

DRØMMEN OM AT BLIVE MOR

En antropologisk analyse af markedsføringen af genetisk testning af embryoner i Spanien

ASTRID BOE HÜTTEL, FIONA HAUSTEDT MOSSMAN OG MAURO TURRINI

Der er mere end 6.000 alvorlige sygdomme, som kan overføres fra forældre til børn. Når et familiemedlem er bærer af en af disse arvelige, genetiske ændringer, stiger risikoen for, at et andet familiemedlem kan få et barn med denne sygdom – selvom både mor og far er fuldstændig raske. Heldigvis vil vi i dag fortælle om en teknologi, der kan eliminere denne risiko: præimplantationsgenetisk diagnostik (PGD)¹ (blogpost).

Denne blogpost fra en privat spansk fertilitetsklinik er langt fra et enestående eksempel på den fortælling, som optræder på spanske fertilitetsklinikkers hjemmesider og sociale medieplatforme. På Instagram, Facebook, X (tidligere Twitter), blogs og hjemmesider beskriver fertilitetsklinikkerne, hvordan deres erfarene personale ved brug af de nyeste og mest avancerede teknologier inden for assisteret reproduktion kan tilbyde talrige fordele til både potentielle forældre og deres mulige, fremtidige børn.

De teknologiske muligheder for indgriben i den assisterede reproduktive proces spænder bredt: fra de mere almenkendte in vitro-fertiliseringer (IVF), hvor en ægcelle befrugtes med en sædcelle uden for livmoderen, og rutineprægede ultralydsscanninger til brugen af kunstig intelligens i udvælgelsen af sæd- og ægdonorer. Blandt disse teknologiske ydelser sælger klinikkerne desuden muligheden for at analysere det genetiske arvemateriale af et befrugtet æg (også kaldet et embryo), inden det opsættes i livmoderen, for at kunne identificere uønskede genetiske mutationer. Denne teknik kaldes præimplantationsgenetisk testning (PGT) og anbefales som regel til personer, der er bærere af en alvorlig arvelig sygdom, eller personer, hvor det vurderes, at der kan være en risiko for kromosomafvigelser hos fosteret. På den måde tilbyder klinikkerne en mulighed for, at potentielle forældre kan vurdere kvaliteten af deres embryoner og således fravælge dem, der viser tegn på at være „usunde“ eller „unormale“.² Ved at udvælge de embryoner, der klassificeres som „sunde“ og af „god kvalitet“,

opfordres fremtidige forældre til at øge deres chancer for, at deres embryoner vil udvikle sig til sunde og raske børn. Til forskel fra assisterede reproduktive teknologier (ARTer) som IVF, der har til formål at løse problemer med ufrivillig barnløshed, har PGT også et andet formål: Hensigten er ikke udelukkende at bidrage til fødslen af børn, men også at sikre fødslen af en *særlig* slags børn. Reproduktive teknologier med dette formål definerer Ayo Wahlberg og Tine Gammeltoft (2014) som „selektive reproduktionsteknologier“ (SRT'er), fordi fokus er på udvælgelse (Wahlberg og Gammeltoft 2014, 203). Mens IVF for nogle kan være en nødvendig teknologi til at opnå en graviditet, markedsføres PGT af private fertilitetsklinikker som en slags ekstra service, der ikke alene kan øge chancerne for graviditet, men også for et biomedicinsk normalt barn.

