothers often reported a feeling of self-worth. In addition, surrogate mothers generally reported positive experiences with the commissioning couple, and many maintained contact with them and the child. It cannot be assumed that the generally positive views of these surrogate mothers will be maintained over time. However, the findings provide systematic information about the feelings and experiences of surrogate mothers 1 year after the birth of their most recent surrogacy child.

Acknowledgements

The authors are grateful to the Registrar General Office of the National Statistics and to Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS) for their help in recruiting families to the study. They also thank the Wellcome Trust for funding this research.

References

- Blyth, E. (1994) 'I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my life': Interviews with surrogate mothers in Britain. *J. Reprod. Infant Psychol.*, **12**, 189-198.
- Brazier, M., Campbell, A. and Golombok, S. (1998) *Surrogacy: Review for health ministers of current arrangements for payments and regulation*. No. CM 4068, Department of Health, London.
- British Medical Association (1996) *Changing conceptions of motherhood. The practice of surrogacy in Britain*. British Medical Association, London.
- Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*, **150**, 782-786.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F. and Lycett, E. Families created through a surrogacy arrangement: parent-child relationships in the first year of life. *Dev. Psychol.* (submitted).
- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadva, V. and Golombok, S. (2003) Surrogacy: the experiences of commissioning couples. *Hum. Reprod.*, **18**, 1334-1342.
- New Jersey Supreme Court (1987) In the case of baby M.
- Office of Population and Census Statistics (OPCS) and Employment Department Group. (1991) *Standard Classification of Occupations*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Ragoné, H. (1994) *Surrogate Motherhood: Conception in the heart*. Westview Press, Oxford.
- Rosenthal, R. and Rubin, D.B. (1982) A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *J. Ed. Psychol.*, **74**, 166-169.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. and Golombok, S. (1990) The GRIMS: A psychometric instrument for the assessment of marital discord. *J. Family Therapy*, **12**, 45-57.
- Thorpe, K. (1993) A study of the use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale with parent groups outside the postpartum period. *J. Reprod. Infant Psychol.*, **11**, 119-125.

Submitted on March 27, 2003; Accepted on June 13, 2003

Surrogacy: The experience of commissioning couples

Fiona MacCallum¹, Emma Lycett, Clare Murray, Vasanti Jadva and Susan Golombok

City University, London Family and Child Psychology Research Centre, Northampton Square, London EC1V 0HB, UK

¹To whom correspondence should be addressed. E-mail: F.J.MacCallum@city.ac.uk

BACKGROUND: Findings are presented of a study of families with a child created through a surrogacy arrangement. This paper focuses on the commissioning couples' reports of their experiences. **METHODS:** A total of 42 couples with a 1-year-old child born through surrogacy were assessed using a standardized semi-structured interview. Data were obtained on motivations for surrogacy, details about the surrogate mother, experience of surrogacy during pregnancy and after birth and disclosure of the surrogacy to friends and family. **RESULTS:** Couples had considered surrogacy only after a long period of infertility or when it was the only option available. Couples retrospectively recalled their levels of anxiety throughout the pregnancy as low, and relationships between the couple and the surrogate mother were found to be generally good. This was the case regardless of whether or not the couple had known the surrogate mother prior to the arrangement. After the birth of the child, positive relations continued with the large majority of couples maintaining some level of contact with the surrogate mother. All couples had told family and friends about the surrogacy and were planning to tell the child. **CONCLUSIONS:** Commissioning couples generally perceived the surrogacy arrangement as a positive experience.

Key words: commissioning couples/surrogacy

Introduction

Surrogacy is defined as "the practice whereby one woman carries a pregnancy for another person(s)... as the result of an agreement prior to conception that the child should be handed over to that person after birth" (Brazier *et al.*, 1998). In the traditional method, known as 'partial', 'straight' or 'genetic' surrogacy, the surrogate mother and the commissioning father are the genetic parents of the child and conception is through artificial insemination. However, IVF techniques mean that it is now possible to implant an embryo created by the gametes of the commissioning couple in the surrogate mother. In this situation, known as 'full', 'host' or 'gestational' surrogacy, the role of the surrogate mother is purely gestational and the child is genetically related to both of the intended parents. It is also possible that a donor egg may be used, in which case the genetic mother, the gestational mother and the intended mother are three separate people. These unique aspects of surrogacy have led to it becoming the most controversial of all the assisted reproductive techniques in recent years.

The relationship between the commissioning couple and the surrogate mother is crucial to the success of the arrangement. The surrogate mother may be either a relative or friend of the commissioning couple, or may have been unknown to them prior to the surrogacy arrangement. Some argue that surrogacy with a previously unknown surrogate mother is potentially problematic (Warnock, 2002), since to some extent all of those involved are depending on trust between strangers. In other forms of assisted reproduction involving an unknown third

party such as donor insemination or egg donation, the donor generally remains anonymous. However, in surrogacy cases, a bond must be established between the previously unknown surrogate mother and the commissioning couple, a relationship described by the founder of one UK surrogacy agency as a 'forced friendship' (Brazier *et al.*, 1998). On the other hand, surrogacy with a known surrogate mother presents the possibility that a relative or friend will be pressured into being a surrogate mother, and that this will complicate the dynamics within the family to a damaging extent. Indeed, in Israel it is illegal for the surrogate mother to be a relative of the commissioning couple (Benshushan and Schenker, 1997).

Whether the surrogate mother is known or unknown, potentially difficult issues arise associated with the involvement of the commissioning couple in the pregnancy and the birth, the handing over of the child to the commissioning couple and, importantly, the continuing contact after the birth between the surrogate mother and the commissioning couple. Professional advice about this contact is equivocal with the British Medical Association stating that "... while some people report benefits arising from maintaining contact between the parties after the birth, this will not suit everybody" (British Medical Association, 1996).

To some extent, the continuation of contact between the family and the surrogate mother will depend on whether the commissioning couple intend to disclose the facts of the surrogacy arrangement to the child. The disclosure or non-disclosure of the use of assisted conception is an area of much

debate. Studies of families created by gamete donation have found that the large majority of parents do not intend to disclose the method of conception to the child (Brewaeys, 1996; 2002), although there is some evidence of a tendency towards greater openness in recent years (S. Golombok *et al.*, unpublished data). van den Akker (2000) studied 29 women at various stages of surrogacy arrangements and found that all but one of them (97%) said they would disclose the surrogacy to their child, suggesting that surrogacy families are more open than families created through other methods of assisted reproduction. However, more than half of this sample had not yet completed the surrogacy arrangement successfully.

It has been suggested that secrecy about the conception method will damage family relationships with a consequent negative impact on the child's psychological development (Baran and Pannor, 1993; Daniels and Taylor, 1993; McWhinnie, 2001) and there is some evidence that difficulties may arise when individuals discover their donor conception in adulthood (Turner and Coyle, 2000). Also, evidence from research on adoptive families shows that children are more likely to develop emotional and behavioural problems when their parents do not communicate openly about the adoption (Howe and Feast, 2000). Insofar as the surrogacy situation resembles adoption, it could be argued that children are likely to fare better when the surrogacy is disclosed to them from a young age.

As yet, there is little empirical research on the consequences of surrogacy or the experience of going through a surrogacy arrangement. In terms of child development, a review by Serafini (2001) found no verbal or motor impairment in children born after IVF (full) surrogacy at age 2. A small number of studies have been published that interviewed commissioning couples about the experience of surrogacy. From a sample of 20 commissioning parents, Blyth (1995) reported that in all cases it had been agreed that the commissioning mother would be present at the birth of the child, all parents believed that the child should be told about the surrogacy arrangement and all intended to maintain contact in some form with the surrogate mother. However, the sample included only eight sets of couples with children, and the age of the children at interview was not reported. In addition, all the participants were volunteers recruited through the UK surrogacy agency Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS) so cannot be considered an entirely representative sample, as not all commissioning couples have contact with COTS. Other studies in the UK (van den Akker, 2000) and the USA (Ragoné, 1994) have also used samples that include commissioning couples who have not yet become parents.

The aim of the present study was to obtain systematic information from a representative sample of surrogacy families in the UK with a child aged ~1 year old. This paper focuses on commissioning couples' reports of their experience of the surrogacy arrangement. In addition to reporting on the sample as a whole, comparisons have been made between those couples who knew the surrogate mother previously and those who did not, and between those arrangements involving full

surrogacy and those involving partial surrogacy. Findings relating to the quality of parent-child relationships in surrogacy families are reported elsewhere (Golombok *et al.*, 2003).

Materials and methods

Participants

Families with a child born through surrogacy were recruited through the General Register Office of the United Kingdom Office for National Statistics (ONS). In the UK, a record is made of all families created through a surrogacy arrangement when the commissioning couple become the legal parents of the child. In the present investigation, all parents of children aged ~1-year-old who obtained legal parenthood between March 2000 and March 2002 were asked to participate in the study. A total of 58 surrogacy families were contacted. Thirty families agreed to take part, representing 60% of those who responded to the request by ONS. A total of 40% ($n = 20$) of those who responded declined to participate in the study, and no response was obtained by a further eight families. As commissioning couples who had not yet become the child's legal parents would not have been identified by ONS, all 34 parents on the register of the United Kingdom surrogacy agency COTS with a child in the same age range were also asked to take part. Twenty-six of these families agreed to participate, representing a response rate of 76%. As 14 families who responded positively to the invitation by one organization also responded positively to the other, the total number of surrogacy families recruited to the study was 42.

The mean age of the 42 mothers studied was 35 years, with the mean age of the fathers being 40 years. There were almost equal numbers of girls and boys in the group (22 boys and 20 girls) and the mean age of the children was 10.5 months. A total of 60% of the families had only one child, 31% had two children and 9% had three children. The socioeconomic status of the families was measured by the occupation of the parent with the highest-ranking position according to a modified version of the Registrar General's classification (OPCS and Employment Department Group, 1991) ranging from 1 (professional/managerial) to 4 (partly skilled or unskilled). Seventy-six per cent of families were in the professional/managerial bracket, with the remaining families equally split between the skilled non-manual and skilled manual categories.

Measures

Researchers trained in the study techniques visited the families at home. Data were obtained from the mother and the father separately by tape-recorded interview. Interviews were conducted with 100% of mothers and 69% of fathers.

The semi-structured interview focused on the couple's recall of five areas that related to their past and current experience of going through a surrogacy arrangement and each variable was rated according to strict standardized coding criteria.

Motivations for surrogacy

Information was obtained from mothers on their infertility history; i.e. how long they had been trying for a child, what diagnosis they had been given for their infertility and what first caused them to consider surrogacy. Both mothers and fathers were asked why they had opted for surrogacy rather than other fertility treatments, and whether the decision to pursue surrogacy had been reached jointly by the couple. The financial burden put on the couple by the surrogacy arrangement was also assessed.

Details about the surrogate mother

Mothers were asked for details about the surrogate mother, including whether she had been known to the couple prior to the arrangement. If the surrogate mother was known, information was obtained about; (i) who first suggested she act as a surrogate mother, and (ii) what role she would have in the child's life. If the surrogate mother was previously unknown, information was obtained about; (i) how the couple first contacted her, (ii) how long they had known her before going ahead with the surrogacy, and (iii) what role she would have in the child's life. The type of surrogacy that had been used (i.e. full or partial) was also ascertained.

Experience of surrogacy during pregnancy

Parents were questioned on their retrospective recall of feelings about the pregnancy, including any anxieties and concerns, and responses were rated according to one of four categories: 'happy', 'mild apprehension', 'mixed feelings' and 'high anxiety'. This was assessed separately for recollections of the beginning and the end of the pregnancy. Both mothers and fathers were also asked about the quality of their relationship with the surrogate mother at the beginning and the end of the pregnancy. Relationship quality was rated according to one of three categories; 'harmonious', 'dissatisfaction/coldness', 'major conflict/hostility'. In addition, the frequency of contact between the couple and the surrogate mother at the beginning and the end of the pregnancy was established from the mother's interview. Frequency of contact was coded into four categories; 'more than once a week', 'once a week to once a month', 'once a month to once every 3 months' or 'not at all'.

Experience of surrogacy after birth

Data were obtained about the handing over of the child to the commissioning parents, including when this took place, who decided when it should take place and whether either the surrogate mother or the couple had doubts at this point. Mothers were asked about the frequency of contact since the birth between the surrogate mother and the couple, and about the frequency with which the surrogate mother had seen the child. Frequency was coded as before, with the addition of an extra category for those couples who had seen the surrogate mother 'once or twice' only since the birth, which may be the case if they had only met in court for the granting of the parental order. Both mothers and fathers were questioned about their current relationship with the surrogate mother (rated in the same way as relationship during pregnancy) and also on their feelings about the surrogate mother's involvement with child, which was rated as 'positive', 'negative' or 'ambivalent'. Where there had been no contact between the couple and the surrogate mother, reasons for this lack of contact were ascertained. Couples were also asked whether they would recommend surrogacy to other couples experiencing fertility problems.

Openness about surrogacy

Mothers were asked about the extent of their disclosure to family and friends about the surrogacy arrangement, and their reasons for disclosure or non-disclosure. Reasons for disclosure were rated by coding the following variables as 'yes' or 'no', according to the mother's responses: (i) wanted to share experience; (ii) no reason not to tell; (iii) to avoid disclosure from others; and (iv) no choice but to tell.

Both mothers and fathers were questioned about whether or not they intended to tell the child about the surrogacy and, if they intended to do so, at what age they planned to start this disclosure and what their reasons were for disclosure. As for disclosure to family, the following

variables were coded as 'yes' or 'no': (i) child has right to know; (ii) to avoid disclosure from others; and (iii) no reason not to tell.

All statistical comparisons between known and unknown surrogate mother arrangements and between full and partial surrogacy arrangements were made using χ^2 analyses.

Results

Motivations for surrogacy

The mean length of time for which the couple had been trying to have a child was 7.5 years. A total of 91% of women ($n = 38$) reported that the infertility had been diagnosed as a female problem, one couple had both male and female infertility problems and for three couples the reason for the infertility remained unexplained (see Table I). The most common reason for opting for surrogacy was repeated IVF failures, reported by 43% (19) of women, with the second most common reason being that the woman had no uterus (38%, $n = 16$) as a result either of a congenital abnormality or of an emergency hysterectomy. Seven per cent (three) of the women had been told that pregnancy would be life threatening, a further 7% had suffered habitual miscarriages and 5% (one) had other problems, i.e. a prolapsed uterus.

Table Ia. Motivations for surrogacy

	Mothers %	<i>n</i>
Infertility diagnosis		
Female problem	91	38
Male and female problem	2	1
Unexplained	7	3
Why surrogacy?		
No uterus	38	16
Habitual miscarriage	7	3
Pregnancy is life-threatening	7	3
Failed IVF treatments	43	19
Other	5	1
Consider surrogacy		
Media coverage	41	17
Suggested by clinician	21	9
Suggested by family/friend	29	12
Other	9	4
Financial burden		
None	66	27
Some	27	11
Moderate	7	3

Table Ib. Decision about surrogacy

Decision about surrogacy	Mothers				Fathers			
	Initially		At treatment		Initially		At treatment	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Male decision	0	0	0	0	3	1	0	0
More male than female	9	4	0	0	10	3	7	2
Joint decision	48	20	81	34	59	17	90	26
More female than male	41	17	17	7	28	8	3	1
Female decision	2	1	2	1	0	0	0	0

Table II. Details about surrogate mother

	%	n
Surrogate mother		
Not known	69	29
Friend	14	6
Sister/sister-in-law	14	6
Other relative	3	1
Known surrogate: who suggested?		
Commissioning mother	8	1
Surrogate mother	77	10
Commissioning father	0	0
Other	15	2
Known surrogate: future role		
Appropriate to relationship status	77	10
Play 'special role'	23	3
Unknown surrogate: future role		
No involvement	10	3
Contact with parents, not child	14	4
Contact with child	66	19
Play 'special role'	10	3
Type of surrogacy arrangement		
Full	38	16
Partial	62	26

For 41% (17) of couples, the media coverage of surrogacy, such as TV documentaries or magazine articles, had first caused them to consider surrogacy as an option. A further 29% (12) of couples had first considered surrogacy after a suggestion by a friend or family member and 21% (nine) had been recommended surrogacy as an option by infertility specialists, with 9% (four) citing other sources.

