

Når staten skaber familier – forældreskab, IVF, sæddonation og assisteret reproduktion i Danmark

Temanummer: Familiepolitik

I artiklen undersøger jeg, hvordan assisteret reproduktion i Danmark både gør familier mulige og sætter grænser for, hvem der kan få adgang til familiedannelse. Når staten hjælper mennesker med at få børn, handler det ikke kun om medicinsk behandling men også om, hvilke familier og former for forældreskab, der anses som mest ønskværdigt. Jeg argumenterer for, at fertilitetsbehandling er et rum, hvor forestillinger om den gode forælder og den ønskværdige familie bliver formet og forhandlet. Dette blik muliggør at se på hvordan samfundets normer om krop, køn, alder, ansvar, stabilitet og omsorg former reproduktion. Artiklen bygger på min forskning i IVF's historie i Danmark, vurderinger af forældreuegnethed ifm. IVF, danske sædbanker og sæddonorer samt på aktuel lovgivning og regulering.

Keywords: Danmark, familie, fertilitet, forældreskab, IVF, normer, reproduktion

1. Når et barn bliver til

Når et barn bliver til ved assisteret reproduktion, begynder historien ofte med et ønske. En kvinde eller et par ønsker at få et barn, men har brug for hjælp – måske fordi en graviditet ikke kan opstå uden medicinsk behandling, måske fordi der er brug for doneret sæd eller æg, eller måske fordi selve familiedannelsen ikke passer ind i den forestilling, hvor et barn bliver til gennem heteroseksuelt samleje. Samtidigt er reproduktion og adgang til medicinsk hjælp når det er nødvendigt også et centralt politisk spørgsmål. Med sin prioritering af fertilitetsbehandling som en del af sundhedsvæsenet handler den nye firkløverregering i tråd med mange af deres politiske forgængere (Statsministeriet 2026).

Assisteret reproduktion bliver derfor tit beskrevet som en hjælpende teknologi. Den gør noget muligt, som ellers ikke ville kunne ske. Den kan give adgang til forældreskab, hvor kroppen, sygdom, alder, seksualitet eller livsform sætter grænser. Den kan åbne en vej til familie for mennesker, som tidligere ville have været afskåret fra at få børn.

Men et barn bliver ikke kun til gennem teknologiske løsninger. Det bliver også til gennem lovgivning, kliniske procedurer, administrative vurderinger, donorprofiler, samtykkeerklæringer, journaler, testresultater og institutionelle beslutninger. Assisteret reproduktion er ikke bare et møde mellem et ønske



SEBASTIAN MOHR-
WINTERBERG
semo@hum.ku.dk

om et barn og en medicinsk mulighed. Det er også et møde med et system, der både hjælper og sorterer.

Spørgsmålet om assisteret reproduktion er nemlig ikke kun teknisk: Hvordan kan man skabe en graviditet? Det er også socialt og politisk: Hvem får adgang til hjælp? Hvem vurderes som egnet til at blive forælder? Hvilke former for familie bliver lettere at skabe, og hvilke kræver flere forklaringer, godkendelser eller undtagelser? Og hvilke forventninger stilles der til de donorer, hvis sæd eller æg gør andres familiedannelse mulig?

Denne tekst samler viden og indsigter fra min forskning om assisteret reproduktion, IVF og sæddonation i Danmark. Den bygger således på analyser af IVF's sociale og kulturelle historie i Danmark (Mohr & Koch, 2016), på forskning i administrative vurderinger af forældreegnethed og adgang til IVF (Mohr & Herrmann, 2022), på etnografisk forskning i danske sædbanker og sæddonorerers erfaringer (Mohr, 2018) samt på den aktuelle lovgivning på området. Jeg har ikke skrevet teksten som et resumé af disse publikationer, men som en selvstændig formidling af de centrale indsigter min forskning tilsammen giver.

Teksten er bygget op i seks dele. Først forklarer jeg den aktuelle lovgivning, fordi loven sætter de formelle rammer for, hvad assisteret reproduktion er, hvem der kan få behandling, og hvilke grænser der gælder. Derefter sætter jeg lovgivningen ind i en historisk sammenhæng: Hvordan gik assisteret reproduktion fra at være en kontroversiel teknologi til at blive en del af dansk hverdagsliv? Herefter følger en analyse af adgang, afslag og vurderinger af forældreegnethed. Her fokuserer jeg på, hvordan et ønske om et barn i særlige tilfælde bliver gjort til genstand for myndigheders vurdering af fremtidigt forældreskab. Derefter flytter jeg blikket til sæddonorer og donorvalg for at vise, at regulering også former dem, der gør donorbaseret familiedannelse mulig. Til sidst samler jeg trådene i en bredere pointe om, at familier bliver til gennem teknologi, lov og normer på samme tid.