PGT er under konstant teknologisk udvikling i bestræbelserne på at kunne identificere og analysere større dele af embryoners genetiske arvemateriale. Brugen af PGT er ligeledes i stødt stigning med udgangspunkt i argumenter om et krav om reproduktiv autonomi, muligheden for forebyggelse af sygdomme og patienters frie valg (Lemke og Rüppel 2019, 81; Ginoza og Isasi 2020, 2; Pavone og Arias 2012, 239). Brug af og lovgivning om PGT varierer dog markant fra land til land. Mens teknologien i nogle lande forbydes, er den i andre lande lovlig, men blot endnu ikke implementeret (Ginoza og Isasi 2020, 3; Pavone og Arias 2012, 237). I for eksempel Danmark er brugen af PGT til at screene for kromosomale afvigelser meget begrænset og tilbydes i offentligt regi kun i forbindelse med godkendte videnskabelige forsøg, og kun en enkelt dansk privatklinik tilbyder PGT. Kun i særlige tilfælde tilbydes PGT som et diagnostisk værktøj som et alternativ til prænatal diagnostik til par med en kendt familiehistorik af specifikke arvelige sygdomme (Holmqvist et. al. 2019, 2, 4; Løss 2021, 2-3). I Spanien derimod er det en anden sag: Spanien er det land i Europa, der udfører allerflere PGT'er, og landet står egenhændigt for næsten halvdelen af alle de PGT'er, der foretages i Europa (Pavone og Funes 2017, 124).

På trods af den generelle fremgang i brugen af PGT er teknologien centrum for bioetiske diskussioner om, hvilke embryoner man udvælger, hvilke man fravælger, samt hvordan man retfærdiggør en sådan selektion.

For at vende tilbage til citatet, der indleder denne artikel, beskriver klinikken, hvordan tilstedeværelsen af en genetisk mutation hos en person betyder, at fremtidige børn født af familiemedlemmer til denne person også er i risiko for at få selvsamme genetiske mutation. Vi ser en forståelse af, at embryoner ikke kun har potentialet til at udvikle sig til børn i *fremtiden*, men at de samtidig refererer *tilbage i tiden* til en genetisk opbygning, der gennem generationer videregives fra forældre til deres børn, og som enten indeholder høje eller lave risici for, at forskellige genetiske mutationer kommer til udtryk. I citatet ser vi

klinikken italesætte, at risikoen for at være bærer af arvelige sygdomme også gælder sunde individer, og kun brugen af PGT kan eliminere denne risiko. De private fertilitetsklinikkers tilbud om PGT fordrer, at potentielle forældre tager stilling til, om det er noget, de kan, vil og har råd til at benytte sig af. Forbrugere af reproduktive teknologier inviteres således allerede tidligt i deres reproduktive proces til at involvere sig på måder, der ikke ville være mulige uden teknologisk indgriben. I denne forbindelse argumenterer Charis Thompson (2005) for, hvordan assisteret reproduktion på trods af det overvejende fokus på fødslen af børn ligeledes er en proces, hvorigennem familier, forældre og slægtskab skabes (Thompson 2005, 1, 5, 7). Forældre bliver til sideløbende med de børn, de bringer til verden. Hvis brugen af PGT faciliterer fødslen af en særlig slags *børn*, er det værd at kigge nærmere på, om brugen af reproduktive teknologier ligeledes indebærer tilblivelsen af en særlig slags *forældre*.

Denne artikel vil med afsæt i en poststrukturalistisk diskursanalyse (Foucault 2002 [1972]) undersøge, hvordan diskurser om genetisk testning af embryoner fremføres på spanske private fertilitetsklinikkers hjemmesider og sociale medier, samt hvilke forståelser af forældreskabet der herigennem skabes. Vi vil således undersøge, hvordan potentielle brugere af PGT forventes at optage bestemte subjektpositioner gennem måden, hvorpå denne teknologi præsenteres og markedsføres. Vi vil demonstrere, hvordan embryonerne fremstilles som præsubjekter, hvor deres potentiale til en dag at udvikle sig til børn betyder, at de har krav på deres fremtidige forældres dedikation, ansvar og kærlighed allerede inden en potentiel graviditet. På den måde rammesættes benyttelsen af PGT i højere grad som forældrenes pligt frem for blot en teknologisk mulighed. Som det vil fremgå af analysen, er markedsføringen af PGT i særlig grad rettet mod kvinder, hvorfor forpligtelser og ansvar i forhold til det fremtidige barn særligt placeres på kvindens skuldre. Vi vil på baggrund heraf argumentere for, at der fremtræder en kønnet forventning om en særlig form for moderskab, og at klinikkerne på denne måde er med til at opretholde uligheder mellem kønnene inden for assisteret reproduktion.