In the main, mothers considered the decision to try surrogacy as either a joint decision between the couple (48%, $n = 20$) or as being more their decision than their husband's (43%, $n = 18$). Only 9% of mothers felt that their husband had at first been keener to attempt surrogacy than they had been. Data from the fathers followed a similar pattern, with 59% ($n = 17$) feeling it was a decision made jointly and 28% ($n = 8$) feeling that their wife had been the instigator. The remaining 13% ($n = 4$) of fathers reported that they had initially been keener than their wife had been. By the time the couples started treatment, the large majority (81% of mothers and 90% of fathers) felt that both partners were equally keen on surrogacy.

When asked about the financial burden caused by the treatment, two-thirds of couples (66%, $n = 27$) felt there had been no strain, while 27% ($n = 11$) reported some strain, requiring a general cutting down on expenses in order to afford the treatment. Seven per cent of couples ($n = 3$) reported there had been a definite financial burden, requiring measures such as taking out loans or borrowing from family, but these couples all used full surrogacy which involves potentially costly IVF cycles.

Details about the surrogate mother

Of the 42 couples, 69% ($n = 29$) had not known the surrogate mother prior to the arrangement (see Table II). Of the remaining 31% ($n = 13$) of surrogate mothers, 17% ($n = 7$) were family members of the commissioning mother and 14% ($n = 6$) were friends of the couple. For the known surrogate mothers, the suggestion that she act as a surrogate mother for

the couple had come from the surrogate mother herself in 77% ($n = 10$) of cases, from other people in 15% ($n = 2$) of cases and from the commissioning mother in just one case (8%). Regarding the future role of the surrogate mother, in 77% ($n = 10$) of known surrogacy arrangements, the couple and the surrogate mother agreed that she would play no special role beyond that appropriate to her relationship status with the child e.g. as aunt or family friend. For the remaining 23% ($n = 3$) of the arrangements, it was agreed that the surrogate mother would play a special role, e.g. as the child's godmother.

For unknown surrogate mothers, in all except one case, the surrogate mother and the couple had met through the surrogacy agency, COTS. Couples and unknown surrogate mothers met six times on average, and knew each other for an average of 17 weeks, before going ahead with the first attempt to conceive. Examining the two types of surrogacy separately, couples in full surrogacy arrangements had known the surrogate mother for 21 weeks on average whilst those in partial surrogacy arrangements had known her for the slightly shorter time of 16 weeks on average, but the range for both groups was the same at 2–52 weeks. Two-thirds (66%, $n = 19$) of the couples had agreed with the surrogate mother that she would have occasional contact with the child, and 10% ($n = 3$) wanted her to play a special role in the child's life, for example by attending birthday parties. A total of 14% ($n = 4$) of couples had agreed that they would keep in contact with the surrogate mother but that she would not see the child, and 10% ($n = 3$) had decided from the beginning to have no further involvement with the surrogate mother after the birth.

A total of 62% ($n = 26$) of the arrangements involved partial surrogacy and 38% ($n = 16$) of arrangements involved full surrogacy.

Experience of surrogacy during pregnancy

Table III shows parental recall of concerns for two stages of the pregnancy retrospectively. At the start of the pregnancy, 72% ($n = 30$) of mothers and 81% ($n = 22$) of fathers were categorised either as 'happy', indicating no concerns, or as having 'mild apprehension', where the parent was predominantly happy or excited but had some slight concerns, for example, about how the pregnancy would progress. A higher proportion of mothers than fathers (26% versus 15%) recalled themselves as having 'mixed feelings' but their orientation towards the pregnancy was still positive, and very few parents were rated as having 'high anxiety' where anxiety was the predominant feeling about the pregnancy. By the end of the pregnancy, the general trend for both mothers and fathers was a move towards more positive feelings. Concerns about pregnancy were compared between those with known and unknown surrogate mothers and between those with full surrogacy and partial surrogacy. No significant differences were found for either comparison.

In total, 98% ($n = 41$) of mothers and 90% ($n = 25$) of fathers recalled that they had a 'harmonious' relationship with the surrogate mother at the beginning of the pregnancy. When asked to remember their feelings at the end of the pregnancy, 95% ($n = 40$) of mothers and 86% ($n = 24$) of fathers rated their relationships with the surrogate mothers as 'harmonious'.

Table III. Experience of surrogacy during pregnancy

	Mothers at start of pregnancy		Fathers at start of pregnancy		Mothers at end of pregnancy		Fathers at end of pregnancy	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Parental concerns								
Happy	31	13	48	13	39	16	48	13
Mild apprehension	41	17	33	9	39	16	40	11
Mixed feelings	26	11	15	4	20	8	5	2
High anxiety	2	1	4	1	2	1	4	1
Relationship with surrogate mother								
Harmonious	98	41	90	25	95	40	86	24
Dissatisfaction/coldness	2	1	10	3	5	2	14	4
Major conflict/hostility	0	0	0	0	0	0	0	0
Frequency see surrogate mother								
More than once a week	26	11	19	8	31	13	22	9
Once a week to once a month	53	22	36	15	48	20	33	14
Once a month to once every 3 months	19	8	38	16	21	9	38	16
Not at all	2	1	7	3	0	0	7	3

Table IV. Comparisons of frequency of contact between known and unknown surrogate mother arrangements

		Frequency of contact					χ^2	<i>P</i>
		More than once/week	Once week- once month	Once month - once every 3 months	1 or 2 times	Not at all		
Mothers: at start of pregnancy	Known	10	2	1	N/A	0	25.14	<0.005
	Unknown	1	20	7	N/A	1		
Fathers: at start of pregnancy	Known	8	3	2	N/A	0	22.58	<0.005
	Unknown	0	12	14	N/A	3		
Mothers: at end of pregnancy	Known	11	1	1	N/A	0	25.48	<0.005
	Unknown	2	19	8	N/A	0		
Fathers: at end of pregnancy	Known	8	3	2	N/A	0	18.62	<0.005
	Unknown	1	11	14	N/A	3		
Mothers: since birth	Known	8	4	0	0	1	32.25	<0.005
	Unknown	0	2	13	11	3		
Fathers: since birth	Known	5	4	2	1	1	22.68	<0.005
	Unknown	0	1	13	13	2		

Those that were not 'harmonious' were rated as having some 'dissatisfaction or coldness' in the relationship, for example, some minor conflicts or a lack of communication, but no relationship was rated as being characterized by 'major conflict or hostility'. There was no significant difference in the quality of the relationships between parents and known surrogate mothers compared to those of parents and unknown surrogate mothers. Nor was there a significant difference between the quality of relationships in full surrogacy cases and those in partial surrogacy cases.

Throughout the pregnancy, the large majority of mothers (79%, *n* = 33) saw the surrogate mother at least once a month. Fathers had less contact with the surrogate mother, with only 55% (*n* = 23) seeing her at least once a month. Three fathers (7%) did not see the surrogate mother at all during the pregnancy. Frequency of contact did not change from the start

to the end of the pregnancy for mothers or fathers. Comparing known surrogate mother cases to unknown (see Table IV), parents who knew the surrogate mother had more frequent contact with her throughout the pregnancy than those who did not (e.g. at start of pregnancy, mothers: $\chi^2 = 25.48$, *P* < 0.005; fathers: $\chi^2 = 18.62$, *P* < 0.005). There was no significant difference in the frequency of contact according to the type of surrogacy, i.e. full or partial.

Experience of surrogacy after birth

At the child's birth, 81% of commissioning mothers (*n* = 34) were present. The other 19% (*n* = 4) were either unable to attend or chose not to. In contrast, only 31% (*n* = 13) of commissioning fathers were present, with 40% (*n* = 17) absent through choice or circumstances. In the remaining 29% (*n* = 12) of cases, the surrogate mother requested that the commis-

Table V. Experience of surrogacy after birth

	Mothers		Fathers		Children	
	%	n	%	n	%	n
Present at birth						
Chose not to/unable	19	4	40	17		
Not wanted by surrogate	0	0	29	12		
Present	81	34	31	13		
Frequency see surrogate mother						
Once a week	19	8	12	5	19	8
Once/week–once/month	15	6	12	5	14	6
Once/month–once every 3 months	31	13	36	15	31	13
Once or twice	26	11	33	14	12	5
Not at all	9	4	7	3	24	10
Relationship with surrogate mother						
Harmonious	91	38	89	25		
Dissatisfaction/coldness	9	4	11	3		
Major conflict/hostility	0	0	0	0		
Feelings about surrogate's involvement with child						
Positive	92	35	90	26		
Ambivalent	5	2	10	3		
Concerned	3	1	0	0		
Would recommend surrogacy						
No	2	1	0	0		
Uncertain	5	2	3	1		
Yes	93	39	97	28		

sioning father not be present (see Table V). On average the child was handed over to the couple by the surrogate mother within 1 day of the birth. There was only one case of a surrogate mother having slight doubts about handing the child over, with all other surrogate mothers showing no problems. Nearly all of the commissioning mothers had no difficulty accepting the baby, although one mother (involved in a partial surrogacy arrangement) did report having minor doubts initially.

A total of 91% of commissioning mothers ($n = 38$) and 93% ($n = 39$) of commissioning fathers had seen the surrogate mother at least once since the birth, although the contact between the surrogate mother and the child was slightly lower at 76% ($n = 32$). Sixty-four per cent of mothers and children ($n = 27$), and 60% ($n = 25$) of fathers, had continued to see the surrogate mother every couple of months. In respect to the current relationship with the surrogate mother, 91% ($n = 38$) of mothers and 89% ($n = 25$) of fathers reported it still to be harmonious and there were no instances or reports of major conflict. In cases where there had been contact between the child and the surrogate mother, 92% ($n = 35$) of mothers and 90% ($n = 26$) of fathers felt positive about the surrogate mother's involvement in the child's life. Two mothers and three fathers were ambivalent towards this involvement, and one mother said that she was concerned about it.

Where there was no contact between the family and the surrogate mother, this was most likely to be either by mutual agreement or because the surrogate mother did not want contact. There were no reported cases where the primary decision to stop contact was that of the parents.

Couples who knew the surrogate mother had seen her more often since the birth than couples who had not known the surrogate mother previously (mothers: $\chi^2 = 32.25$, $P < 0.005$;

fathers: $\chi^2 = 22.68$, $P < 0.005$, see Table IV), but there were no significant differences between the two groups in the quality of the current relationship between the parents and the surrogate mother. Nor were there any differences in the frequency of contact, or in the quality of the current relationship with the surrogate mother, when couples in full surrogacy arrangements were compared to those in partial surrogacy arrangements.

When asked if they would definitely recommend surrogacy to others, 93% of mothers ($n = 29$) and 97% ($n = 28$) of fathers said that they would, with only one mother stating that she would not recommend it.

Openness about surrogacy

All of the commissioning couples had told both maternal and paternal grandparents about the surrogacy arrangement, although one couple had not done so until after the child's birth. When asked for their reasons for disclosure, many mothers gave more than one response resulting in a total number of responses of greater than 100% (see Table VI). The most common reasons given for telling families were: (i) 53% ($n = 22$) of couples wanted to share the experience with the family, (ii) 48% ($n = 20$) felt there was no choice but to tell, either because it would be obvious that the mother was not pregnant or because the family was aware that it was impossible for the mother to become pregnant, and (iii) 36% ($n = 15$) saw no reason not to tell. The majority of the couples' families had reacted either positively or neutrally to the news, with only 7% ($n = 3$) of couples reporting any negative reaction from family. There were no differences in the reactions of family depending on whether the surrogate mother was known or not, or on whether the surrogacy was full or partial. All of the couples had also told at least one friend.

Table VI. Openness about surrogacy

	Mothers			
	%	<i>n</i>		
Reasons for telling family				
Wanted to share	53	22		
No choice but to tell	48	20		
No reason not to	36	15		
To avoid disclosure	19	8		
Family's reaction				
Negative	7	3		
Neutral/mixed	29	12		
Positive	64	27		
	Mothers		Fathers	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Reasons for telling child				
Child has right to know	69	29	69	20
To avoid disclosure	64	27	48	14
No reason not to	41	17	45	13

All (100%) of both mothers and fathers reported that they planned to tell the child about the surrogacy in the future. The mean age at which mothers planned to start telling was 3 years old, whereas fathers planned to tell at the slightly older mean age of 5 years. The most common reason for planning to tell the child was the view that the child has a right to know the truth. This reason was given by 69% of mothers ($n = 29$) and fathers ($n = 20$). A further reason reported by 64% ($n = 27$) of mothers and 48% ($n = 14$) of fathers was to prevent the disclosure coming from anyone else, and 41% ($n = 17$) of mothers and 45% ($n = 13$) of fathers felt that there was simply no reason not to tell the child.

Discussion

In spite of the concerns that have been commonly voiced about surrogacy, the commissioning parents had not generally found the experience of surrogacy to be problematic. However, surrogacy is by no means seen as an easy option and early fears that couples would use surrogacy 'for convenience' (HFEA, 1993) seem unfounded. The parents in this study had embarked on surrogacy either after a long period of infertility and, in many cases, repeated failed IVF treatments, or as the only way of having a child genetically related to the commissioning father when the commissioning mother had no uterus.

Media reports of surrogacy have often focused on situations where the relationship between the surrogate mother and the couple has broken down, resulting in conflict and, in extreme cases, the surrogate mother applying for custody of the child, for example the 'baby M' case (New Jersey Supreme Court, 1987). However, in this study, relationships were found to be generally good, with little sign of conflict during the pregnancy. A few couples reported having felt some dissatisfaction with the relationship in the past, for example feeling that the surrogate mother was over-exerting herself whilst pregnant, but there was no instance of this causing serious friction between

them. Commissioning mothers seemed to have been more involved than did fathers with the surrogate mother during the pregnancy in that they saw her more frequently, often accompanying her to all medical appointments, and in all cases the surrogate mother was happy for the commissioning mother to be present at the birth. This is in line with Ragoné's (1994) assertion that, in the families she studied, the role of the father during pregnancy was de-emphasized while the commissioning mother formed a strong bond with the surrogate mother and was very involved in the pregnancy. It is possible that sharing the pregnancy in this way can help the commissioning mother to feel connected to the unborn child and, in the case of partial surrogacy, to come to terms with the fact that she is not the genetic mother of the child.

It has been suggested that contact with the surrogate mother after the birth might be detrimental to the family, but this does not seem to be confirmed by the findings. Nearly two-thirds of the commissioning mothers had regular contact with the surrogate mother and the large majority of parents, even where there was not regular contact, felt that their relationship was still good. There is little evidence in support of the theory that commissioning mothers may feel insecure about the surrogate mother's involvement with the child, since nearly all of the commissioning mothers were positive about this and felt that their child would benefit from it.

It should be noted that this report is based on the commissioning couples' reports only, and it is possible that they were attempting to present the situation in the best possible light. This is particularly true in light of the fact that, for some variables, couples were reporting on their memories of experiences taking place over a year ago, and may have chosen not to recall the negative aspects. The surrogate mother's perception of the arrangement may be very different, or the surrogate mother may have encountered problems that she did not share with the commissioning couple. For example,

in Blyth's (1994) interviews with 19 surrogate mothers, five of the women studied expressed sorrow and distress about parting with the child, which the commissioning parents may not have been aware of. Therefore, in the current study the surrogate mothers themselves were interviewed where possible and data was obtained on the experience of 34 surrogate mothers (V. Jadva *et al.*, unpublished data).