I Danmark er assisteret reproduktion blevet en almindelig del af måden, familier kan blive til på. Hvert niende barn født i Danmark blev til ved hjælp af fertilitetsbehandling (DR 2026). Samtidig er området tæt reguleret. Loven fastlægger, hvad der må gøres, hvem der må behandles, og under hvilke betingelser behandling kan finde sted. Sundhedspersoner skal ikke kun tage stilling til medicinske forhold, men i særlige tilfælde også til, om der er tvivl om en persons eller et pars evne til at drage omsorg for et barn. Sæddonorer skal ikke kun kunne levere sæd; de skal også godkendes, testes og fremstå som acceptable bidragydere til andres familier.

Denne tekst handler om denne dobbelte bevægelse. På den ene side har assisteret reproduktion åbnet familiedannelse for flere mennesker i Danmark. På den anden side handler adgangen til assisteret reproduktion ikke kun om ønsker, kærlighed eller biologi. Det handler også om regler, normer og vurde-

ringer. Når samfundet hjælper mennesker med at få børn, er det samtidig med til at definere, hvem der kan blive forældre, hvem der kan bidrage som donor, og hvilke familier der fremstår som legitime.

2. Loven og regulering som ramme for familiedannelse

For at forstå, hvordan assisteret reproduktion både åbner og begrænser familiedannelse, må vi først se på loven og gældende regulering. Det er her, området får sin formelle ramme og reproduktion bliver et sundhedsfagligt, juridisk og normativt spørgsmål (Folketinget 2024; Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004a, 2004b, 2015, 2019, 2025).

Til at begynde med afgrænser loven, hvad det overhovedet er, der reguleres. Assisteret reproduktion handler i lovens forstand om situationer, hvor graviditet søges etableret på en anden måde end ved heteroseksuelt samleje, og når det sker under en sundhedspersons ansvar. Det kunne være ægudtagning, befrugtning uden for kroppen, oplægning af befrugtede æg eller insemination. Her definerer loven altså, hvornår reproduktion bliver et sundhedsfagligt og retligt anliggende.

Loven og reguleringer på området bruger samtidig bestemte kropslige definitioner. En kvinde forstås som en person med livmoder eller æggestoksvæv, og en mand som en person med mindst én testikel. Dertil kommer, at behandlingsregler udelukker kvinder med en BMI større end 35 (Body Mass Index) (Dansk Fertilitetsselskab 2023). Kvinder, der er ældre end 41 år, er også nægtet adgang i det offentlige system ifølge Danske Regioners behandlingsregel (Heissel 2018), og loven sætter den øverste aldersgrænse på 46 år, også når man behandles privat. Fra 2027 vil der også være en aldersgrænse på 55 år for mænd. Loven begrænser samtidigt adgang til fertilitetsbehandling i det offentlige til enlige kvinder med maks. et barn og par, der maks. har et fælles barn i forvejen. Hvis man kan betale typiske omkostninger på 25.000-30.000 kr. per IVF-cyklus i det private, så kan man undgå disse begrænsninger. Lovgivningen og reglerne og ikke mindst økonomisk formåen organiserer reproduktion dermed gennem bestemte forestillinger om køn, krop og alder. Det er et eksempel på, hvordan sundhedsfaglige, retlige og normative vurderinger flettes sammen i reguleringen af familiedannelse.

Loven sætter også grænser for, hvordan æg og sæd må bruges. Assisteret reproduktion må som udgangspunkt kun ske ved at forene en genetisk uændret ægcelle med en genetisk uændret sædcelle. Der er forbud mod bestemte former for manipulation, og der må ikke etableres assisteret reproduktion, hvis sundhedspersonen ved, at æg og sæd stammer fra genetisk nært beslægtede personer. Hvis både æg og sæd kommer fra donorer, og ægget ikke stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, og sæden ikke fra hendes partner, kræver loven, at brugen af både doneret æg og doneret sæd er sundhedsfagligt begrundet, og at enten ægget eller sæden er doneret i ikke-anonym form.