Artiklen begynder med en dybdegående beskrivelse af de tekniske aspekter ved PGT. Derefter præsenterer vi de metoder, vi har brugt til at indsamle det empiriske materiale, og tydeliggør, hvorfor onlinediskurser kan være relevante i forhold til at undersøge reproduktive teknologier.

Hvad er PGT?

PGT er en fællesbetegnelse for tre forskellige teknikker, der kaldes PGT-M, PGT-SR og PGT-A, og som benyttes i forbindelse med IVF. Ved PGT tages en

biopsi af embryoet, hvorefter man analyserer dets genetiske eller kromosomale karakteristika i et laboratorium, og herefter opsættes de biomedicinske normale embryoner i livmoderen (Holmqvist et al. 2019, 2).

Hvor PGT-M og PGT-SR er diagnostiske værktøjer, der benyttes til at identificere embryoner med specifikke arvelige sygdomme, er PGT-A en screening, der bruges til at undersøge, om embryoner udvikler sig normalt. Formålet med denne screening er at opspore spontane genetiske mutationer som eksempelvis Downs syndrom eller andre biomedicinske anomalier, der blandt andet kan føre til ufrivillige aborter (Holmqvist et al. 2019, 2). Teknologierne har således både forskellige formål og målgrupper: Med PGT-M og PGT-SR forsøger man at undgå videregivelsen af konkrete, arvelige sygdomme, mens PGT-A potentielt kan benyttes af alle, der undergår en IVF-cyklus.

En væsentlig forskel mellem de tre teknologier er, at PGT-M og PGT-SR er evidensbaserede teknologier, mens udfaldene af PGT-A er behæftet med usikkerhed i en sådan grad, at det diskuteres, om denne screening overhovedet virker efter hensigten (Gleicher et al. 2021, 731, 740; HFEA 2022; Holmqvist et al. 2019, 3-4, 5; Penzias et al. 2018, 434). På trods af denne usikkerhed er PGT-A netop den teknologi, der hovedsageligt ligger bag den store fremgang af PGT i Spanien, og udgør ca. 80 procent af alle de genetiske tests, der foretages i landet. Dette skyldes blandt andet, at assisteret reproduktion i Spanien er karakteriseret af en høj grad af privatisering, kommercialisering og konsumerisme med private klinikker, der er interesseret i at sælge ekstra services til deres kunder (Pavone og Funes 2017, 124). At efterspørgslen på PGT-A er i stigende fremgang, skyldes formentlig, at forbrugere ikke er klar over denne mangel på evidens. Samtidig repræsenterer PGT et teknologisk håb for personer, der er bekymrede for at videregive genetiske sygdomme, at abortere eller at få børn med kromosomale afvigelser. Sarah Franklin (2022) argumenterer for, at reproduktive teknologier netop sælger håb frem for egentlige succesfulde resultater (op.cit. 195). Hun omtaler dem derfor som „håbsteknologier“, fordi mennesker, der benytter sig af dem „lever i håbet“ om en dag at opnå en graviditet (op.cit. 195, 206). På samme måde betragter vi PGT som en håbsteknologi, der imødekommer håbet om forhøjede chancer for både graviditet og for, at det fremtidige barn bliver et biomedicinsk normalt barn.

På trods af de væsentlige forskelle mellem disse teknologier og deres formål har vi valgt at analysere dem under deres fælles betegnelse PGT, fordi klinikkerne sjældent skelner mellem de tre teknologier. Kun et par stykker af de større klinikker forklarer om forskellene på teknikkerne og deres målgrupper.