All of the couples intended to disclose the facts about the surrogacy arrangement to their child at a fairly young age. This follows the pattern seen in previous studies of surrogacy (Blyth, 1995; van den Akker, 2000). In this respect, surrogacy families seem to be behaving similarly to adoptive families, where current practice is for parents to be open with the child about the adoption from as soon as the child can understand, rather than to families created through other forms of assisted reproduction, where parents tend not to be open with their child about the nature of their conception. Surrogacy families are also like adoptive families in their readiness to disclose the child's origins to their family and friends. This may be due to the fact that, as for adoptive families, the absence of a pregnancy means that the commissioning couple cannot pretend that they have had the child through natural conception. Thus, the wish expressed by some families created through gamete donation to present themselves as a 'normal' family is not an option in the case of surrogacy. Parents did not seem to see surrogacy as something to keep secret, as shown by the large numbers who reported that there was no reason not to tell the child or others.

Interestingly, there were very few differences found between the arrangements where the surrogate mother was unknown to the couple and those where she was a friend or relative. Despite couples and unknown surrogate mothers having to trust each other when they were still relative strangers, their relationship was no less likely to be harmonious than that of couples and known surrogate mothers. The fact that commissioning couples waited on average ~4 months before starting treatment suggests that both the surrogate mother and the commissioning couple were carefully considering the situation rather than hurrying into an alliance whilst still unsure. Attempts to conceive began slightly sooner after meeting in partial surrogacy arrangements than in full surrogacy arrangements, possibly for practical reasons, but there was still an average of 16 weeks between the first meeting and the first insemination attempt. In situations where the surrogate mother was a relative or friend, there was little evidence of the surrogate mother being coerced by the couple, since in over three-quarters of cases, the suggestion had come from the surrogate mother herself.

In terms of the type of surrogacy used, there were no significant differences for any of the aspects of surrogacy studied between full and partial surrogacy arrangements. This suggests that the presence or absence of a genetic link between the commissioning mother and the child does not affect her experience of surrogacy or her feelings about the surrogate mother. This result is in line with other types of assisted reproductive technology involving gamete donation where the absence of a genetic link between the mother and the child does not appear to affect her feelings about motherhood (Golombok *et al.*, 1999). Similarly, adoptive mothers of children adopted in

infancy have positive attachments towards their infants (Singer *et al.*, 1985).

Warnock (2002) described surrogacy as "an extremely risky enterprise and liable to end in tears". The findings of this study provide no evidence to support this claim. In fact, despite the potentially difficult nature of surrogacy, commissioning couples generally perceived the surrogacy arrangement as a positive experience and one that they would recommend to other people. However, it must be remembered that the children in these families were still in infancy so it is not yet known what the experiences and feelings of commissioning couples will be as their children grow older and develop the capacity to understand the circumstances of their birth. Nor is it known how the relationship between the commissioning couple and the surrogate mother will sustain and develop over time. This study represents the first stage of a longitudinal investigation in which families will be followed up to try to address these questions. It is only through such studies that the impact of surrogacy on families can be properly understood.

Acknowledgements

We are grateful to the Registrar General Office of the Office of National Statistics and to Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS) for their help in recruiting families to the study. We would also like to thank the Wellcome Trust for funding this research.

References

- Baran, A. and Pannor, R. (1993) *Lethal Secrets*. Amistad, New York, USA.
- Benshushan, A. and Schenker, J.G. (1997) Legitimizing surrogacy in Israel. *Hum. Reprod.*, **12**, 1832-1834.
- Blyth, E. (1994) "I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my life'": interviews with surrogate mothers in Britain. *J. Reprod. Infant Psych.*, **12**, 189-198.
- Blyth, E. (1995) 'Not a primrose path': commissioning parents' experiences of surrogacy arrangements in Britain. *J. Reprod. Infant Psych.*, **13**, 185-196.
- Brazier, M., Campbell, A. and Golombok, S. (1998) *Surrogacy: Review for Health Ministers of current arrangements for payments and regulation* (Cm. 4068) Department of Health, London, UK.
- Brewaeyts, A. (1996) Donor insemination, the impact on family and child development. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, **17**, 1-13.
- Brewaeyts, A. (2002) Review: Parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Hum. Reprod. Update*, **7**, 38-46.
- British Medical Association (1996) *Changing conceptions of motherhood. The practice of surrogacy in Britain*. British Medical Association, London, UK.
- Daniels, K. and Taylor, K. (1993) Secrecy and openness in donor insemination. *Politics Life Sci.*, **12**, 155-170.
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P. and Abdalla, H. (1999) Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J. Child Psychol. Psychiat.*, **40**, 519-527.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F. and Lycett, E. (2003) Families created through a surrogacy arrangement: Parent-child relationships in the first year of life. *Dev. Psychol.*, in press.
- HFEA (1993) *Code of Practice*. Human Fertilisation and Embryology Authority, London, UK.
- Howe, D. and Feast, J. (2000) *Adoption, search and reunion*. The Children's Society, London, UK.
- Lee, R. and Morgan, D. (2001) *Human fertilisation and embryology: Regulating the reproductive revolution*. Blackstone Press, London, UK.
- McWhinnie, A. (2001) Gamete donation and anonymity. Should offspring from donated gametes continue to be denied knowledge of their origins and antecedents? *Hum. Reprod.*, **16**, 807-817.
- New Jersey Supreme Court (1987) In the case of baby M.
- Office of Population and Census Statistics (OPCS) and Employment

F. MacCallum *et al.*

- Department Group (1991) *Standard Classification of occupations*. Her Majesty's Stationery Office, London, UK.
- Ragoné, H. (1994) *Surrogate Motherhood: Conception in the heart*. Westview Press, Oxford, UK.
- Serafini, P. (2001) Outcome and follow-up of children born after in-vitro fertilization-surrogacy (IVF-Surrogacy) *Hum. Reprod. Update*, **7**, 23–27.
- Singer, L.M., Brodzinsky, D. M., Ramsay, D., Steir, M. and Waters, E. (1985) Mother-infant attachment in adoptive families. *Child Dev.*, **56**, 1543–1551.
- Turner, A.J. and Coyle, A. (2000) What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Hum. Reprod.*, **15**, 2041–2051.
- van den Akker, O. (2000) The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Hum. Reprod.*, **15**, 1849–1855.
- Warnock, M. (2002) *Making babies: Is there a right to have children?* Oxford University Press, Oxford, UK.

Submitted on January 9, 2003; accepted on February 27, 2003

Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent–child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3

S.Golombok^{1,5}, C.Murray², V.Jadva¹, E.Lycett², F.MacCallum³ and J.Rust⁴

¹Centre for Family Research, University of Cambridge, Cambridge, ²Family and Child Psychology Research Centre, City University, London, ³Department of Psychology, University of Warwick, Coventry and ⁴The Psychometrics Centre, Cambridge Assessment, Cambridge, UK

⁵To whom correspondence should be addressed at: Centre for Family Research, University of Cambridge, Cambridge, UK.
E-mail: seg42@cam.ac.uk

BACKGROUND: Findings are presented of the third phase of a longitudinal study of children conceived by assisted reproduction procedures involving surrogacy and/or donor conception. **METHODS:** At the time of the child's third birthday, 34 surrogacy families, 41 donor insemination families and 41 oocyte donation families were compared with 67 natural conception families on standardized interview and questionnaire measures of the psychological well-being of the parents, mother–child relationships and the psychological well-being of the child. **RESULTS:** The differences found between family types reflected higher levels of warmth and interaction between mothers and their 3-year-old children in assisted reproduction families than in families with a naturally conceived child. A higher proportion of surrogacy parents than donor conception parents had told their children about the nature of their birth. **CONCLUSIONS:** It appears that the absence of a genetic and/or gestational link between parents and their child does not have a negative impact on parent–child relationships or the psychological well-being of mothers, fathers or children at age 3.

Key words: child development/donor insemination/oocyte donation/parenting/surrogacy

Introduction

Advances in reproductive medicine since the birth of the first baby through IVF in 1978 have resulted in more than 1 million babies conceived by assisted reproduction, and it has been estimated that in some European countries up to 5% of births are now due to assisted reproduction procedures (Vayena *et al.*, 2002). In these families, it may be expected that the circumstances of the birth may influence parents' thoughts, feelings and behaviour towards their child, particularly when donated gametes and/or a surrogate mother is involved. A concern is that parents may feel or behave less positively towards a non-genetic or non-gestational child, which may have a negative effect on the child's identity and psychological well-being.

Different types of assisted reproduction have raised specific concerns arising from the different patterns of genetic and gestational relationships between parents and the child. With respect to gamete donation, fathers, in particular, have been predicted to be more distant from a non-genetic child (Daly and Wilson, 1989; Baran and Pannor, 1993). Studies of step-parent families, which are similar to gamete donation families in that there is no genetic tie between one parent and the child, point to difficult relationships between step-parents and step-children (Hetherington and Clingempeel, 1992; Dunn *et al.*,

1998; Hetherington and Stanley-Hagan, 2002). However, the formation of a stepfamily brings with it a number of stresses that may affect the quality of parenting that are not present in gamete donation families including the disruption of a relationship with an existing parent and the need to negotiate relationships with new family members. Interestingly, Dunn *et al.* (2000) found parents in stepfamilies that included both step-children and genetically related children to be less affectionate towards, and less supportive of, their stepchildren than their own biological children. Nevertheless, gamete donation families differ from stepfamilies in important ways; the parents have chosen to raise the child, have done so from birth, and generally present the child to others as their own. It cannot be assumed, therefore, that assisted reproduction parents will be like step-parents with respect to the quality of their relationship with their non-genetic child.

In the case of surrogacy, the separation of gestational parenthood from social parenthood is similar to adoption in that the mother who gives birth relinquishes the child to other parents. It might be expected, therefore, that children born through surrogacy, like adopted children, will show raised levels of psychological problems (Brodzinsky *et al.*, 1998; Brodzinsky and Pinderhughes, 2002). However, as Brodzinsky and colleagues point out, the higher rates of psychological problems shown by

adopted children are largely associated with late placement in an adoptive family and adverse early childhood experiences. Children born through a surrogacy arrangement are more akin to early adopted children who are much less at risk for emotional or behavioural problems as they grow up. Thus, the findings of studies of adopted children should not necessarily be extrapolated to children born through a surrogacy arrangement.

The aim of this study was to provide data on the quality of parenting and the psychological development of children in assisted reproduction families where parents lack a genetic and/or gestational link with their child. In earlier phases of this longitudinal study, conducted when the children were 1 and 2 years old, data were obtained from representative samples of oocyte donation families (where the child lacks a genetic link with the mother but not the father), donor insemination families (where the child lacks a genetic link with the father but not the mother), surrogacy families (where the child lacks a gestational link with the mother, and in some cases lacks a genetic link as well) and a matched comparison group of natural conception families. It was found that the absence of a genetic and/or gestational link between a parent and the child did not jeopardize parenting or children's psychological adjustment at age 1 (Golombok *et al.*, 2004a,b) or age 2 (Golombok *et al.*, 2005, 2006). This study focuses on these families at the time of the child's third birthday just as some parents are beginning to discuss the nature of the birth with their child.

Materials and methods

Participants

Thirty-four families with a child born through a surrogacy arrangement, 41 families with a child conceived by oocyte donation and 41 families with a child conceived by donor insemination were studied in comparison with 67 families with a naturally conceived child. The surrogacy families represent 81% of the sample first recruited through the General Register Office of the United Kingdom Office for

National Statistics and the United Kingdom surrogacy agency known as Childlessness Overcome through Surrogacy (COTS) around the time of the child's first birthday. The oocyte donation and donor insemination families represent 80% and 82%, respectively of the original samples recruited through nine fertility clinics in the United Kingdom when the child was around 1 year old. The natural conception families were selected through maternity ward records on the basis of stratification to maximize comparability with the oocyte donation and donor insemination families and represent 84% of the initial sample. In 59% of the surrogacy families, the surrogate mother was the genetic mother of the child (partial surrogacy) and in the remaining 41% of families, the commissioning mother was the genetic mother (full surrogacy). Nine of the oocyte donation families had conceived their child with the help of a known donor. Of the families lost to follow-up, around half could not be traced and the other half declined to participate. A detailed description of the original sampling procedures is presented in Golombok *et al.* (2004a,b).

Sociodemographic information for each group is summarized in Table 1. There were similar proportions of boys and girls in each family type, and the age of the children did not differ between groups. There was a significant group difference in the age of the mothers, $F(3, 179) = 18.68, P < 0.001$. The oocyte donation mothers were the oldest, with a mean age of 43 years, and the donor insemination and natural conception mothers were the youngest with a mean age of 37 years. A group difference was also found for social class, $\chi^2(9, n = 183) = 24.72, P < 0.01$, as measured by the occupation of the parent with the highest ranking position according to a modified version of the Registrar General's classification (Office of the Population and Census Statistics and Employment Department Group, 1991) ranging from 1 (professional/managerial) to 4 (partly skilled or unskilled). This difference represented a lower proportion of donor insemination families in professional or managerial occupations. The number of siblings in the family differed significantly between groups $\chi^2(9, n = 183) = 30.41, P < 0.001$, with fewer siblings in the assisted reproduction families than in the natural conception families. As significant differences between groups were found for mother's age, social class and number of siblings in the family, these variables were entered into the statistical analyses as covariates.

Table 1. Sociodemographic information by family type

	Surrogacy		Donor insemination		Oocyte donation		Naturally conceived		F	P
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Age of child (months)	36.29	1.29	36.39	0.83	36.76	1.04	36.63	0.83	1.87	NS
Age of mother (years)	41.76	5.36	37.46	3.62	43.05	6.73	37.13	3.14	18.68	<0.001
	n		n		n		n		χ^2	P
Child's sex										
Boy	18		24		26		32		2.84	NS
Girl	16		17		15		35			
Social class										
Professional/managerial	22		16		22		46		24.72	<0.01
Skilled/non-manual	6		11		14		17			
Skilled manual	1		9		3		2			
Partly skilled/unskilled	5		5		2		2			
Number of siblings										
None	15		15		26		11		30.41	<0.001
One	17		22		11		46			
Two	2		4 ^a		4		10			

NS, not significant.

^aIncludes one donor insemination child with three siblings.

Researchers trained in the study techniques visited the mothers at home. Data were obtained from the mother by tape-recorded interview and questionnaires and from the father by questionnaires. Fathers were not interviewed at this phase of the study as fathers are generally less available for interview than are mothers, and the fathers participated in an in-depth interview when the child was aged 2. Information obtained by interview was rated according to a standardized coding scheme, and regular meetings were held to minimize rater discrepancy.

Measures

Parents' psychological state

Mothers and fathers completed the Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS) (Rust *et al.*, 1990), a questionnaire assessment of the quality of the marital relationship with higher scores indicating poorer marital quality. Split-half reliability is .91 for men and .87 for women, and the GRIMS has been shown to discriminate significantly between couples who are about to separate and those who are not. The Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) and the Edinburgh Depression Scale (Thorpe, 1993) were also completed by both mothers and fathers to assess anxiety and depression respectively. Both of these instruments, for which higher scores represent greater difficulties, have been shown to have good reliability and to discriminate well between clinical and non-clinical groups.

The short form of the Parenting Stress Index (PSI/SF) (Abidin, 1990), a standardized assessment of stress associated with parenting, was administered to mothers and fathers separately to produce a total stress score for each parent, as well as sub-scale scores of parental distress, dysfunctional interaction and difficult child, with higher scores reflecting greater parenting stress. Test-retest reliability for the total score was found to be 0.96 over a 1- to 3-month interval and 0.65 over 1 year. Concurrent and predictive validity has been demonstrated for the full-length questionnaire, and the short form has been reported to correlate very highly with the full-length version.