Derudover er også donation og opbevaring af kønsceller detaljeret reguleret. Æg og sæd kan ikke bare cirkulere frit som biologisk materiale. Der kræves information og skriftligt samtykke, og der er regler for, hvor længe æg kan opbevares, hvornår de skal destrueres, og til hvilke formål de må anvendes. Donorer kan være anonyme eller ikke-anonyme, men også anonymitet er reguleret gennem bestemte begrænsninger for, hvilke oplysninger der må videregives. Sæd og æg bliver dermed ikke kun biologiske ressourcer; de bliver materialer, som loven gør sporbare, kontrollerbare og anvendelige inden for bestemte formål.

Endelig indeholder lovgivningen også en central bestemmelse om forældreuegnethed. Hvis den ansvarlige sundhedsperson vurderer, at der er tvivl om en enlig kvindes eller et pars evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen, skal sagen sendes videre til regionsrådet. Hvis kvinden eller parret ikke giver samtykke til det, skal behandlingen afvises. Hvis der foreligger samtykke, kan regionsrådet træffe afgørelse om, hvorvidt behandling må iværksættes, og afgørelsen kan påklages til Ankestyrelsen.

Den danske lovgivning om assisteret reproduktion gør altså mere end at beskrive, hvilke behandlinger der er tilladt. Den skaber en samlet ramme, hvor kroppe, kønsceller, alder, samtykke, donorforhold, sygdomsrisiko og omsorgsevne bliver en del af samme regulerede felt. Loven muliggør familiedannelse, men den gør det ved samtidig at opstille betingelser. Den hjælper nogle mennesker tættere på forældreskab, men den fastlægger også, hvornår ønsket om et barn møder en grænse.

Når loven i dag fremstår som en samlet ramme, kan det se ud, som om reguleringen altid har været sådan. Men det har den ikke. De nuværende regler er resultatet af en længere historisk udvikling, hvor assisteret reproduktion gradvist blev gjort legitim som medicinsk behandling, som velfærdsydelse og som måde at stifte familie på.

3. Fra kontroversiel teknologi til dansk hverdag

De regler, der i dag organiserer assisteret reproduktion, er ikke opstået i et tomrum. De er vokset frem sammen med ændrede forestillinger om medicin, familie, velfærd og lighed. For at forstå, hvorfor loven både hjælper og afgrænser, må vi derfor se på, hvordan assisteret reproduktion blev en accepteret del af danskernes hverdag (Mohr, 2018; Mohr & Koch, 2016).

Assisteret reproduktion har ikke altid været en selvfølgelig del af dansk familiedannelse. Da det første danske barn efter IVF-behandling blev født i 1983, var teknologien ny, omdiskuteret og forbundet med betydelig usikkerhed. Den gjorde det muligt at befrugte et æg uden for kroppen og flyttede dermed noget, der tidligere blev forstået som privat, kropsligt og intimt, ind i politik, velfærdsstaten og den offentlige debat.

Bekymringerne handlede ikke kun om medicinsk sikkerhed. De handlede også om, hvad der skete med forestillinger om familie, slægtskab og forældreskab, når reproduktion kunne hjælpes på vej gennem teknologi. Donorinsemination havde allerede tidligere rejst lignende spørgsmål. Når et barn blev til med sæd fra en donor, blev forbindelsen mellem biologi, socialt faderskab og familieliv mere kompleks. Det udfordrede den traditionelle forståelse af familien som bygget op omkring et heteroseksuelt par og deres fælles biologiske barn.

I begyndelsen blev både donorinsemination og IVF derfor forsøgt gjort acceptable ved at placere dem så tæt som muligt på den kendte familiemodel. Behandlingerne blev først og fremmest forstået som hjælp til barnløse heteroseksuelle par. Donoren skulle helst forsvinde ud af fortællingen, og teknologien skulle ikke fremstå som en ændring af familien, men som en måde at reparere et problem inden for familien. På den måde kunne medicinsk hjælp til reproduktion fremstilles som støtte til en allerede legitim form for familiedannelse.