Den diskursive sammenvævning af de forskellige teknologier bevirker, at de som regel optræder som en del af den samme fortælling: en teknologi, der

kan tilkøbes som en del af en fertilitetsbehandling, der på en og samme tid kan øge behandlingens succes, identificere arvelige mutationer i specifikke gener og opdage spontane mutationer.

Empirisk grundlag og metode

Det empiriske materiale blev indsamlet i løbet af april og maj 2023 og udgøres af tekst, billeder og videoer fra 21 private spanske fertilitetsklinikkers hjemmesider, blogs og opslag på de sociale medieplatforme Facebook, Instagram, X, YouTube og LinkedIn. Fertilitetsklinikkerne blev udvalgt gennem systematisk stikprøveudtagning på en registerliste udarbejdet af La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA, den nationale kommission for assisteret menneskelig reproduktion) (Bernard 2006, 151; CNRHA 2023a). Dette resulterede i en liste med 43 fertilitetsklinikker, som herefter blev krydstjekket i det spanske sundhedsministeriums officielle register, udarbejdet af La Sociedad Española de Fertilidad (SEF, det spanske fertilitetsselskab), for at vurdere klinikkenes størrelse, hvilke services den tilbød, samt om det var en offentlig eller privat fertilitetsklinik (SEF 2019a, 2019b).

Klinikker, der ikke fandtes i det online SEF-register, blev ekskluderet, og klinikken lige under på CNRHA-listen blev valgt i stedet. I de tilfælde, hvor denne klinik heller ikke fandtes i SEF-registret, blev den ovenstående klinik fra den oprindeligt tilfældigt udvalgte klinik valgt. I alt 20 klinikker blev udskiftet på denne måde. De udvalgte 43 klinikker blev inddelt i fire grupper: små klinikker (20), mellemstore klinikker (10), store klinikker (5) og offentlige hospitaler (8). Derefter udelukkede vi klinikker, der ikke nævnte PGT ($n = 10$). Klinikker, der tilhørte en større kæde af klinikker, blev ligeledes ekskluderet, så der kun var én klinik repræsenteret fra hver kæde ($n = 12$). Denne proces resulterede i en liste med 21 private klinikker, eftersom ingen af de offentlige fertilitetsklinikker nævnte PGT.

Det empiriske materiale omfatter forsiden på hver af de 21 fertilitetsklinikkers hjemmesider samt alle de steder, hvor PGT-teknologierne nævnes. Derudover inkluderede vi alle former for opslag, blogposts, billeder og videoer fra sociale medier, hvor PGT nævnes inden for en tidsramme af fem år. Klinikkerne blev opdelt i store (mere end 500 cyklusser), mellem (mellem 500 og 100 cyklusser) og små (mindre end 100 cyklusser) baseret på allerede etablerede kategorier i SEF-registret ud fra antallet af foretagne IVF-cyklusser på et år.

Til at analysere dette materiale tager vi afsæt i en foucaultiansk diskursanalyse (Foucault 2002, 41-42, 81-82). Diskurser er ifølge Foucault et institutionaliseret mønster af viden, der styrer skabelsen af subjekter (ibid.). Sagt med andre ord

er en diskurs et sæt af praksisser, der gennem diskursive formationer systematisk former det objekt, de omhandler (ibid.). Inden for diskurser er der særlige tanker og idéer, der kan artikuleres, mens andre undertrykkes og marginaliseres. Foucault beskriver, hvordan diskurser er baseret på viden, der anses som objektiv og sand og således producerer og transmitterer magt. Magt er ifølge Foucault aldrig adskilt fra viden og er hverken undertrykkende eller negativ i en normativ forstand, men hænger uløseligt sammen med frihed: Magten kan kun udøves, fordi individer vælger at tilpasse sig specifikke disciplinære strategier for at indordne sig under fremherskende kulturelle normer (Foucault 1982). Diskurser fungerer således som en måde at skabe og producere bestemte subjekter på, mens specifikke ideologier og magtrelationer opretholdes. I denne artikel vil vi således undersøge, hvordan fertilitetsklinikkers onlinediskurser bidrager til at skabe særlige subjektpositioner, som deres potentielle kunder forventes at indtage.