Quality of parenting

The mothers were interviewed using an adaptation of a standardized interview designed to assess the quality of parenting (Quinton and Rutter, 1988). Detailed accounts were obtained of the child's behaviour and the mother's response to it, and the following ratings were made according to strict coding criteria taking into account information obtained from the entire interview: (1) *expressed warmth* was rated on a 6-point scale from 0 (none) to 5 (high) and was based on the mother's tone of voice, facial expression and gestures when talking about the child, spontaneous expressions of warmth, sympathy and concern about any difficulties experienced by the child and enthusiasm and interest in the child as a person; (2) *emotional over-involvement* was rated on a 4-point scale from 0 (little or none) to 3 (enmeshed) and measured the extent to which family life and the emotional functioning of the mother was centred on the child, the extent to which the mother was over concerned or overprotective towards the child, and the extent to which the mother had interests apart from those relating to the child; (3) *mother-child interaction* was rated on a 5-point scale from 0 (very poor) to 4 (very high) and measured the extent to which the child and mother spent time together, enjoyed each other's company and showed affection to one another; (4) *sensitive responding* was rated on a 5-point scale from 0 (none) to 4 (very sensitive responding) and represented the mother's ability to recognize and respond appropriately to her infant's needs. This interview procedure has been validated against observational ratings of mother-child relationships in the home, demonstrating a high level of agreement between global ratings of the quality of parenting by interviewers and

observers (Quinton and Rutter, 1988). Inter-rater reliabilities were calculated from 30 randomly selected interviews coded by a second interviewer who was 'blind' to family type. Agreement within one scale point for expressed warmth, emotional involvement, mother-child interaction and sensitive responding was 90%, 100%, 100% and 97%, respectively.

Children's psychological adjustment

The presence of behavioural or emotional problems in the children was assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1994, 1997) administered to mothers. The questionnaire has been shown to have good inter-rater reliability, with correlations between parent and teacher scores reported to be 0.62. Evidence for validity comes from the high correlations between the total deviance score of the SDQ and the total score of the Rutter Parent Questionnaire (Rutter *et al.*, 1970) and the Rutter Teacher Questionnaire (Rutter, 1967), which were designed to assess child psychiatric disorder. In addition, the SDQ discriminates well between psychiatric and non-psychiatric samples.

Experiences of assisted reproduction

Mothers of children conceived by donor insemination, oocyte donation and surrogacy were administered an additional section of the interview that focused on issues directly related to the method of the child's conception. Systematic information was obtained from mothers on whether or not the parents had told or planned to tell the child about the method of his or her conception, the parents' reasons for their decision, whether or not the parents had told other people about the child's conception and disclosure to grandparents. Information was also obtained from the commissioning mothers in surrogacy families and from the oocyte donation mothers with known donors about the frequency of the family's contact with the surrogate mother or oocyte donor, their relationship with her and their feelings about her involvement with the child. The data were rated according to strict coding criteria derived from an earlier investigation (Cook *et al.*, 1995). The coding categories are described in detail in the *Results* section.

Results

Multivariate analyses of covariance (MANCOVAs) were carried out for the questionnaire variables relating to parental psychological state for mothers and fathers separately and for the variables relating to quality of parenting derived from the interview with mothers. Analysis of covariance (ANCOVA) was conducted for the Strength and Difficulties Questionnaire. The covariates were mother's age, social class and number of children in the family. Where a significant group difference was found, Helmert contrasts were carried out to address specific questions: (1) assisted reproduction versus natural conception (AR versus NC) to establish whether the assisted reproduction families differed from the natural conception families, (2) oocyte donation and surrogacy versus donor insemination (OD/S versus DI) to establish whether families where the mother lacked a genetic or gestational link with the child differed from families where the father lacked a genetic link with the child and (3) oocyte donation versus surrogacy (OD versus S) to establish whether families where the mother lacked a genetic link with the child differed from families where the mother lacked a gestational link (sometimes in combination with the absence of a genetic link as well). For parents' experiences of assisted reproduction, comparisons between the oocyte

donation, donor insemination and surrogacy families were carried out using chi-square tests.

Parents' psychological state

Mothers' scores on the Trait Anxiety Inventory, the Edinburgh Depression Scale, the GRIMS and the PSI were entered into a MANCOVA. Wilks's λ was not significant. Similarly, fathers' scores on the Trait Anxiety Inventory, the Edinburgh Depression Scale, the GRIMS and the PSI were entered into a MANCOVA and again Wilks's λ was not significant.

Quality of parenting

The expressed warmth, emotional over-involvement, mother-child interaction and sensitive responding variables from the mother's interview were entered into a MANCOVA. Wilks's λ was significant, $F(12, 452) = 1.93, P < 0.05$. As summarized in Table II, one-way ANCOVAs showed a significant difference between family types for expressed warmth, $F(3, 174) = 4.59, P < 0.01$, and mother-child interaction, $F(3, 174) = 4.31, P < 0.01$. For expressed warmth, the Helmert contrasts showed this difference to reflect a higher level of expressed warmth among the assisted reproduction mothers than the natural conception mothers (AR versus NC, $P < 0.001$). Regarding mother-child interaction, the Helmert contrasts identified higher levels of mother-child interaction among the assisted reproduction mothers than the natural conception mothers (AR versus NC, $P < 0.05$), and higher levels of mother-child interaction in oocyte donation and surrogacy families than in families with a donor insemination child (OD/S versus DI, $P < 0.01$).

Children's psychological adjustment

There was no significant difference between family types for the total score of the SDQ (Table II).

Experiences of assisted reproduction

As summarized in Table III, there was a significant difference between parents in the different family types regarding disclosure to their child about the method of their conception, $\chi^2(6, n = 116) = 40.30, P < 0.001$. Whereas 44% of the commissioning parents of children born through surrogacy had begun to discuss this issue with their 3-year-old child, only 7.3% of

oocyte donation parents and 4.9% of donor insemination parents had begun to do so by the time of their child's third birthday. Moreover, 46% of the donor insemination parents had decided against telling their child, whereas this was true of only 22% of the oocyte donation parents and none of the surrogacy parents. The remaining parents were either undecided about whether or not to tell or planned to disclose this information to their child in the future. Those who had told or planned to tell their child were asked to give their reasons for this decision, and these were classified according to the following categories: 'Child has a right to know', 'To avoid disclosure by someone else' and 'No reason not to'. Many parents gave more than one reason for their intention to tell their child, and each was rated separately. The most commonly cited reasons were that the child has a right to know (given by 55% of surrogacy parents, 68% of oocyte donation parents and 83% of donor insemination parents) and to avoid disclosure by someone else (given by 59% of surrogacy parents, 29% of oocyte donation parents and 59% of donor insemination parents). Thirty-one percent of surrogacy parents, 21% of oocyte donation parents and 17% of donor insemination parents said that there was no reason not to tell.

The oocyte donation and donor insemination parents who had decided against telling their child were also asked for their reasons which were classified according to the following categories: 'To protect the child', 'To protect the mother' and 'To protect the father'. Twenty-two percent of the oocyte donation parents and 53% of the donor insemination parents wished to protect the child. There was also a desire to protect the non-genetic parent, with 44% of the oocyte donation parents wishing to protect the mother, and 42% of the donor insemination parents wishing to protect the father.

Regarding disclosure to other people, there was a significant difference between family types in the proportion of parents who had told at least one other person about the nature of the child's conception, $\chi^2(2, n = 116) = 14.66, P < 0.01$. All of the surrogacy parents had done so, whereas only 83% of the oocyte donation parents and 66% of the donor insemination parents had told someone else. There was also a difference between family types with respect to disclosure to maternal, $\chi^2(8, n = 88) = 21.13, P < 0.01$ and paternal, $\chi^2(1, n = 88) = 27.02, P < 0.001$, grandparents. The proportion of parents who had

Downloaded from hnrp.oxfordjournals.org by guest on February 14, 2011

Table II. Means, SD, *F* and *P* values for comparisons of quality of parenting between family types

	Surrogacy		Donor insemination		Oocyte donation		Naturally conceived		<i>F</i>	<i>P</i>		Contrasts		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				AR versus NC	OD/S versus DI	OD versus S
Mothers														
Expressed warmth	4.41	.70	4.24	.58	4.44	.63	4.00	.75	4.59	<0.01	<.001	NS	NS	
Emotional over-involvement	.32	.53	.27	.54	.41	.54	.20	.44	.41	NS	-	-	-	
Mother-child interaction	3.65	.48	3.39	.54	3.61	.49	3.42	.58	4.31	<0.01	<.05	<.01	NS	
Sensitive responding	2.79	.53	2.59	.59	2.66	.65	2.63	.67	1.09	NS	-	-	-	
Children														
Strengths and Difficulties Questionnaire score	7.40	3.6	7.68	3.7	7.72	4.1	6.54	3.8	.177	NS	-	-	-	

AR, assisted reproduction; DI, donor insemination; NC, natural conception; OD, oocyte donation; OD/S, oocyte donation and surrogacy; S, surrogacy.

Table III. Experiences of gamete donation by family type

	Surrogacy		Donor insemination		Oocyte donation		χ^2	<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Telling child								
Told	15	44	2	5	3	7	40.30	<0.001
Plans to tell	18	53	16	39	25	61		
Uncertain	1	3	4	10	4	10		
Plans not to tell	0	0	19	46	9	22		
Told other people								
Yes	34	100	27	66	34	83	14.66	<0.01
No	0	0	14	34	7	17		
Told maternal grandparents								
Told	23	92	16	50	20	64	21.13	<0.01
Plans to tell	1	4	0	0	2	7		
Uncertain	0	0	2	6	0	0		
Plans not to tell	0	0	14	44	8	26		
Not applicable	1	4	0	0	1	3		
Told paternal grandparents								
Told	22	100	8	28	19	56	27.02	<0.001
Plans to tell	0	0	1	4	2	6		
Uncertain	0	0	0	0	0	0		
Plans not to tell	0	0	19	68	13	38		
Not applicable	0	0	0	0	0	0		

been open with maternal grandparents was 92% for surrogacy families, 65% for oocyte donation families and 50% for donor insemination families. For paternal grandparents, the proportion who had been open was 100%, 56% and 29% for surrogacy, oocyte donation and donor insemination families, respectively.

With respect to contact with the surrogate mother, 50% of commissioning mothers, 38% of commissioning fathers and 44% of children in surrogacy families had seen the surrogate mother at least once every 3 months in the previous year, with 34, 28 and 31% of mothers, fathers and children respectively having seen her at least once per month. Most commissioning parents reported a harmonious relationship with the surrogate mother, with only 6% of commissioning mothers and 9% of commissioning fathers experiencing some dissatisfaction or coldness in the relationship, and none experiencing major conflict or hostility. Only one commissioning mother expressed some ambivalence regarding the surrogate mother's contact with the child. Of the nine sets of parents whose oocyte donation child was born with the help of a known donor, 89% of mothers, 38% of fathers and 78% of the children had seen the donor at least once every 3 months in the previous year, with 33% of mothers, 22% of fathers and 22% of children having had contact at least once per month. With the exception of one set of oocyte donation parents, all felt positive about their relationship with the oocyte donor. None of the mothers expressed concern about the oocyte donor's involvement with the child.

Discussion

The findings of this follow up when the children were 3 years old are in line with those of earlier phases of the study in showing that the absence of a genetic or gestational link between the mother and the child does not appear to impact negatively on

parent-child relationships. In fact, to the extent that differences in parent-child relationships were found between family types, these reflected higher levels of warmth and interaction between mothers and their 3-year-old children in the assisted reproduction families than in the comparison group of families with a naturally conceived child. The more positive findings for mother-child relationships in assisted reproduction families are similar to those obtained at age 1 (Golombok *et al.*, 2004a,b) and at age 2 (Golombok *et al.*, 2005, 2006). With respect to psychological well-being, no differences were identified between family types for either parents or children as assessed by standardized measures, with mothers, fathers and children found to be functioning within the normal range. The lower levels of parenting stress observed in mothers and fathers in surrogacy families at age 1 (Golombok *et al.*, 2004b) and by fathers in surrogacy families at age 2 (Golombok *et al.*, 2005) appear to have disappeared by age 3.

An issue of interest in this study was whether differences in parenting existed between families where the mother lacked a genetic and/or gestational link with the child and families where it was the father who lacked a genetic link. The only difference found was for the level of mother-child interaction, with the surrogacy and oocyte donation mothers showing higher levels of interaction with their child than the mothers of children conceived by donor insemination. This finding is surprising as it might be expected that mothers who lack a biological link with their child would interact less with their child than biologically related mothers. However, it may be that women who are unable to conceive or carry a child themselves may become especially committed to parenting when they eventually become mothers or may try to compensate for the absence of a genetic or gestational link. The DI mothers may be more akin to the natural conception mothers in this respect because they are the genetic and gestational mothers of their

child. An alternative explanation for the significant difference between non-biological and biological mothers for mother-child interaction is that it may have resulted from chance. Although this possibility cannot be ruled out, a multivariate analysis was used to reduce the likelihood of chance effects. It should be noted that there were no differences between families where the mother lacked a biological link with the child (surrogacy and oocyte donation) and families where the father lacked a biological link with the child (donor insemination) for either the mothers', the fathers' or the children's psychological well-being.

A further question of interest was whether differences existed in parenting, or in parents' or children's psychological well-being, between the oocyte donation families and the surrogacy families, i.e. according to whether or not the mother experienced the pregnancy and birth. Although the opportunity to bond with the child during pregnancy, a process that has been associated with more positive mother-child relationships (Laxton-Kane and Slade, 2002), might lead to the prediction of more positive outcomes for the oocyte donation families, no differences were found between the oocyte donation families and the surrogacy families for any of the variables under study. This may have arisen from the fact that many of the commissioning mothers maintained contact with the surrogate mother during the pregnancy and felt highly involved.

The findings relating to parents' experiences of assisted reproduction showed that couples who had become parents through a surrogacy arrangement were much more likely to have been open with their child about the circumstances of their birth than were couples whose children had been conceived by gamete donation. Perhaps surprisingly, as it is generally believed that fathers are more sensitive about the absence of a genetic link with their child than are mothers, there was little difference between the proportions of oocyte donation and donor insemination parents who had disclosed this information to their child. In spite of the greater encouragement in recent years of parents to tell their children about the method of their conception, less than 8% of oocyte donation parents and less than 5% of donor insemination parents had begun to do so by the time of the child's third birthday. This contrasts sharply with the finding that 56% of these same oocyte donation parents and 46% of these donor insemination parents reported when their child was 1 year old that they planned to tell their child about the donor conception (Golombok *et al.*, 2004a). Although some of these parents may discuss this issue with their children as they grow older, it is generally advised that parents should begin this process at a very early age. The discrepancy between the surrogacy parents and the gamete donation parents regarding disclosure to the child most probably results from the fact that the latter experience a pregnancy and can keep the donor conception secret from family and friends whereas the absence of a pregnancy in surrogacy families increases the likelihood that the child will find out from someone else. The most common reason given by surrogacy parents for telling their child is to avoid disclosure by someone else, with 59% of surrogacy parents citing this reason. Although the same proportion of donor insemination parents gave this reason for disclosure, very few of these parents had actually told their child.

Regarding disclosure to grandparents, it is interesting to note that the surrogacy parents were most likely to tell followed by oocyte donation parents. Only half of the donor insemination parents were open about the donor conception to maternal grandparents and less than one-third told paternal grandparents. This finding suggests that donor insemination is associated with greater stigma than is oocyte donation and that the reaction of paternal grandparents to the knowledge that their grandchild is genetically unrelated to them is expected to be more negative than that of maternal grandparents. Once again, the high proportion of grandparents in surrogacy families who had been told is most likely related to the absence of a pregnancy.