Alligevel blev IVF et vendepunkt. Teknologien gjorde det tydeligt, at læger og klinikker ikke længere alene kunne afgøre, hvordan menneskelig reproduktion skulle håndteres. Spørgsmål om befrugtede æg, forskning, etik og adgang til behandling skabte et behov for eller ønske om bredere politisk og samfundsmæssig regulering. Med etableringen af Det Ethiske Råd og den efterfølgende lovgivning blev assisteret reproduktion derfor gradvist flyttet fra et område præget af lægelig praksis og selvregulering til et område, hvor staten tydeligere satte rammerne.

Samtidig ændrede sig forståelsen af hvem der skulle have adgang til assisteret reproduktion. Hvor IVF i begyndelsen blev legitimeret ved at blive knyttet til den heteroseksuelle kernefamilie, blev udelukkelsen af andre familieformer senere i sig selv et problem. Enlige kvinder og lesbiske par blev først placeret uden for den legitime adgang til behandling, men denne grænse blev efterhånden udfordret. Da adgang til donorinsemination og IVF blev åbnet for enlige og lesbiske kvinder, markerede det et vigtigt skifte: Assisteret reproduktion blev ikke længere kun forstået som hjælp til bestemte par, men som en del af en bredere ligheds- og velfærdslogik.

Denne udvikling betyder ikke, at alle grænser forsvandt. Tværtimod blev grænserne omformet. Hvor de tidlige debatter især handlede om, hvorvidt teknologien overhovedet var acceptabel, kom senere debatter til at handle om, hvem der skulle have adgang til den, og på hvilke betingelser. Assisteret reproduktion blev normaliseret, men netop fordi den blev normal, blev reguleringen af adgang også mere central.

I dag fremstår assisteret reproduktion i Danmark som en almindelig måde, familier kan blive til på. Den er ikke længere kun et ekstraordinært medicinsk indgreb, men en del af den sociale virkelighed, hvor børn, forældre, donorer, klinikker og myndigheder indgår i samme reproduktive kontrakt. Den histo-

riske udvikling viser derfor en vigtig dobbelthed: Teknologien har gjort flere familier mulige, men den har samtidig gjort spørgsmålet om legitim familiedannelse til et offentligt og reguleret anliggende.

Det leder videre til et af de steder, hvor denne dobbelthed bliver særlig tydelig: vurderingen af, hvem der ikke blot ønsker et barn, men anses for at kunne tage vare på det.

4. Vurderinger af forældreuegnethed – den gode forælder bliver til

Når assisteret reproduktion er blevet almindelig, bliver adgang til behandling et afgørende spørgsmål. Det er ikke længere kun teknologien selv, der skal legitimeres. Det skal de kommende forældre i nogle tilfælde også. Her bliver lovgivningens bestemmelser omsat til konkrete vurderinger af menneskers liv (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2019).

Når mennesker søger hjælp til at få et barn gennem assisteret reproduktion, skal den ansvarlige sundhedsperson overveje, om der er tvivl om den enlige kvindes eller parrets evne til at tage vare på et kommende barn. Hvis en sådan tvivl opstår, skal sagen sendes videre til regionsrådet, som skal træffe afgørelse om, hvorvidt behandling med assisteret reproduktion kan iværksættes. I denne afgørelse kan regionsrådet inddrage anden sagkundskab, hvis der gives samtykke til det. Dette kunne være viden om misbrugsproblemer, mental helbred, eller forhold der kan eller har ført til, at et barn skulle anbringes/har været anbragt uden for hjemmet. Hvis regionsrådet ikke giver lov til behandling, kan afgørelsen overklages til Ankestyrelsen inden for fire uger.

Vurderingen af forældreuegnethed gør assisteret reproduktion til noget mere end behandling af barnløshed. Den etablerer et punkt, hvor staten og sundhedsvæsenet ikke kun vurderer kroppen, men også det liv, barnet forventes at blive født ind i. Den kommende forælder vurderes dermed ikke blot som patient, men som mulig omsorgsperson. Dvs. her bliver spørgsmålet om, hvem der kan få hjælp til at blive forælder, ikke kun et spørgsmål om reproduktiv teknologi, men også om tillid, ansvar og myndigheders vurdering af et endnu ikke eksisterende barns fremtid. Og i praksis handler vurderingerne også om idealer: om hvilken slags voksen der fremstår som tryk, ansvarlig og egnet til at få hjælp til at blive forælder. Det har en gennemgang af forældreuegnethedsvurderinger vist og som det her kapitels argumenter bygger på (Mohr & Herrmann, 2022).