Analysen er udarbejdet som en del af et større forskningsprojekt om genetik og assisteret reproduktion,³ og alle forfattere taler spansk.

Et onlinekrydsfelt mellem teknologi og konsumerisme

Spanske private fertilitetsklinikker er stort set alle repræsenteret online, uanset hvor lille eller fjerntliggende klinikken måtte være. Langt de fleste har en hjemmeside, mange er aktive på et stort antal sociale medier, og en del af dem har desuden deres egne blogs. For mange mennesker er internettet ikke blot det første sted at søge efter oplysninger i forbindelse med et helbredsmæssigt problem, det er samtidig ofte den primære kilde til information om sundhed (Salzmann-Eriksson og Eriksson 2020, 71). Personer i Spanien, der vil undersøge, hvilke muligheder reproduktive teknologier kan tilbyde, vil derfor højst sandsynligt før eller siden befinde sig på mindst en af disse fertilitetsklinikkers hjemmesider eller sociale medieplatforme.

Den assisterede reproduktion i Spanien er karakteriseret af en høj grad af privatisering og kommercialisering med 80 procent af alle fertilitetsbehandlinger foretaget i den private sektor (Coveney et al. 2022, 2). Der er derfor stor konkurrence om at fange de fremtidige forældres opmærksomhed, og de private klinikker har ikke udelukkende til formål at informere om de forskellige teknologiske muligheder, men skal på lige fod med andre private virksomheder skabe efterspørgsel på de services, de tilbyder.

Nyere studier har vist, hvordan fertilitetsklinikkers hjemmesider og opslag på sociale medieplatforme er et væsentlig udgangspunkt for at undersøge, hvordan diskurser om assisteret reproduktion skabes i krydsfeltet mellem kommercielle logikker, kulturelle forståelser af slægtskab og juridiske rammer (Coveney et al.

2022, 1-2; Molas og Whittaker 2022, 22; Swoboda 2015, 218-19). Disse studier viser, hvordan fertilitetsklinikernes hjemmesider er essentielle i formuleringen af kulturelt specifikke narrativer, der er med til at forme patienters og donoreres forståelser og motivationer bag særlige assisterede reproduktive praksisser. Disse studier tydeliggør vigtigheden af ikke udelukkende at undersøge kropslige oplevelser og erfaringer med assisterede reproduktive praksisser, men ligeledes analysere de sociale og kulturelle systemer og infrastrukturer, de er indlejret i, og som er med til at forme dem som særlige former for kulturelt normative praksisser (Coveney et. al 2022, 9).

Den stigende brug af internettet til at søge sundhedsrelateret information, det voksende marked af ydelser inden for assisteret reproduktion kombineret med fertilitetsklinikernes økonomiske interesser gør deres onlinemarkedsføring til et magtfuldt kommunikationsværktøj, der balancerer på grænsen mellem medicin og forbrugerkultur (Swoboda 2015, 219, 225). Hvad angår PGT, peger flere undersøgelser på, at fertilitetsklinikernes hjemmesider har en væsentlig indvirkning på fremtidige forældres beslutningsproces i forhold til deres overvejelser om at benytte sig af teknologien (Hershberger et al. 2012, 6; Swodoba 2015, 223). Private fertilitetsklinikernes onlinerepræsentationer af PGT former således allerede tidligt i den reproduktive proces potentielle forældres forståelse af PGT og teknologiens betydning for deres fremtidige børn.