Not only do the findings of this study show that the absence of a genetic and/or gestational link between parents and their child does not appear to jeopardize the development of positive family relationships but also the findings replicate those obtained from previous samples of donor insemination (Golombok *et al.*, 1995) and oocyte donation families (Golombok *et al.*, 1999) with children of a similar age. Although it was expected from their reported intentions when their child was aged 1 that more of the gamete donation parents would have begun to discuss with their children the circumstances of their birth, it seems that these intentions had not been acted upon by the time the child turned 3 years old. In contrast, many of the commissioning parents in surrogacy families had begun to discuss this issue with their child, showing that children at age 3 have at least a rudimentary understanding of the concepts of conception and childbirth. It may be the case that it is more difficult to explain gamete donation than surrogacy to a young child as an understanding of gamete donation needs a greater knowledge of the process of conception than does surrogacy, which only requires some knowledge of childbirth (Cook *et al.*, 1995; Murray and Golombok, 2003). However, it is more likely that parents with children conceived by gamete donation have not yet begun to discuss this issue because many find the topic difficult to broach, because they are concerned about the impact on family relationships, and because the presence of a pregnancy means that there is less need to tell.

Acknowledgements

We thank the families who participated in the study and the Wellcome Trust for funding this research.

References

- Abidin R (1990) *Parenting Stress Index Test Manual*. Pediatric Psychology Press, Charlottesville, VA.
- Baran A and Pannor R (1993) *Lethal Secrets*, 2nd edn. Amistad, New York.
- Brodzinsky D and Pinderhughes E (2002) Parenting and child development in adoptive families. In Bornstein MH (ed.) *Handbook of Parenting*, Vol. 1. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp. 279-312.
- Brodzinsky DM, Smith DW and Brodzinsky AB (1998) Children's adjustment to adoption. In *Developmental and Clinical Issues*, Vol. 38. Sage Publications, London.
- Cook R, Golombok S, Bish A and Murray C (1995) Disclosure of donor insemination: parental attitudes. *Am J Orthopsychiatry* 65,549-559.
- Daly M and Wilson M (1989) The Darwinian psychology of discriminative parental solitude. In J Berman (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln, NE, pp. 211-234.
- Dunn J, Deater-Deckard K, Pickering K, O'Conner TG, Golding J and the ALSPAC Team (1998) Children's adjustment and prosocial behaviour in

- step-, single-parent, and non-stepfamily settings: findings from a community study. *J Child Psychol Psychiatry* 39,1083–1095.
- Dunn J, Davies LC, O'Connor TG and Sturgess W (2000) Parents' and partners' life course and family experiences: links with parent-child relationships in different family settings. *J Child Psychol Psychiatry* 41,995–968.
- Golombok S, Cook R, Bish A and Murray C (1995) Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Dev* 66,285–298.
- Golombok S, Murray C, Brinsden P Abdalla H (1999) Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry* 40,519–527.
- Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadva V, Murray C, Abdalla H, Jenkins J, Margara R and Rust J (2004a) Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol* 18,443–452.
- Golombok S, Murray C, Jadva V, MacCallum F and Lycett E (2004b) Families created through a surrogacy arrangement: parent-child relationships in the first year of life. *Dev Psychol* 40,400–411.
- Golombok S, Jadva V, Lycett E, Murray C and MacCallum F (2005) Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod* 20,286–293.
- Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E and Jadva V (2006) Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry* 47,213–222.
- Goodman R (1994) A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 35,1483–1494.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38,581–586.
- Hetherington EM and Clingempeel WG (1992) Coping with marital transitions: a family systems perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 57,242.
- Hetherington EM and Stanley-Hagan MM (2002) Parenting in divorced and remarried families. In Bornstein MH (ed.) *Handbook of Parenting*, Vol. 3. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp. 287–315.
- Laxton-Kane M and Slade P (2002) The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psychol* 20,253–266.
- Murray C and Golombok S (2003) To tell or not to tell: the decision making process of egg donation parents. *Hum Fertil* 6,89–95.
- Office of the Population and Census Statistics (OPCS) and Employment Department Group (1991) *Standard Classification of Occupations*. Her Majesty's Stationary Office, London, UK.
- Quinton D and Rutter M (1988) *Parenting Breakdown: The Making and Breaking of Intergenerational Links*. Avebury Gower Publishing, Aldershot, UK.
- Rust J, Bennun I and Golombok S (1990) The GRIMS: a psychometric instrument for the assessment of marital discord. *J Fam Ther* 12,45–57.
- Rutter M (1967) A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry* 8,1–11.
- Rutter M, Tizard J and Whitmore K (1970) *Education, Health and Behaviour*. Longman, London.
- Spielberger C (1983) *The Handbook of the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Thorpe K (1993) A study of the use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale with parent groups outside the postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* 11,119–125.
- Vayena E, Rowe PJ and Griffin PD (eds) (2002) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on 'Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction'*. World Health Organisation, Geneva.

Submitted on August 29, 2005; resubmitted on December 22, 2005; accepted on January 9, 2006

MOTIVATIONS OF SURROGATE MOTHERS:

PARENTHOOD, ALTRUISM AND SELF-ACTUALIZATION
(a three year study)

Author: Dr. Betsy P. Aigen

The public controversy over surrogate motherhood is accelerating. Because surrogacy questions cherished cultural beliefs and ideals regarding the mother-infant relationship, it inevitably stimulates intense anxiety and discomfort. Women who choose to bear children voluntarily for someone else reap disdain, and are seen as cold, heartless, and mercenary, because they seem to so easily "give away their babies". Even in the absence of the issue of fee payment, there is a clear moralistic underpinning to the arguments against surrogacy, which is rarely stated overtly, that choosing to have a baby for someone else is reprehensible because it represents a "rejection" of the infant by its biological mother. These women, who are seen as being prompted by materialistic motives, are correspondingly seen as coming from a financial and/or social "underclass". This is perceived as making them vulnerable to being exploited by reproductively "prostituting" themselves. Finally, they are assumed to suffer a serious traumatic experience because of the perceived "loss" they suffer in surrendering the infant to the couple.

Although critics have been vocal and strident, there is little actual data to substantiate these claims. This study was a preliminary effort to assess the reality of the assumptions behind this stereotype, to clarify their motives

METHOD

Interviews

Two hundred potential surrogates applying to The Surrogate Mother Program of New York were screened using a series of three semi-structured interviews, 90 minutes each, to assess their motivation, feelings about surrendering the baby, and a number of related attitudes. General demographic data, medical history, as well as information regarding their current and past life situation, were asked for as well, including childhood relationships. Questions also pertained to their state of emotional health, and corresponded to a traditional clinical interview. The following is a very brief summary of the results of this three year study.

SUBJECTS

The Rejected Group

Individuals were rejected for "emotional" reasons such as:

1. Individuals too ambivalent about becoming surrogates. Serious expressions of conflict over either the responsibility or the commitment of time, energy, and resources required; or uncertainty over whether they would feel comfortable carrying a child that was not "theirs"; or being very anxious about the possibility of social criticism.
2. Individuals overly motivated by the fee.
3. Individuals potentially experiencing too much difficulty in surrendering the baby.
4. Individuals likely to suffer severe loss reaction afterwards.
5. Individuals in the middle of a "life crisis". Crisis refers to such events as being, at the time of application, in the process of divorce, still recuperating from a divorce, mourning the recent death

of a family member or spouse, or being in the midst of an identity crisis, i.e. not knowing what to do with one's life.

6. Individuals trying to use the role of surrogate as a way to deal with a traumatic situation. Efforts to "relive" abandonments suffered in childhood through "identifying" with the infant whom they see as being abandoned by themselves or given away; or unconscious conflict over another child themselves. Being a surrogate would allow the applicant to bear the child yet not keep it. The possibility exists of her changing her mind and keeping the child.

7. Individuals in poor emotional condition, depressed, immature, or unstable.

8. Judged to be dishonest and untrustworthy.

The Accepted Group

The accepted group includes those applicants who did not fall into any category of the rejection categories. They were (at most) minimally ambivalent about becoming surrogates not primarily motivated by the fee, and judged as having little potential difficulty in surrendering the baby. They were emotionally adequate, with no serious outstanding pathology. They were frequently judged to be honest and trustworthy.

In addition, they passed the following criteria:

1. Individuals for whom this would be a positive emotional experience, who feel they would gain by it.

2. High frustration tolerance and "ego strength". People with determination to follow through and the capacity to endure the physical and emotional demands and realities of the process.

3. A history of positive and enjoyable pregnancies, both physically and emotionally.

4. Positive relationships with their children, to ensure that they have the necessary concern, understanding, and closeness to deal adequately with their children's questions and feelings about the choice of surrogacy.

5. The presence of a supportive home environment, i.e. spouse or significant others, to ensure an adequate environment during pregnancy.

Demographic Characteristics and Attitudes Related to Surrogacy

The mean age of the entire group was 26. Fifty percent were married, and 26% were single. Seventy-five percent were mothers. Forty percent had a history of one or more abortions. Sixteen percent had some relation to adoption (they or a significant family member were adopted, or they surrendered a child for adoption). As a group, they were predominantly white and either Catholic or Protestant. Almost three-fourths came from large families (three or more siblings). The average educational level was 13.3 years. Fifty percent had one or more years of college. Approximately 71% were employed (at least part-time), and 20% were either teachers or nurses. Their mean income level was above \$24,000 per year. Twenty-five percent had combined family incomes above \$35,000 per year. [This includes women judged to be financially desperate.] On average, applicants had been interested in being a surrogate for 1 1/2 years. Seventy-five percent wished to meet the couple.

The "average" surrogate emerges as a white mother with a fair amount of education and income. As a group, they cannot be described as destitute or living in poverty, and do not need the fee being paid them for basic survival. On average, they do not report being under serious financial pressure. Further data reflecting this is presented later on. Most of them are parents who know what the experience of bearing a child is about. There is nothing to indicate that they are naive, passive dupes who are desperate and susceptible to exploitation.

Conclusion

Although money is an important motive to many surrogates, it is not their primary motive. Almost all report a variety of emotional reasons for undertaking surrogacy, and many of these can be grouped together under the heading of wishes to enable parenthood, to feel self-actualized, and to

enhance their identity. It is, for these women, a particularly female experience, related to the experiences and meaning of biological functioning and motherhood. The love of their children, the gratification their children offer them, and the wish to share these experiences, were often mentioned by these women. These feelings, influenced a number of the motive categories, including empathy with the infertile wife and the drive to generate parenthood for others.

An indirect implications of all this is that these women are as "normal" as anyone else. Previous research assessing surrogates has also found them to be unremarkable and their personalities to be average. Although psychological needs may sometimes, or perhaps even often, be found underlying a number of the motives reported (e.g., guilt), we do not see that this, in and of itself, invalidates the surrogate's choice. Such conflicts and needs, in part, fuel most "normal" choices and activities of human beings, such as marriage and career. What are "healthy" motives? We do not ban people from becoming CIA agents or test pilots because they are prompted by unresolved wishes.

This does not mean that there are no unhealthy motives for becoming a surrogate and that no discrimination is necessary. On the contrary, the fact that over 40% of our 200 applicants were rejected for emotionally-based reasons, having to do either with poor motives, general life situation, or general emotional makeup, suggests that great discrimination and caution are necessary in accepting individuals for this process. The reasons for rejection listed earlier, as well as the criteria for acceptance, can provide a useful start in the process of providing needed criteria for evaluating surrogate applicants effectively. Additionally, differences in the composition of accepted and rejected groups reflect the importance of assessing motivation and character. Those individuals and parents who are less detached, more connected to the couple, the baby, and probably to their own children and partners, seem to be the ones favored by our selection criteria. The results may also suggest that, in general, parents are better suited to be surrogates than non-parents, in terms of significant traits, motivation, and more adaptive reactions to surrendering the child.

Being a surrogate is a life experience that allows some women real success in altering their emotional state in a direction they desire and fulfilling ideal images of themselves. A very significant aspect of that image is that of being a mother and, by extension, enabling others to enjoy the pleasures of parenthood that they themselves have had. Because surrogacy involves an act of giving that is personally meaningful to the surrogate, and because what is being given is of unique value, being a surrogate mother has the potential to be a "mutative" event, an experience capable of altering and transforming identity, self-image, and existing psychic structure.

It is exactly the fact that these otherwise individuals, through their biological ability to bear children, feel that they can achieve some measure of greatness that would otherwise be beyond them, that makes being a surrogate so psychologically extraordinary. They feel this moment of greatness as a permanent possession. The memory of this action is a permanent psychological reserve against negative emotional states and events. The motives for becoming a surrogate mother cannot be glibly dismissed as mere "acting out".

In contrast to the stereotype of a heartless, misguided, impoverished woman primarily motivated by money, surrogates emerge here as average mothers, often trying to further the goals of their children and families.

European society of human reproduction and embryology

The official journal of ESHRE is 'Human Reproduction'. It is made up of three individual publications: Human Reproduction, Human Reproduction Update, Molecular Human Reproduction. These are published for ESHRE by Oxford University Press (OUP). OUP is a department of the University of Oxford.

ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy

Received April 28, 2005.

Accepted May 19, 2005.

Abstract

This 10th statement of the Task Force on Ethics and Law considers ethical questions specific to varied surrogacy arrangements. Surrogacy is especially complex as the interests of the intended parents, the surrogate, and the future child may differ.

It is concluded that surrogacy is an acceptable method of assisted reproductive technology of the last resort for specific medical indications, for which only reimbursement of reasonable expenses is allowed. ESHRE Task Force on Ethics and Law including, , F. Shenfield, G. Pennings, J. Cohen, P. Devroey, G. de Wert and B. Tarlatzis

Full version link:

[http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=hucwrj45sjp4p3455oiggu55/
Task_force_X_surrogacy.pdf](http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=hucwrj45sjp4p3455oiggu55/Task_force_X_surrogacy.pdf)

Svör Staðgöngu við ýmsum getgátum og álitaeftum

Hér verður leitast við að svara þeim getgátum og álitaeftum um staðgöngumæðrun sem til umræðu hafa verið að undanfögnu.

Hvernig á að koma í veg fyrir staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni?

Svarað í umsögn

Best er að fylgja Norðurlöndunum

Svarað í umsögn

Hvernig á að afmarka þann hóp sem heimilt verður að eignast barn með staðgöngumæðrun?

Svarað í umsögn

Hvernig á að tryggja réttindi barna, t.d. til að vita uppruna sinn?

Svarað í umsögn

Hvað ef staðgöngumóðir skiptir um skoðun? (einnig tekið fyrir í umsögn)

Það er lagaramminn og/eða reglugerðin sem byggir á lögunum sem ákveður hvort hlutaðeigandi aðilar geti skipt um skoðun eða ekki. Við erum fullkomlega sammála því er kemur fram í þingsályktunartilögunni að leyfa eingöngu fulla staðgöngumæðrun sem í felst að staðgöngumóðirin leggur aldrei til eigin kynfrumu (egg). Það er gert í þeim tilgangi að minnka flækjustig staðgöngumæðrunar og minnka líkurnar á tilfinningalegum tengslum staðgöngumóður við barnið. Samkomulag við staðgöngumóður er einnig að fullu bindandi fyrir alla aðila. Staðgöngumóðurinni væri einnig gefið of mikið vald ef hún gæti ákveðið að halda barninu eftir fæðingu, gæti leitt til þess að hún óskar eftir greiðslu frá verðandi foreldrum fyrir að snúast ekki hugur. Slík tilfelli eru samkvæmt heimildum sjaldgæf en eitt slíkt er þekkt og kom upp í Bretlandi.

Þrátt fyrir að staðgöngumóður sé leyfilegt að leggja til eigin kynfrumur (egg) er ánægja allra hlutaðeigandi samkvæmt COTS í Bretlandi um 98% en í þeim tilvikum sem þetta hefur gerst er konan allajafn að ganga með eigið barn.¹

Staðgöngumóðir fær að halda barninu: var fyrirsögn á visir.is ekki alls fyrir löngu og aftur á visir.is og Pressan.is í febrúar.