Når en myndighed vurderer, om en person eller et par er forældreuegnet eller ej, skal der formelt set etableres beviser for, at disse personer ikke kan drage omsorg for et barn. Men som min forskning viser, så handler disse vurderinger i praksis faktisk mere om at så tvivl omkring en persons egnethed til at være forælder. Og det er i denne proces, at bestemte idealer om den

gode forældre træder frem. Det er nemlig ikke nok at ønske sig et barn eller at kunne gennemføre en fertilitetsbehandling. Den kommende forælder skal også fremstå som et menneske, der kan tilbyde barnet stabilitet, ansvarlighed og et liv uden social eller personlig usikkerhed.

Et gennemgående ideal i forældreugenetshedsvurderinger er psykisk og medicinsk stabilitet. Psykiske diagnoser, tidligere eller igangværende psykiatrisk behandling og brug af medicin kan få betydning, fordi de kan blive forstået som tegn på, at en persons dømmekraft, overskud eller omsorgsevne er usikker. Det betyder ikke nødvendigvis, at personen konkret har vist sig ude af stand til at tage vare på et barn. Men når en diagnose foreligger, så ses den kommende forælder ikke kun som et menneske med en behandlingshistorie, men som en mulig risiko for det endnu ikke fødte barn.

Et andet ideal handler om selvstændighed. Den gode forælder forventes at kunne klare hverdagen, tage initiativ, skabe struktur og håndtere praktiske og følelsesmæssige krav uden omfattende støtte. Hvis en person har brug for hjælp til daglige opgaver, lever med fysisk funktionsnedsættelse, har kroniske smerter eller på anden måde beskrives som afhængig af støtte, kan det så tvivl om forældreegnethed. Her bliver omsorgsevne tæt forbundet med forestillingen om at kunne mestre sit eget liv, og om personen fremstår som handlekraftig, uafhængig og robust.

Et tredje ideal handler om social ansvarlighed. Arbejde, uddannelse, økonomisk selvforsørgelse og evnen til at fastholde aftaler kan komme til at fungere som tegn på, om en person investerer i en stabil fremtid. Omvendt kan arbejdsløshed, afbrudte uddannelses- eller aktiveringsforløb, kontakt med sociale myndigheder eller konflikter med behandlingssystemet blive tolket som tegn på manglende ansvarlighed. På den måde bevæger vurderingerne sig fra spørgsmålet om omsorg for et barn til en bredere vurdering af, om en persons liv fremstår ordnet, forudsigeligt og samfundsmæssigt produktivt.

Det er netop her, reguleringen bliver betydningsfuld. Den handler nemlig ikke kun om enkelte risikofaktorer, men om hvordan forskellige forhold lægges sammen. Psykisk helbred, medicin, økonomi, uddannelse, arbejde, kropslig funktionsevne, tidligere familiehistorie og kontakt med myndigheder kan tilsammen skabe et billede af en person, der ikke lever op til idealet om den gode forælder og derfor får afslag på sin anmodning om behandling med assisteret reproduktion.

Det rejser et vanskeligt spørgsmål. For selvfølgelig har samfundet en interesse i, at børn fødes ind i hjem, hvor de kan få omsorg, tryghed og stabilitet. Men vurderingen af forældreegnethed kan samtidig komme til at bygge på normer om, hvordan et rigtigt voksenliv bør se ud. Den, der har en psykisk diagnose, modtager offentlig forsørgelse, har brug for støtte i hverdagen eller ikke passer ind i idealet om den selvstændige og produktive borger, fremstår som en usikker og dermed uønsket forælder.

På den måde bliver assisteret reproduktion et særligt tydeligt sted, hvor samfundets forestillinger om forældreskab bliver synlige. Mange mennesker får børn uden nogensinde at skulle dokumentere deres omsorgsevne over for en myndighed. Men når et barn ønskes gennem assisteret reproduktion, er ønsket underlagt en vurdering af, om den kommende forælder fremstår som egnet, stabil og ansvarlig, nok. Her bliver adgang til forældreskab ikke kun et spørgsmål om reproduktiv mulighed, men også om at blive anerkendt som den rette slags voksen. Og denne vurdering kan også ses, når donorerne kommer i spil.