„Vi hjælper dig med at opfylde din drøm“

En kvinde omfavner en nyfødt baby, der med lukkede øjne ligger på hendes bryst. Med en hånd under den fredfyldte baby og en anden på toppen af dens hoved hviler kvinden sin kind mod barnets pande og smiler. Farverne er afdæmpede og har et køligt skær. Til venstre for denne fredfyldte scene, der fylder hele skærmen, står ordene „Klinik BabyDrøm [anonymiseret]: Din fertilitetsklinik. 35 års erfaring med insemination og in vitro-fertilisering“. Scroller man lidt ned ad siden, dukker en centreret tekst op efterfulgt af fire billedlinks, der hver især illustrerer en ægcelle, petriskåle under mikroskop og medicinsk fagpersonale:

De mest avancerede teknologier inden for assisteret reproduktion. Som følge af vores forpligtelse til at tilbyde de nyeste fremskridt inden for assisteret reproduktion til vores patienter investerer vi de nødvendige ressourcer for at kunne forblive på forkant med den nyeste teknologi inden for reproduktiv medicin. Vi er specialister i in vitro-fertilisering, kunstig befrugtning og ægdonation.

Fortsætter man længere ned over siden, dukker udtalelser fra tidligere kunder på klinikken op under overskriften „Opfyldte drømme“. Umiddelbart herefter

ter ser man et ultralydsscanningsbillede, der holdes op foran en gravid mave, hvorpå man tydeligt kan se konturen af et foster. Denne type billeder optræder igen og igen: kønsceller, gravide maver, babyer, smilende mænd og kvinder, fagpersoner i kitler og medicinsk udstyr.

Den beskrevne hjemmeside tilhører en af de største kæder af fertilitetsklinikker i Spanien og er et klassisk eksempel på den visuelle og skriftlige fremstilling, der møder potentielle forældre, når de besøger en fertilitetsklinikks hjemmeside. På tværs af klinikkerne fremgår det, hvordan kombinationen af deres yderst kompetente medicinske personale og deres brug af de nyeste og mest avancerede teknologier inden for assisteret reproduktion gør dem i stand til også at kunne opfylde *din* drøm om at blive forældre.

Flere antropologer har beskæftiget sig med den visualisering, der foregår på fertilitetsklinikker og deres laboratorier, hvor kønscellers slægtskabspotentiale evalueres gennem mikroskoper, og hvor fosteret bliver til et fremtidigt barn gennem ultralydsscanninger. Dette visuelle element fungerer ikke alene som et slags „vindue“ ind i kroppen og de reproduktive processer, der foregår der, men er samtidig med til at etablere en tidlig følelsesmæssig relation mellem de kommende forældre og det fremtidige barn (Adrian og Tjørnhøj-Thomsen 2014, 270; Mitchell 2001, 4). Fertilitetsklinikkernes hjemmesider og opslag på sociale medie fungerer som den spæde begyndelse på en sådan reproduktiv rejse, hvor der gennem både tekst og billeder foranstalles et håb, der inviterer potentielle forældre til at forestille sig en fremtid som familie:

Delte drømme, unikke familier. Vi har siden 1998 hjulpet kvinder som dig med at opfylde deres drømme om at stifte en familie (forside).

Vi ved, du er unik. Vi hjælper dig med at opfylde din drøm om at blive mor. Læs mere her (forside).

Som det fremgår af både afsnittets indledende beskrivelse og af de ovenstående citater, er hjemmesiderne overvejende målrettet kvinder. Størstedelen af de billeder, som fertilitetsklinikkerne benytter på deres hjemmesider og sociale medier, er af kvinder: gravide kvinder, smilende kvinder, kvinder med småbørn, kvinder, der viser ultralydsscanningsbilleder, og kvinder, der interagerer med medicinsk fagpersonale. Det gentages desuden, hvordan fertilitetsklinikkerne kan opfylde drømmen om at blive *mor* – aldrig far og kun enkelte steder forældre. Kvinder adresseres samtidig i sociale medieopslag gennem hashtags som AtVæreMor (#SerMadre), #Kvinde (#Mujer) og #Moderskab (#Maternidad). Fertilitetsklinikkerne henvender sig ofte direkte til kvinder som eksempelvis i det sidste af de ovenstående citater, hvor ordet „unik“ på spansk er bøjet i den feminine form (*unica*). Klinikernes diskurser er udpræget kønnede og repro-