Þetta var í Bretlandi og var þeim mikilvægu upplýsinga sleppt úr fréttinni að “staðgöngumóðirin” var að ganga með sitt blóðskylda barn og var í raun um gamaldags heimasæðingu að ræða þar sem konan sprautaði sig með sæði mannsins. Konan hafði fundið hjónin á netinu. Var ekki um staðgönguferli undir handleiðslu fagaðila að ræða. Tekið var fram af dómara að svona tilfelli séu reyndar afar sjaldgæf í Bretlandi.^{2,3}

Hvað ef verðandi foreldrar skipta um skoðun? (einnig tekið fyrir í umsögn)

Að sama skapi er það einnig hvernig lagaraminn er útfærður sem segir til um hvort að foreldrar geti skipt um skoðun eða ekki. Ef ekki er gert bindandi samkomulag við alla aðila þá gætu foreldrar neitað að taka við barninu eftir fæðingu. Staðgöngumóðirin situr þá eftir með barn annara sem er jafnvel ekki full heilbriggt. Við styðjum það að fullu að samkomulag við foreldra sé bindandi. Þegar þetta hefur verið rannsakað í Bretlandi reynist það vera afar sjaldgæft að foreldrar neiti að tak við barninu. Van den Akker rannsakaði 7 stofnanir er sjá um staðgöngumæðrun í Bretlandi varðandi tíðni þess að staðgöngumæður neiti að afhenda barnið eða að verðandi foreldrar neiti að taka við barni. Einungis ein stofnun tilkynnti um slíkt.⁴

Með vandaðri lagasetningu þá er auðveldlega hægt að taka alveg fyrir það að svona geti gerst. Sjáum við ekki betur en að þannig verði staðið að málunum héraendis og erum við afar ánægð með það.

Hvernig velferð staðgöngumóður og fjölskyldu hennar verði tryggð (einnig tekið fyrir í umsögn)

Hluti af þessu er að staðgöngumóðirin og verðandi foreldrar geri með sér bindandi samkomulag sem skilgreint er í reglugerð um staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni og geta verðandi foreldrar því ekki neitað að taka við eigin barni. Þess má geta að konur geta eftirlitslaust sætt sig heima með sprautu. Konan gengur þá með eigið barn fyrir hjón, hún tekur þátt í lífi barnsins eða ekki. Hér er engin leið að vita hvað var samið um. Ekki er hægt að tryggja heilsu konunnar

¹ COTS UK: <http://www.surrogacy.org.uk/FAQ4.htm> - í Bretlandi er enn leyfð hefðbundin staðgöngumæðrun þar sem staðgöngumóðirin leggur til egg og geta þær því ákveðið að halda barninu. Samt sem áður er fullnaðar árangur hjá COTS 98%, það er að segja eins og lagt var upp með í byrjun ferlis.

² <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1356176/Surrogate-mother-wins-case-baby-giving-birth.htm>

³ <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1349487/Surrogate-mother-changed-mind-allowed-baby.html>

⁴ “Olga van den Akker, “Organizational selection and assessment of women entering a surrogacy agreement in the UK” (1999) 14 Human Reproduction 262 [van den Akker, “Organizational selection”]

og almenna velferð né fær hún stuðning frá félagsráðgjafa varðandi hæfni sína til að geta gert þetta í raun. Þetta er líka gert á Íslandi í kyrrþey og leggur Staðganga áherslu á að með lögleiðingu staðgöngumæðrunar í velgjörðarskyni megi komast fyrir slík tilfelli.

Við gerum ráð fyrir því að löggjafinn skipi teymi sérfræðinga sem áður hafa komið að löggjöf er varðar réttindi hlutaðeigndi aðila í tengslum við frjósémisaðstoð. Ekki allar konur geta verið staðgöngumæður og ef eftirlit verður haft sem er í höndum fagaðila erum við fullviss um að hérlendis sé hægt að gæta réttinda og heilsu staðgöngumæðra í hvívetna.

Félagið bendir á langtímarannsóknir fagaðila eru til er taka til nokkurra ára og fylgjast með líðan og aðstæðum staðgöngumæðra á meðgöngunni sjálfri og síðar.⁵ Niðurstöður eru jákvæðar fyrir staðgöngumæður og fjölskyldu hennar: (þýð: Stg.) "Þó svo að neikvæðni frá einhverjum fjölskyldumeðlimum gæti (Van den Akker, 2001) sjá staðgöngumæður lífsreynsluna alla jafna sem jákvæða fyrir nánustu fjölskyldumeðlimi, sérstaklega börn þeirra (Ciccarelli, 1997) eða í versta falli segja að börnin hafi ekki hlotið neikvæða reynslu af (Hohman & Hagan, 2001) Helmingur staðgöngumæðranna í rannsókn Ciccarelli's frá 1997 skýra frá því að þær hafi orðið nánari öðrum fjölskyldumeðlimi vegna reynslu sinnar og um 3/4 tóku fram að reynslan hefði verið mjög jákvæð börnum þeirra."⁶

Hver á að bera kostnað af staðgöngumæðrun

Siðfræðingar hafa sagt að erfitt sé að stjórna kostnaði á meðgöngu við staðgöngumæðrun og víðra þær getgátur að kona væri svo ef til vill ekki í raun að gerast staðgöngumóðir í velgjörðarskyni heldur hafi hún á laun hug á að geta hagnast. "Þvert á þá vinsælu skoðun að hvöt staðgöngumæðra séu peningar þá kemur í ljós að helsta hvötin sé velgjörð" (Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1984; van den Akker, 2003)" (þýð: Stg.).⁷ Heimild tekin úr skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er birtust í Journal of Social Issues, mars 2005. Sjá einnig: Motivations of surrogate mothers, parenthood, altruism and self-actualization (a three year study), Dr. Betsy P. Aigen.⁸

Að konur fái greitt vinnutap ef þeim er óglatt og meðgöngubuxur mun ekki breyta velgjörðarstaðgöngu á þann veg að kona sé að græða peninga, það er fráleitt. Sjáum ekki hvernig það eitt og sér sé hvati til að verða staðgöngumóðir að eygja von um óléttuklæðnað, borgaða meðraskoðun eða að fá vinnutap greitt vegna vanlíðan. Almenn skynsemi er höfð að leiðarljósi er reglur verða settar um þetta. Við sjáum ekki að kona geti hagnast af staðgöngu í velgjörð í laun nema þá einungis ef hún hefði kúgunarvald til að neita að afhenda foreldrum barnið nema gegn greiðslu á bakvið tjöldin.

Ekki má heldur gleyma því að í ljósi þess hve fáar konur munu geta nýtt sér þetta úrræði hérlendis, 0-5 konur árlega, að við erum í mörgum tilfellum að tala um staðgöngumæður sem eru systur, frænkur eða vinkonur viðkomandi. Þeir aðilar sem þurfa á staðgöngumæðrun að halda í dag standa nú þegar frammi fyrir miklum kostnaði við tilraunir til að eignast barn/börn því sú aðstoð fæst einungis í útlöndum. Með lögleiðingu á staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni á Íslandi verður sá kostnaður margfalt minni og eru verðandi foreldrar tilbúnir til að bera fullan kostnað af frjósémismeðferðum hérlendis ef svo bæri undir.

Í niðurstöðunni er tíundaður kostnaður við lagasetningu og framkvæmd leyfisveitingu staðgöngumæðrunar. Ef staðganga í velgjörðarsyni verður ekki lögleidd á Íslandi munu aðilar í þessum sporum standa frammi fyrir því á næstu árum að hröklast úr landi til að leita sér hjálpar. Miklir fjármunir væru þá að fara úr landi á ári hverju í þessum tilgangi og er það farsælla fyrir samfélagið að leyfa staðgöngumæðrun og rennur þá þetta fé beint til íslensks heilbrigðiskerfis.

Sú gagnrýni hefur komið upp að börnin njóti ekki brjóstagjafar

Sú gagnrýni nægir ekki til að hafa nein afgerandi áhrif á það hvort staðganga verði lögleidd. Ættleidd börn njóta t.a.m. ekki brjóstagjafar. Sumar konur mjólka ekki og afar hæpið er að banna þeim að eignast fleiri börn því að vitað er að þau fá ekki brjóstamjólk. Konur geta fullvel tekið þá ákvörðun að vera ekki með barn á brjósti. Sjáum ekki að þetta geti verið útgangspunktur í umræðu um staðgöngumæðrun.

⁵ Upplifun staðgöngumæðra, heiti á frummáli: Surrogacy: the experience of surrogate mothers, höfundar: Vasanti Jadva, Clare Murray, Emma Lycett, Fiona MacCallum og Susan Golombok, <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/10/2196>

⁶ Heimild tekin úr skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er var birt í Journal of Social Issues, mars 2005, <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=f347f903-bba2-45f0-b8aa-5101ba5c34bc>

⁷ Heimild tekin úr skýrslu eftir Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J er var birt í Journal of Social Issues, mars 2005, <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=f347f903-bba2-45f0-b8aa-5101ba5c34bc>

⁸ <http://www.surrogacy.com/psychres/article/motivat.html>

Unglingar segja frá því á netinu að þau séu óhamingjusöm vegna staðgöngumæðrunar því þau vita ekki uppruna sinn. Kom fram hjá Ástríði Stefánsdóttur lækni og siðfræðingi á málþingi Feministafélagsins um staðgöngumæðrun
Höfum eftir þó nokkra leit á vefnum fundið einn bandarískan ungling sem er með áberandi blogg síðu og er ósáttur því hann veit ekki hver uppruni hans er. Staðgöngumóðirin er einnig blóðmóðir hans sem verður ekki leyfilegt hérlendis skv. þált. Drengurinn upplifir höfnun, sömu tilfinningu og getur komið upp hjá ættleiddum börnum þó það sé síður en svo algilt að þau upplifi neikvæðar tilfinningar vegna uppruna síns. Þessar hugrenningar eiga ekki við hér því í tilvikum fullrar staðgöngumæðrunar í velgjörð sem þingsályktunartillagan tekur til þá mun staðgöngumóðirin aldrei vera blóðskyld barninu eins og í þessu tilviki. Staðganga bendir góðfúslega á að óstaðfestar blogg-færslur einstaklinga á veraldarvefnum er afar hæpið innlegg í þessa umræðu.

Siðfræðingur setti fram getgátur um að börn tilkomin með staðgöngumæðrun verði í einhverskonar limbóí ef eitthvað kemur fyrir verðandi foreldra eða þá að staðgöngumóðirin verði neydd til að taka barnið að sér

Búið er að fara yfir þetta í umsógninni. Réttindi þessara barna verða auðvitað ekkert öðruvísi en annarra. Hvað kemur fyrir börn allajafna ef báðir foreldrar látast? Skyldmenni foreldra t.d amma, systur, bræður, frænkur taka oftast barnið að sér. Ófrjósemi hjónanna hefur snert við allri stórfjölskyldunni og eru einnig systkyni, frænkur, frændur, afar og ömmur að biða eftir óskabarninu. Hér eru kringumstæður ekkert öðruvísi en hjá öðrum börnum og verður réttur þeirra ekki verri eða öðruvísi en annara barna og er fáheyrta að halda slíku fram. Staðgöngumóðir mun aldrei ganga með eigið barn og er undarlegt að halda því fram að sú kona verði neydd af íslenskum yfiröldum til að taka að sér barnið. Íslensk yfiröld eru fullfær um að setja fram reglugerð sem gætir réttinda allra hlutaðeigandi aðila við slíkar kringumstæður eins og endranær.

“Erum að fara of hratt...”, “...biðum róleg og vöndum til verka”, “...ekki gott að láta eitt mál ráða ferðinni (innskot: mál Jóels)”: Salvör Nordal í Návígi þriðjudaginn 15. febrúar 2011

Salvör virðist telja að vinna við þingsályktunartillöguna hafi tekið skamman tíma og sett fram eingöngu vegna máls Jóels Færseth Einarssonar sem var fastur á Indlandi. Ekkert gæti verið eins fjarri raunveruleikanum. Undirbúningur að tillögunni hefur staðið yfir í á þriðja ár hefur verið hugðarefni Ragnheiðar Elínar Árnadóttur flytjanda tillögunnar og alþingismanns um árabíl. Félagar í Staðgöngu hafa margir hverjir víðað að sér fróðleik um staðgöngumæðrun í mörg ár. Konur innan Staðgöngu misstu sumar legið fyrir 7-8 árum síðan og eru því búnar að biða eftir hreyfingu á máinu í alltof langan tíma en frjósemi þeirra er auðvitað háð aldri. Hæstvirtur utanríkisráðherra Össur Skaphéóinsson sagði við kynningu á þingsályktunartillögunni á Alþingi að hann myndi eftir umræðum um staðgöngumæðrun á Alþingi í um 10 ár.

“Erum að gera tilraunir”: Salvör Nordal í Návígi, þriðjudaginn 15. febrúar 2011

Engin leið að finna það út að staðgöngumæðrun sé tilraunastarfsemi þegar t.d Bretar hafa leyft staðgöngumæðrun í 26 ár og hefðbundin staðgöngumæðrun hefur tíðkast eins lengi og menn muna. Það hafa verið gerðar rannsóknir og skrifað um staðgöngumæðrun allt frá árinu 1981 hið minnsta, til dagsins í dag. Staðganga hefur fundið bækur, skýrslur, álitargerðir og rannsóknir frá árunum 1981, 1983, 1984, 1985, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1997, 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 og 2010.

Ef þetta verður leyft núna hvernig verður þetta eftir 10 ár?: Salvör Nordal í návígi, 15. febrúar 2011

Salvör virtist í þessu samhengi ekki vera mótfallinn staðgöngumæðrun sem velgjörð nema af því að ef konur fá þann rétt að vera staðgöngumæður ef þeim hugnast það í dag þá þurfi að hafa áhyggjur af því hvert það leiði okkur á tíu árum eða næstu áratugum.

Staðganga hefur verið leyfð í t.d Bretlandi og Bandaríkjunum í tugi ára og það sem hefur helst gerst er að ferlið hefur batnað. Við erum lítil þjóð svo það eina sem verður gert hér er það sem löggjafinn ákveður að leyfa, engar breytingar verða framkvæmdar nema þær sem löggjafinn ákveður. Þróun þessara mála í þeim vestrænu ríkjum þar sem staðgöngumæðrun er leyfð er á þá leið að verið er að styrkja stöðu staðgöngumæðra og barnanna. Í því tilliti hafa sum lönd bannað staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni og sum hafa bannað hefðbundna staðgöngumæðrun (Kanada) sem áður var leyfð (kona gengur með sitt blóðskylda barn). Eins er víða uppi umræða er takmörkun á fjölda fósturvísa er setja má upp hjá staðgöngumóður. Færri fósturvísar minnka líkur á að staðgöngumóðir gangi með fjölbura sem að sjálfsögðu eykur líkur á vandkvæðum við meðgöngu og fæðingu en þegar hún gengur með eitt barn. Salvör sagði einnig að henni hefði ekki hugnast löggjöf um eggjagjafir og rétt samkynhneigðar kvenna og einhleypra til tæknifrjógvanna og að hún væri íhaldsöm og mest hlynnt gamla staðlaða fjölskylduforminu.

Tilvera *samtök um ófrjósemi*



17. febrúar 2011

Umsögn Tilveru, samtaka um ófrjósemi um mál 310, Tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun.