5. Genetisk virksomt, socialt acceptabelt og følelsesmæssigt håndterbart – den gode donor bliver til

Spørgsmålet om, hvem der kan blive forælder, hænger sammen med spørgsmålet om, hvem der kan bidrage til andres forældreskab. I donorbaseret reproduktion bliver sæddonoren en figur, der både skal være til stede og træde i baggrunden. Hans bidrag er afgørende, men hans rolle skal også gøres socialt håndterbart (Graham et al., 2015; Mohr, 2010, 2013, 2016, 2018). Uden donorer ingen donorinsemination, ingen behandling med donorsæd og ingen af de familier, der bliver til gennem denne form for hjælp. Men donorens rolle er samtidig vanskelig, fordi han både er central og helst ikke må fylde for meget.

Sæddonation skal derfor hele tiden gøres legitim. Donoren skal ikke fremstå som en tilfældig mand, der har afleveret en kropsvæske. Han skal fremstå som en passende bidragsyder til andres familiedannelse. Hans sæd skal testes, håndteres, opbevares og gøres anvendelig. Hans krop og helbred skal vurderes. Hans oplysninger skal præsenteres, så sæden ikke blot fremstår som anonymt biologisk materiale, men som noget, der kan indgå i en ansvarlig reproduktiv proces.

Det betyder, at sæd i sædbankens praksis bliver gjort til mere en bare sæd. Den er ikke bare en kropsvæske forbundet med seksualitet, intimitet og den mandlige krop. Den bliver gjort til en reproduktiv ressource. Det sker gennem laboratoriets rutiner, gennem prøver, tal, beholdere, registrering og kvalitetsvurderinger. På den måde bliver donorsæd løsrevet fra den konkrete situation, hvor den er produceret, og gjort til noget, der kan bruges i behandling, transporteres, opbevares og vælges af andre.

Men denne løsrivelse er kun den ene side af processen. For når donorsæd skal vælges af en modtager, skal den samtidig forbindes med en person igen. Sædbanken må på én gang adskille sæden fra donorens krop og genforbinde den med en socialt genkendelig figur. Det sker gennem donorprofiler, hvor oplysninger om donorens udseende, helbred, interesser, familiehistorie, personlige beskrivelser og i nogle tilfælde barndomsbilleder eller sammenligninger med

kendte personer kan indgå. Disse profiler gør donorsæd lettere at forestille sig som del af en fremtidig familie.

Donorvalget er dermed også en følelsesmæssig og social praksis. Den person eller det par, der vælger en donor, skal kunne forbinde det biologiske materiale med en forestilling om et kommende barn, en familie og måske en form for genkendelighed. Donoren bliver ikke nødvendigvis tænkt som far, men han bliver heller ikke helt betydningsløs. Han træder frem som en figur, der kan gøre donationen mindre fremmed og mere acceptabel.

Her viser reguleringen sig igen som mere end lov. Hvorimod der findes formelle regler om donation, samtykke, sikkerhed og anvendelse, så findes der også en række uformelle normer. Den gode donor skal fremstå sund, stabil, ansvarlig og kontrolleret. Han skal kunne forbindes med ønskværdige egenskaber, men uden at forstyrre den familie, der skal blive til. Han skal være nærværende nok til at skabe tillid, men fraværende nok til ikke at true forældreskabet hos dem, der modtager sæden. Sædbankens arbejde består derfor i at gøre donorens bidrag passende: genetisk virksomt, socialt acceptabelt og følelsesmæssigt håndterbart.

6. Når familier bliver til – teknologi, lov og normer

Assisteret reproduktion har gjort det muligt for flere mennesker at stifte familie. Den har åbnet veje til forældreskab, hvor graviditet ellers ikke kunne opstå, og den har gjort donorbaseret familiedannelse til en del af dansk hverdagsliv. Men teknologierne har ikke kun flyttet grænser i medicinsk forstand; de har også flyttet sociale grænser for, hvem der kan blive forældre.

Netop fordi assisteret reproduktion hjælper familier med at blive til, bliver den også et sted, hvor samfundet tager stilling til, hvilke familier der kan blive til. Loven, klinikkerne, sædbankerne og myndighederne arbejder ikke uden normer. De vurderer, afgrænser, godkender og afviser. De gør det ofte med henvisning til barnets tarv, sundhed, sikkerhed og ansvarlighed. Men i disse vurderinger ligger der også forestillinger om den gode forælder, den acceptable donor og den ønskværdige familie.