ducerer en stereotyp forestilling om, at det særligt er kvinder, der drømmer om at blive forældre (de Melo-Martin 2022, 332). Ved at nævne „drømmen“ om at blive mor flere steder, markedsfører klinikkerne ikke blot en teknologisk mulighed, men håbet om en dag at kunne blive mor.

Margaret A. McLaren (2002) argumenterer på baggrund af Foucaults teoriapparat for, hvordan diskurser og særlige disciplinære praksisser inden for undertrykkende, patriarkalske strukturer fungerer som en måde at transformere kvinder og deres kroppe til „korrekte“ kvindelige kroppe. Disse kroppe bør se ud på bestemte måder og leve deres liv på særlig vis og forventes samtidig at optage specifikke samfundsmæssige roller, for eksempel som mor (op.cit. 82, 93). Gennem fertilitetsklinikkernes diskurser skabes en bestemt subjektposition, som klinikkens kvindelige kunder forventes at indtage: kvinden, der længes efter at få et barn, og som derfor er villig til at underkaste sig teknologisk indgriben for at blive mor.

Dette fokus på kvinder på fertilitetsklinikkernes hjemmesider stemmer overens med meget af den forskning, der er foretaget inden for assisteret reproduktion, hvilket har ledt forskere til at omtale manden som „det andet køn“ i forbindelse med assisteret reproduktion (Faircloth og Gürtin 2018, 9-10). Uagtet årsagen til infertilitet er det kvinden, der er patienten, og det er hendes krop, der er genstand for behandling og biomedicinsk indgriben (Adrian og Tjørnhøj-Thomsen 2014, 259, 262; Faircloth og Gürtin 2018, 6, 9-10; de Melo-Martin 2020, 292). Kvinden er derfor den, der tilbringer mest tid på klinikken, interagerer mest med det medicinske fagpersonale, og hvis krop underlægges monitorering og medicinering. Det er hende, der i særlig grad bærer både den fysiske og mentale byrde, der følger med brugen af reproduktive teknologier (Lempke og Rüppel 2019, 91; de Melo-Martin 2020, 293).

Som et resultat af den teknologiske udvikling og fertilitetsklinikkernes økonomiske incitament tilbydes de en bred vifte af reproduktive teknologier. Blot tilstedeværelsen af disse teknologiske muligheder kan opleves som kontroversielt (Ehrich et al. 2006), mens til- og fravalg af disse teknologier åbner for nye overvejelser om ansvar og forpligtelser: Hvor langt skal man som forældre gå for at sikre et potentielt fremtidigt barns helbred? Kan det være decideret uansvarligt ikke at benytte sig af eksisterende teknologier? Og hvem bærer skylden, hvis man fravælger tilbuddet om teknologisk indgriben og senere må afslutte en graviditet på grund af genetiske mutationer? De valg, som særligt kvinder forventes at træffe, struktureres således, allerede inden de har sat en fod på en fertilitetsklinik.

Gamle æg

Er du over 35 år og overvejer at få en baby? (blogopslag).

Sådan begynder et blogopslag fra en af Spaniens store, private fertilitetsklinikker. Kvindens alder nævnes blandt de hyppigste årsager til, at fremtidige forældre bør overveje PGT. Ud over kvindens alder nævnes desuden historik med spontane aborter, at man er bærer af en arvelig genetisk sygdom, eller at mandens sæd indikerer et ændret antal kromosomer. Derudover dedikeres der meget plads på sider om PGT til at beskrive, hvorfor en kvindes alder er en risikofaktor for kromosomale afvigelser hos embryoet:

Er det altid en god idé at få foretaget en PGT, efter man er fyldt 37?