Tilvera, samtök um ófrjósemi fagnar þessari tillögu til þingsályktunar. Félagið leggur áherslu á eftirfarandi atriði:

1. Að mun betri kostur sé að leyfa staðgöngumæðrun og hafa um það skýr og greinargóð lög og reglur, heldur en að banna þetta úrræði og vita þá ekkert hvað er að gerast bak við tjöldin.
2. Að staðgöngumóðir þurfi ekki að greiða kostnað sem gæti hlotist af eftirköstum fæðingar (hvort sem þau eru líkamleg eða andleg).
3. Að það verði algjört skilyrði að staðgöngumóðir hafi fætt barn áður.
4. Að breyta þurfi lagalegu skilgreiningunni á því hver er talin móðir barns þegar um fulla staðgöngumæðrun er að ræða. Fordæmi eru fyrir því að undirskrift verðandi foreldris dugi til skilgreiningar á faðerni barns og slíkt ætti einnig að duga fyrir móðerni þess.
5. Að íslenskur ríkisborgararéttur sé skilyrði, bæði hjá foreldrum og staðgöngumóður.
6. Að litið verði til þeirra landa þar sem staðgöngumæðrun hefur verið leyfð í velgjörðaskyni og vel hefur tekist til að tryggja réttindi og skyldur allra aðila sem að málinu koma.

Tilvera er tilbúin að nýta þau sambönd sem hún hefur við erlend félög varðandi ófrjósemi til upplýsingaöflunar.

Fyrir hönd stjórnar Tilveru



Katrín Björk Baldvinsdóttir, formaður



Alþingi

Erindi nr. P 139/1384

komudagur 18.2.2011

UMBOÐSMAÐUR BARNA

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðisnefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 16. febrúar 2011
UB:1102/4.1.1

Efni: Tillaga til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (heimild til staðgöngumæðrunar), 310. mál.

Vísað er til tölvupósts frá nefndasviði Alþingis, dags. 27. janúar sl., þar sem óskað er eftir umsögn umboðsmanns barna um ofangreinda þingsályktunartillögu.

Með tillögunni er lagt til að heilbrigðisráðherra skipi starfshóp til að undirbúa frumvarp til laga um staðgöngumæðrun. Þegar tekin er afstaða til þess hvort leyfa eigi staðgöngumæðrun hér á landi ber ávallt að hafa hagsmuni barnsins í fyrirrúmi, sbr. 3. gr. Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna. Verður því að gæta sérstaklega að réttindum og hagsmunum barna við slíka ákvörðun.

Umboðsmaður barna hefur skilning á því hversu erfitt það er fyrir einstaklinga eða pör að geta ekki eignast barn. Af 3. gr. Barnasáttmálans leiðir þó að réttur barns til að eiga góða foreldra eigi að ganga framar hugsanlegum rétti fullorðinna til að stofna fjölskyldu. Í því sambandi er mikilvægt að hafa í huga að það eru fjölmörg börn út um allan heim sem eru munaðarlaus og þurfa á góðum foreldrum að halda. Væri því eðlilegra að mati umboðsmanns barna að ríkið myndi beita sér fyrir því að auðvelda ættleiðingu barna.

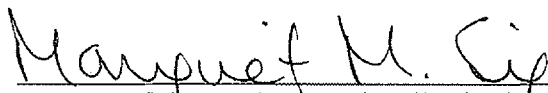


Mikil óvissa er um hin ýmsu lagalegu og siðferðilegu vandamál sem geta komið upp ef staðgöngumæðrun verður leyfð. Hætt er við að staðgöngumæðrun valdi óvissu um móðerni barns, sem samræmist illa rétti allra barna til að þekkja uppruna sinn. Almennt hefur verið miðað við að sú kona sem fæðir barn sé móðir þess, þ.e. líffræðileg móðir. Ef heimila á staðgöngumæðrun þarf því að gera undantekningu frá þeirri reglu. Eftir að barn fæðist geta auk þess komið upp ýmis álitamál, til dæmis ef staðgöngumóðir neitar að láta barnið frá sér eða enginn vill gangast við barninu. Umboðsmaður barna telur mikilvægt að skoða þessi álitamál vel út frá hagsmunum barnsins og dregur í efa að það sé eðlilegt gagnvart barni að það ráðist af samningi hver sé móðir þess.

Umboðsmaður barna hefur áhyggjur af því að staðgöngumæðrun leiði til þess að litið verði á börn sem söluvöru, en slíkt er ekki í samræmi við mannlega reisn þeirra. Nú þegar fer víða fram mansal kvenna og barna í tengslum við staðgöngumæðrun og er mikilvægt að lögleiðing hér á landi ýti ekki undir slíkt.

Umboðsmaður barna leggur áherslu á að fyllstu varkárni sé gætt við ákvörðun um hvort heimila eigi staðgöngumæðrun hér á landi og efast um að slíkt sé í samræmi við hagsmuni barna. Í því sambandi er mikilvægt að hafa í huga að lítil reynsla er komin á hvernig staðgöngumæðrun gengur í framkvæmd, enda er hún óheimil á öllum Norðurlöndum og flestum öðrum Evrópuríkjum.

Virðingarfyllst,


Margrét María Sigurðardóttir
umboðsmaður barna

Frá Þjóðmálanefnd kirkjunnar

Umsögn um tillögu til þingsályktunar um staðgöngumæðrun (310.mál)

Þjóðmálanefnd kirkjunnar leggst gegn því að farið sé fram með þeim hraða sem virðist ríkja varðandi það að undirbúa lög sem leyfa staðgöngumæðrun og leggur nefndin til að málið fái mun meiri umræðu og skoðun áður en lengra er haldið.

„Flestir þekkja þá gleði sem fylgir því að eignast barn og ljóst er að löngunin til þess að eignast barn er ein sú sterkasta sem maðurinn upplifir. Í litlu landi eins og Íslandi er hópur kvenna eða para sem þarf á aðstoð staðgöngumóður að halda ekki stór, en er þó til staðar. Í fyrrnefndri skýrslu vinnuhóps á vegum heilbrigðisráðuneytisins segir að líklega muni ekki fleiri en fimm þör eða einstaklingar hér á landi hafa þörf fyrir staðgöngumæðrun ár hvert. Hugsanlega gæti orðið um færri tilvik að ræða.“ (úr þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun)

Í Fyrstu Mósebók er að finna söguna af Söru konu Abrahams sem var óbyrja og Hagar, egypsku ambáttinni en þar stendur að Saraí, kona Abrams, ól honum ekki börn. Hún átti egypska ambátt sem Hagar hét. „Saraí, kona Abrahams ól honum ekki börn... Þá tók Saraí, kona Abrams, Hagar hina egypsku, ambátt sína og gaf hana Abram manni sínum fyrir konu.

Abram lagðist með Hagar og varð hún þunguð....“

Það er saga margra í gegnum aldirnar að þekkja þessa sterku þrál, löngunina eftir að eiga barn, afkomendur en geta ekki átt börn rétt eins og Sara forðum. Það eitt svarar þó ekki siðferðilegum álitamálum samtíma okkar sem varða staðgöngumæðrun. Á tímum þar sem tæknin hefur gert okkur mögulega hluti sem einfalda margt og leysa en flækja annað. Það er okkur ljóst að það var konan sem bar þessa skömm fyrst og fremst því barnleysið hélt henni frá því hlutverki sem var meginhlutverk konunnar – móðurhlutverkið. Börn voru og eru blessun og barnleysi á öldum áður þýddi niðurlægingu. Tekið er undir þau orð að flestir þekkja þá gleði sem fylgir því að eignast barn og löngunin til að eignast barn er ein sú sterkasta sem maðurinn upplifir. Bæði almenningur og þingmenn hafa fundið til sterkar samkennda í garð þeirra sem líða á einhvern hátt vegna barnleysis. Það er sannarlega ekkert athugasvert við það að upplifa sterka samkennd með öðru fólki og vissulega siðferðilega gott og fagurt markmið að reyna

að stuðla að hamingju fólks. En það er langt því frá alltaf augljóst hvað á að gera við slíka tilfinningalega samkennd – hvað þá að sú leið sem boðuð er í umræddri þingsályktunartillögu um staðgöngumæðrun í velgerðarskyni sé hinn eini rétti farvegur slíkrar kenndar. Gagnvart sterkri samkennd þurfum við alltaf að vera allsgáð og yfirveguð því vill nefndin benda á þetta atriði: að samkennd með fólki sem þráir að eignast barn – má ekki afvegaleiða skynsemi okkar, hvað þá víkja siðferðinu til hliðar. Sú þingsályktunartillaga sem nú liggur fyrir um staðgöngumæðrun er ekki nægjanlega yfirveguð, og því ekki siðferðilega réttlætanleg. Siðferði og skynsemi verða ekki aðskilið. Siðfræðilega er það meginmál hvort þær leiðir sem við veljum til að stuðla að hamingju fólks séu réttlætanlegar, bæði út frá hugsanlegum afleiðingum þeirra – en einnig út frá grundvallar skilningi okkar á manneskjum sem persónum.

„Nokkur siðferðileg álitafni vakna þegar rætt er um möguleikann á lögleiðingu staðgöngumæðrunar. Almennt eru menn neikvæðir gagnvart staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni út frá því sjónarmiði að verið sé að nota líkama konu í annarlegum tilgangi og einnig væri hægt að líta á slíka gjörð sem einhvers konar form af viðskiptum með börn. Staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni hefur verið líkt við vændi og hugsanlegt er að konur sem búa við fátækt og þröngar félagslegar aðstæður gerist staðgöngumæður vegna slæmra aðstæðna. Þessi álitamál eiga þó betur við um samfélög þar sem mikil fátækt er ríkjandi og heilbrigðisþjónusta og samfélagsform er með öðru sniði en í vestrænum löndum, t.d. á Índlandi“. (úr greinargerð með þingsályktunartillögunni)

Eitt að því sem það hlýtur að vera erfitt fyrir staðgöngumóður að ljúka fæðingarferlinu strax við fæðingu barnsins. Eru það ekki grundvallarmannréttindi að fá að halda barninu sem maður hefur gengið með í fanginu, gefa því að drekka, næra það og vernda, annast það hvað sem líður öllum samningum. Stenst það yfirhöfuð mannréttindahugsun okkar að semja um afnot af líkama sínum. Breytast ekki tilfinningar og vilji þungaðar manneskju frá degi til dags. Verður ekki staðgöngumóðirin að hafa rétt til að sjá sig um hönd? Getum við ekki talað um það sem frumrétt manneskju að halda því sem hún gengur með? Er það ekki í raun utan viðskiptasviðs? Þetta eru spurningar sem kvikna þegar málefnið staðgöngumæðrun er íhugað og ein stóru spurninganna sem kvikna eru varðandi virðingu og rétt manneskjunnar sem gengur með barnið. Í ljósi þessa þá bendir nefndin á eftirfarandi atriði varðandi *mannhelgi/göfgi* og að ekki sé staðinn vörður um mannhelgi og manngöfgi staðgöngumóðurinnar og er byggt hér á siðfræði Immanúel Kants sem femínistar hafa löngum leitað til, til að halda fram sjálfræði kvenna og rétti þeirra til að ráða yfir líkama

sínum. Þetta sjónarmið er útskýrt með vísan til mannhelgireglunnar. Mannhelgireglan felur í sér þrjár fullyrðingar: sú fyrsta er að hver manneskja hafi gildi í sjálfri sér og því megi ekki koma fram við hana einungis sem tæki heldur ætíð einnig sem markmið. Önnur fullyrðingin segir að allar manneskjur hafi sama gildi og sú þriðja að hver maður hafi einstakt gildi. Í kristinni hefð hefur mannhelgireglan verið orðuð svo að maðurinn sé skapaður í guðs mynd: hann sé frjáls og skyni borin vera, með sérstakan hæfileika til samfélags við guð og kærleika til annarra. Svipmótið við guð veiti manningum sérstöðu og sérstaka virðingu. Manneskjur eru persónur og skynsemisverur, hélt Immanuel Kant fram: þær eru, eðli sínu samkvæmt, markmið í sjálfum sér, og því má ekki koma fram við þær af vanvirðingu. Skynsemiseðli manneskjunnar setur öllum geðþótta takmörk og er viðfang virðingar. Persónur eru hlutlæg markmið, segir Kant, þær hafa sína eigin tilvist að markmiði. Þær má aldrei nota eingöngu sem tæki og til gagns fyrir aðra.

Þessi skilningur Kants sem og kristinn mannskilningur er grundvöllur þeirrar skoðunar að staðgöngumæðrun í hvaða mynd sem, í skyni hagnaðar eða velgjörðar, sé mjög umdeilanleg siðferðislega. Siðferðilegur munur sem gerður er á hagnaði og velgjörð eru í besta falli óljós. Það sem lagt er upp með sem velgjörð getur snúist upp í harmleik, sé gert ráð fyrir tilfinningum manneskju sem eru aldrei útreikanlegar fyrirfram, heldur geta breyst, ekki síst á tímabili þegar viðkomandi persóna er þunguð og verður móðir. Í Biblíunni eru þessi orð lögð í munn Drottni Ísraelsmanna þegar hann undirstrikar ævarandi tengsl sín við þjóð sín: „hvort fær kona nokkru sinni gleymt brjóstbarni sínu, sínu eigin lífsafkvæmi“ Þar er vísað til hinna sterku tilfinningatengsla milli móður og barns sem allt mannkyn þekkir. Að skera á þau tengsl með lögum, útilokar ekki að þær tilfinningar verði til, að sú kona sem gengið hefur með barnið geti ekki hugsað sér að láta það frá sér – Þessi staða getur því valdið miklum tilfinningalegum skaða, hjá öllum aðilum, ekki síst meðgöngumóðurinni. Þetta atriði segir mér að sú löggjöf, sem hugsanlega á að smíða hér á landi, sé vafasöm, út frá manngildissjónarmiði. Telur nefndin, á grundvelli siðfræði Kants, að aldrei megi búa svo um hnútana í nokkrum mannlegum aðstæðum, ekki síst í viðkvæmum aðstæðum eins kringum meðgöngu og fæðingu, að hægt sé að svipta móður barni sínu, vilji hún ekki gefa það frá sér. Það er alvarlegt að hugsa meðgöngu og fæðingu sem slík verk að það sé hægt að gera um það bindandi, óafturkræfan samning. Þetta þýðir að mati nefndarinnar að það skortir mikið

upp á mannvirðingu gagnvart meðgöngumóðurinni í þingsályktunartillögum um staðgöngumæðrun í velgerðarskyni.

Ef málið er skoðað út frá sjónarhorni mannréttinda er fyrst til að taka að það að eignast barn verður seint talið til mannréttinda í hefðbundum skilningi. Það er stundum talað um fjórar stoðir mannréttinda þ.e. réttinn til að tjá sig, þá trúfrelsi – þ.e. réttinn til að trúá með þeim hætti og því atferli sem maður kys. Í þriðja lagi er talað um frelsi frá skorti og í fjórða lagi frelsi undan ótta en sú stoð kemur þegar við höfum náð hinum þremur. Rétturinn til að eignast barn væri þá undir frelsi frá skorti er svo er ekki heldur er átt við réttinn til þess lífsviðurværis sem gerir einstaklingnum kleift að vaxa og dafna og þroskast og lifa innihaldsríku lífi. Mannréttinasáttmáli Sameinuðu Þjóðanna er byggður á ofangreindum fjórum stoðum og þar með einnig Mannréttinasáttmáli Evrópu og þar er að okkar dómi ekkert sem rennir stoðum undir það að það teljist til eiginlegra mannréttinda að eignast barn.

Sér til gagns mætti lesa fjöldamarga sáttmála t.d. sáttmála um útrýmingu alls kynþáttamisréttis (elimination of all forms of discrimination) og útrýmingu misréttis gagnvart konum (elimination of all forms of discrimination against women). Allir þessir sáttmála eiga það sameiginlegt að draga fram grundvallaratriði eins og t.d. skýlausan, óafturkræfan, óumsemjanlegan yfirráðarétt einstaklings yfir eigin líkama. Þrælahald er t.d. alveg bannað og Mannréttindadómstóll Evrópu hefur tekið á því að samningsbundið þrælahald er bannað. Einnig þrælahald í velgjörðarskyni. Frá 1987 er dómur þar sem því er lýst ólöglegu að eintaklingur semji sig í þrælahald þ.e. semji frá sér yfirráð yfir eigin lífi. Við snögga yfirferð er ekki hægt að sjá að Mannréttindadómstóll Evrópu hafi skorið úr um það hvort að full staðgöngumæðrun standist mannréttinasáttmála Evrópu. Það er auðvitað mikilvægt því að mannréttinasáttmálinn hefur lagagildi hér á landi.