Derfor er assisteret reproduktion aldrig kun et spørgsmål om teknologi. Det er heller ikke kun et spørgsmål om individuelle ønsker. Det er et felt, hvor biologi, medicin, ret, økonomi, seksualitet, køn og social orden mødes. Et æg eller en sædcelle er ikke bare biologisk materiale. Det bliver en del af et reguleret system, hvor det skal kunne spores, opbevares, anvendes, doneres, vælges eller destrueres efter bestemte regler. På samme måde er den kommende forælder ikke kun patient, og donoren ikke kun donor. De bliver begge vurderet i forhold til bestemte forventninger om ansvar, stabilitet og legitimitet.

Det gør området vanskeligt, men også vigtigt at forstå. Assisteret reproduktion kan både være inkluderende og ekskluderende på samme tid. Den kan

give adgang til familiedannelse for mennesker, der tidligere ville have været udelukket. Men den kan også fastholde grænser for, hvem der anses som egnet til at blive forældre, hvem der kan bidrage som donor, og hvilke former for slægtskab der fremstår mest acceptable.

Svaret på spørgsmålet, om assisteret reproduktion enten frigør eller begrænser, er derfor heller ikke hverken eller. Den gør begge dele. Den skaber nye muligheder, men den gør det gennem regler, procedurer og normer, som ekskluderer. Når et barn bliver til gennem assisteret reproduktion, bliver det derfor ikke kun til gennem medicinsk hjælp. Det bliver til gennem et helt system af lovgivning, institutionel praksis og sociale forestillinger om, hvad en familie er, hvem der kan tage ansvar for et barn, og hvilke liv der får lov at blive begyndelsen på en ny familie.

Referencer

- DR (2026). Hvert niende barn kommer nu til verden efter fertilitetsbehandling. Danmarks Radio, 29.04.2026. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/mere-end-hvert-syvende-barn-kommer-nu-til-verden-efter-fertilitetsbehandling>
- Folketinget (2024). Lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004a). Bekendtgørelse om anvendelse af præimplantationsdiagnostik i særlige tilfælde.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004b). Bekendtgørelse om indberetning af IVF-behandling m.v. samt præimplantationsdiagnostik og svangerskabsreduktion.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2015). Vejledning om sundhedspersoners og vævscentres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med assisteret reproduktion.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2019). Bekendtgørelse om vurdering af forældreuegnethed i forbindelse med behandling med assisteret reproduktion.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025). Bekendtgørelse om assisteret reproduktion.
- Graham, S., Mohr, S. & Bourne, K. (2015). Regulating the 'good' donor: The expectations and experiences of sperm donors in Denmark and Victoria, Australia. I S. Golombok, R. Scott, J.B. Appleby, M. Richards & S. Wilkinson (red.), *Regulating Reproductive Donation* (1. udgave, s. 207–231). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316117446.011>
- Heissel, A. (2018): Aldersgrænsen for fertilitetsbehandling bliver ændret. Ugeskrift for Læger. Nyhed. 01.06.2018. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/aldersgraensen-fertilitets-behandling-bliver-aendret>
- Mohr, S. (2010). What does one wear to a sperm bank? Negotiations of sexuality in sperm donation. *Kuckuck - Notizen Zur Alltagskultur*, 25(2), s. 36–42.
- Mohr, S. (2013). Ordrede forhold: Sæddonorer og sæddonation i danske medier. *Kritik*, 46(209), s. 72–83.
- Mohr, S. (2016). Containing Sperm—Managing Legitimacy: Lust, Disgust, and Hybridity at Danish Sperm Banks. *Journal of Contemporary Ethnography*, 45(3), 319–342. <https://doi.org/10.1177/0891241614558517>
- Mohr, S. (2018). *Being a sperm donor: Masculinity, sexuality, and biosociality in Denmark*. Berghahn Books.
- Mohr, S. & Herrmann, J.R. (2022). The politics of Danish IVF: Reproducing the nation by making parents through selective reproductive technologies. *BioSocieties*, 17(2), s. 297–319. <https://doi.org/10.1057/s41292-020-00217-1>
- Mohr, S. & Koch, L. (2016). Transforming social contracts: The social and cultural history of IVF in Denmark. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.09.001>
- Statsministeriet (2026). Det politiske grundlag for firkloverregeringen. Juni 2026.