Eins og sést af þessu þá er að mörgu að hyggja og ekki dugir að setja lög sem dæmd yrðu ólögleg hvort sem væri vegna meginefnisins sjálfs eða því að þau yrðu dæmd ólögleg vegna misréttis (sem gerst hefur með frjónungarlög sem þóttu það þröng að þau töldust mismuna sbr. Austurríki). Þegar kemur að beitingu lagaréttar þá vakna fordæmi. Hvers vegna telst þetta velgjörð en ekki hitt? Hvers vegna var tiltekin indversk kona talin vinkona en ekki hin? Hvers vegna mátti greiða lögfræðingi A 12 milljónir fyrir vinnutap þegar hún gekk með barn

fyrir vinkonu sína o.s.sfrv. Þessar spurningar eru ekki út í hött.

Árið 2009 hefur staðganga verið leyfð í sex ríkjum Bandaríkjanna þ.á. m. Massachussets og fjölmörg mál og nú eru fyrir dómstólum nokkur mál sem fela í sér kröfu um að ríkið greiði staðgönguna og þá á þeirri forsendu að peningakraftur megi ekki ráða aðgengi fólks að lausnum á heilbrigðissviði.

„Réttindi verðandi foreldra þarf einnig að tryggja með samningi milli aðilanna, þ.m.t. að staðgöngumóðir geti ekki hætt við að afhenda barnið við fæðinguna. Á sama hátt þarf að tryggja að foreldrar geti ekki neitað að taka við barni eða börnum, svo sem vegna veikinda, þroska- eða sköpulagsfrávika hjá barninu eða ef um fjölbura er að ræða.“ (úr greinargerð með þingsályktunartillögunni)

Réttindi eru ofarlega í huga okkar þegar staðgöngumæðrun er rædd, réttindi til að geta og eignast barn sem geta umhverfst í brot á réttindum móður. Er réttur til að eignast börn sá sami og réttur á hjálp til að eignast börn. Annað sem hægt er að benda er á að barn er ekki réttur – barn hefur rétt. En því er þannig farið að réttindum fylgja skyldur og réttindi eins verða oft skyldur annars og nú erum við þar komin á Íslandi, í hugmyndum um frelsi og hamingju, að konum og körlum í flestöllum stjórn málflokkum dettur í hug að taka þann rétt af konum að vera mæður þeirra barna sem þær ganga með og fæða. Svipta á konur, sem í velgerðarskyni vilja hjálpa öðrum konum til að eignast barn, þeim sjálfsagða rétti að vera taldar mæður á meðgöngunni, hvað þá að gefa eigi þeim einhvern umþóttunartíma eftir meðgönguna verðandi það að þeim geti snúist hugur. Sú vélræna sýn á manneskjur sem við sjáum í þessum hugmyndum, byggist ekki á innsæi í mannlegt eðli og tilfinningar kvenna sem mæðra, heldur einhverju allt öðru sem er ekki siðferðilega réttlætanlegt. Meðgöngumóðirin og tilfinningar hennar skipta ekki máli, eftir að hún hefur gert bindandi samning við væntanlega foreldra. Hún er látin afsala sér rétti sínum til að vera móðir á þeirri stund sem hún tekur inn í líkama sinn kynfrumur verðandi foreldra. Hennar hlutverk er að ganga með barn og fæða það, og afhenda það síðan. Ekkert næmi fyrir hinum sérstöku aðstæðum er byggt inn í tillögunna. Þvert á móti er það algerlega fyrirbyggt að konu megi eða geti snúast hugur. Barnið er aldrei hennar – hún er aldrei móðir þess, hún á aldrei neitt tilkall til þess. Hún er fyrst og fremst tæki til ákveðins verks, persóna hennar skiptir ekki máli eftir að samningurinn hefur verið gerður. Af hverju er nauðsynlegt að gera slíkan bindandi samning við meðgöngumóðurina? Texti þingsályktunartillögunar segir að það sé nauðsynlegt til að

flækja ekki málið. Þess vegna þurfi að víkja á frá barnalögnum frá 2003 og hætta að líta á líffræðilega móður sem hina eiginlegu móður sbr. :

„Í barnalögum, nr. 76/2003, er tiltekið í 5. gr. að móðir barns sem getið er með tæknifrjóvgun skuli teljast sú kona sem elur barnið. Þetta ákvæði getur ekki staðið samhliða heimild í lögum um tæknifrjóvgun til staðgöngumæðrunar enda þarf að tryggja það að móðir barns sem getið er með tæknifrjóvgun geti líka verið önnur en sú kona sem elur það. Benda má starfshópnum á þann möguleika að fæðingarvottorð barns skilgreini einfaldlega þrjá einstaklinga: staðgöngumóður, móður og föður.“ (úr greinargerð með þingsályktuninni)

Þjóðmálanefnd kirkjunnar leggst alfarið gegn því að slíkt bindandi samkomulag sé gert við staðgöngumóður né að vikið verði frá barnalögum í þessu skyni.

„Þá skipta hagsmunir og réttindi barnsins sem fæðist á þennan hátt máli. Tryggja þarf barninu rétt til þess að þekkja uppruna sinn og auk þess þarf að vera ljóst hvemig barninu muni reiða af missi það t.d. foreldra sína.“ (úr greinargerð með þingsályktunartillögunni)

Við hljótum að spyrja okkur í ljósi þessara orð úr greinargerðinni, hvað þá með Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna? Í Barnasáttmála sameinuðu þjóðanna er eðlilega fyrst og fremst lögð gríðarleg áhersla á hagsmuni barnsins – að það megi alast upp í öryggi og kærleika. Í öðrum Barnasáttmálum virðist hvergi neitt að finna sem hjálpar til í þessum efnum nema þá að tiltekið er að er hvers konar verslun, sala eða kaup á börnum sé bönnuð. Í barnasáttmála sameinuðu þjóðanna er sala á börnum(og verslun með...) bönnuð og sala á börnum skilgreind í viðauka: „hvers kyns aðgerð eða viðskipti þar sem einstaklingur eða hópur fólks framselur öðrum barn gegn þóknun eða hvers kyns öðru endurgjaldi.“

Réttur er gjarna nefndur í þessum tillögum en rétt má skilgreina sem eitthvað sem einstaklingur eða hópur vill eða óskar og er nægjanlega mikilvægt til að leggja á aðra skyldur til að að framfylgja eða ná þessum réttindum. T.d. almenn grunnréttindi barna til menntunar. Þau réttindi leggja skyldur á foreldrana eða samfélagið í einhverju formi þannig að börnin fái notið menntunar og fyrir þessum rétti eru nægjanleg siðferðileg rök. Við greinum líka á milli grundvallarréttinda og köllum þau jákvæð réttindi, en undir það flokkast hin hefðbundnu velferðarréttindi, lækning og meðferð eða neikvæð réttindi sem varða rétt til frelsis eða gjörða án hindrunar – það er ekki staðið í veginum eða hindrað að

viðkomandi nái að uppfylla óskir sínar. Að barn þekki foreldra sína eru grundvallarréttindi. Að eiga rétt til barneigna eru afleidd réttindi í besta falli svo framarlega sem ekki er gengið á rétt einhvers annars.

Í ljósi þess sem áður er sagt er það mati nefndarinnar að þingsályktunar tillaga sú sem nú liggur fyrir Alþingi fyrst og fremst sniðin að þörfum þeirra sem taka eiga við barninu eftir fæðingu. Að okkar mati á að setja hagsmuni barnsins framar og móðurinnar sem gengur með barnið. Þannig að ekki verða hætta á að barn verði þrætuepli meðgöngumóður og kynmóður.

Það mætti leiða að því rök að t.d. ættleiðing sem hefur verið nefnd sem valkostur við staðgöngumæðrun, sé flóknara og erfiðara ferli samkvæmt lögum. Einnig er ljóst að í því ferli að þar sitja hagsmunir barnsins í fyrirrúmi. Ættleiðing er tilboð til barnsins ef svo má segja en ekki foreldranna. Þarna ríkja önnur sjónarmið en þegar rætt er um staðgöngumæðrun.

En hvað veldur að það svo erfitt og langt ferli fyrir íslensk bör að ættleiða hér á landi? Hefur verið gerð úttekt á því og niðurstaðan borin saman við þau lönd sem við berum okkur oftast saman við: s.s. Norðurlönd. Er jafn erfitt fyrir barnlaus bör þar að ættleiða og það er hér? Hvers vegna þarf fólk að bíða árum saman eftir barni. Hverjir bera ábyrgð á ættleiðingarferlinu hér á landi – mætti ekki vinna einarðlega að því að breyta þeim málum til hins betra.

Full staðgöngumæðrun breytir afstöðu allra á taflborði mannlífsins. Það er komin upp nýr leikur sem hefur áhrif á taflið. Það hlýtur að flögra að konum stundum sú hugsun hvort þær myndu ganga með fyrir kæra systur og einn daginn gæti sú spurning komið upp. Þó að hér færi ekkert úr böndum þá er alvörumál á ferð sem hnikar til væntingum og vonum, breytir tengslum. Nú eins og svo oft áður býður tæknin upp á nýja möguleika. Eigum við ?hvers vegna ekki?

Í heimi vaxandi misskiptingar þar sem óþúttir notfæra sér miskunnarlaust neyð og

Þjargarleysi ungra kvenna er mikil hætta á misnotkun og hún er alþekkt í heiminum þegar. Það má orða það þannig að staðgöngumæðrun í heiminum hafi þegar dýpkað þær sprungur sem fyrir eru í mannlegu samfélagi. Og svona fljótt á litið gæti það farið þannig að hægt verði að skautað létt fram hjá vel meinandi lögum í þessa veru sem yrðu í samræmi við þessa þingsályktun. Einnig þurfum við hér á Íslandi að hugleiða hvernig við sýnum með systur okkar á Indlandi og víðar í þriðja heiminum samstöðu? Með lögleiðingu staðgöngumæðrunar hér á landi? Sú leið er siðferðilega varasöm, meðal annars út frá þessum sjónarmiðum sem nefnd hafa verið. Einnig er vert að benda á að þetta er eitt af þeim málum sem á að vinna í samvinnu ríkja líkt og mannréttindasáttmálar eru unnir þegar af þeirri ástæðu að verði staðganga leyfð í einhverjum tilfellum þá má betur varast misnotkun.

Það má líka geta þess að bæði systurþjóðir okkar og systurkirkjur á Norðurlöndum hafa ekki séð ástæðu til þess að leyfa staðgöngumæðrun. Reglugerðir eru ekki alveg samhljóða en afgerandi þegar kemur að staðgöngumæðrun. Raddir kirknanna eru misháværar en þó samhljóma þegar kemur að umræðu um staðgöngumæðrun (sjá stutta umfjöllun í lok umsagnarinnar)

Við erum að feta okkur á hálum stigum. Vitanlega þekkjum við og virðum löngun fólks til að eiga börn, sjá afkomendur. Sú löngun er sterk og varin af því sem okkur finnst réttur til barneigna með öllum mögulegum ráðum.

Þjóðmálanefnd kirkjunnar finnst upplegg flutningsmanna þingsályktunartillögunnar æði þjartsýnislegt. Og staðhæfingar um að þetta mál sé fullrætt eru út í hött. Það má vera að flest augljós rök hafi verið reifuð en umræðan er rétt að byrja. Það er vissulega fallett ef hægt er að gera öllum að eignast barn en ef í einhverjum málum er nauðsynlegt að taka tillit til allra hluteigandi þá er það í lok lífs og ekki síður við upphaf þess. Því skal vanda til verka og ekki ana að neinu varðandi lagasetningar um staðgöngumæðrun.

Stutt yfirlit yfir stöðu staðgöngumæðrunar á Norðurlöndunum.

Danmörk

Í Danmörku hefur kirkjan enga slíka stjórn sem kirkjuráð eða slíka stjórnarsýslu. Þar hefur nokkurskonar landssiðráð (Etisk ráð) fjallað um og gefið út greinargerð varðandi staðgöngumæðrun kirkjan hefur ekki sameiginlegt ráð, nefnd eða stjórn sem fjallar um slík mál. Etisk ráð er skipað af danska þinginu að hluta til og margir guðfræðingar/prestar sitja í því en það starfar þó óháð.

Samkvæmt dönskum lögum er bannað að framkvæma tæknifrjóvgun ef fyrir liggur samkomulag milli konunnar sem sækist eftir þunguninni og annarar sem óskar eftir að konan fæði fyrir hana barn.

Ráðið leggst gegn staðgöngumæðrun en sérálit eins nefndarmanns má nefna í framhjáhlaupi. Það álit beinir sjónum okkar að menningarlegum mun sem vert er að veita athygli. Naser Khader fulltrúi í Etisk ráði bendir á í sínu séráliti hversu mikilvægt það er ákveðnum hópi innflytjenda að börn fæðist í hjónabandi ef ekki þá er hjónabandið ekki fullkomnað.

Noregur

Í Noregi er staðgöngumæðrun bönnuð og jafnframt eggjöf en gjafasæði leyft. Þess í stað nýta Norðmenn sér heimsmarkaðinn ef svo má segja.

Í umsögn norska kirkjuráðsins um tillögu faðernisnefndarinnar varðandi foreldrahlutverkið í barnalögnum leggur kirkjuráðið ríka áherslu á að varðaveita hinn hefðbundna skilning á foreldrahlutverkinu og vísar sér til fulltingis í Barnasáttmála SP. Það er hnykkt á því sem í norskum lögum stendur að konan sem fæðir barn er að lögum móðir barnsins.

Þess má geta að 2010 fæddust tvíburar í Indlandi af innfæddri leigumóður. Samkvæmt norskum lögum er konan sem fæðir barnið móðir þess. Norska konan sem átti frumkvæðið að þunguninn ætlaði sér að ættleiða barnið. Norska móðirin staðhæfði hún hefði lagt til sínar kynfrumur en það reyndist ekki vera satt. Norsk yfirvöld segja að barnið sé indverskt en Indverjar segja barnið vera norskt. Konan er enn í Noregi (Samkv. fréttum frá 22. janúar 2011) og engin lausn í sjónmáli

Er þá eina leiðin að leyfa staðgöngumæðrun þegar við stöndum frammi fyrir slíku ?

Svíþjóð

Í Svíþjóð er staðgöngumæðrun bönnuð

Þess má geta að sænska kirkjuráðið (Kyrkostyrelsen) hefur tekið ákveðna afstöðu gegn staðgöngumæðrun en tekur ekki afstöðu gegn tæknifrjóvgun og styður rétt barns til að þekkja faðerni sitt ef um gjafasæði er að ræða. En fyrst og fremst að barnið eigi foreldra – tvo /tvær/tvö Eiginlega verði sæðisgjafinn að afsala sér tilkalli til föðurhlutverks áður en getnaður á sér stað. Þetta á ekki við þegar um er að ræða tvo karlmenn sem fá staðgöngumóður til að ganga með barn.

Finnland

Í Finnlandi var framan af tómarúm varðandi staðgöngumæðrun í lögum og það því leyft. Í dag er leyfilegt að nota gjafaegg en þó ekki ef ástæða er til að ætla að barnið sem getið er verði gefið til ættleiðingar. Staðgöngumæðrun er því ekki heimil.

F.h. Þjóðmálanefndar kirkjunnar

Sr. Baldur Kristjánsson sóknarprestur

Dr. Sólveig Anna Bóasdóttir dósent

Sr. Irma Sjöfn Óskarsdóttir verkefnisstjóri