Ja. Risikoen for kromosomafvigelser stiger i takt med en kvindes alder. I 35-års alderen er æggestokkene blevet ældre, der er kun 10 procent æg tilbage, og jo færre æg der er tilbage, jo dårligere er deres kvalitet. Denne aldring af æggestokkens reserve medfører en øget risiko for kromosomafvigelser (side om PGT-A).

Der er ikke enighed på klinikernes hjemmesider om, hvor gammel en kvinde skal være, før det er relevant for hende at overveje PGT, men der nævnes alt mellem 35 og 40 år. Intet sted nævnes eller diskuteres det, hvordan faderens alder potentielt kan påvirke den biomedicinske normalitet af et fremtidigt barn, på trods af at nyere forskning peger på, at det ikke er helt uvæsentligt (Murugesu et al. 2022, 329). Derimod gengiver flere af fertilitetsklinikkerne fortællingen om „det biologiske ur“, som determinerer, hvornår en kvinde ikke længere vil være i stand til at kunne få børn. Det beskrives således på to klinikkers forsider:

Det er nemt ikke at føle sig forstået. Man hører ofte sætninger som: ‘Lad os se, om du bliver gravid, før det er for sent’³ (forside).

Den endelige beslutning vil altid ligge i dine hænder. Men lad ikke tiden løbe ud. Alder er en afgørende faktor for kvinder, og regelmæssige menstruationscyklusser er ikke ensbetydende med, at man er frugtbar. Vores fertilitet falder gradvist fra 35-års alderen og endnu hurtigere fra 38-års alderen. Takket være assisterede reproduktive teknologier oplever 90 procent af de kvinder, der konsulterer os, at finde en løsning på deres problem. Din drøm om at blive mor er mulig med en personaliseret behandling, der tager hånd om hvert skridt på vejen. Hos Klinik Fertility [anonymiseret] går vi vejen sammen (forside).

Igennem fertilitetsklinikernes diskurser tydeliggøres fortællingen om, at kvindens ægceller konstant forringes i kvalitet, og at det er denne „dårlige“ kvalitet af ægceller, der leder til „dårlige“ embryoner, der enten ender som spontane aborter eller som fostre, der afviger fra den biomedicinske normalitet. Kvinder opfordres til at „tage sagen i egen hånd“ og ikke lade „tiden løbe fra dem“, men

i stedet være aktive, selvstændige og handlekraftige kvinder, der tager kontrol over deres egen reproduktion:

En kvinde, der gennemgår in vitro-behandlinger, løber ikke længere den risiko at nå helt til fostervandsprøven og herefter skulle overveje en abort på grund af en kromosomafvigelse. Især ikke når hun ved, at det er noget, der kan undersøges, før embryonerne oplægges (blogopslag).

Foucault beskriver, hvordan magt udøves i alle samfundets interaktioner, og at individers adfærd forsøges reguleret gennem samtykke, dirigering og overtalelse. Magt forstås således af Foucault som en måde at strukturere andres handlinger på (Foucault i Shapiro 2014, 8). På den måde kan den diskursive „trussel“ om, at „tiden kan løbe ud“, og den risiko, dette skaber for genetiske mutationer hos det fremtidige barn, forstås som en måde at dirigere kvinder til at gøre brug af reproduktive teknologier, hvis de ikke har påbegyndt deres reproduktive proces „i tide“.

I denne sammenhæng fremhæver Inmaculada de Melo-Martín (2020), hvordan særligt de teknologier, der indebærer en form for selektion som eksempelvis PGT ikke udelukkende præsenterer kvinder for *muligheden* for at træffe bestemte valg, men desuden er med til at forme, *hvilke* valg der kan træffes, og ikke mindst, *hvem* der har et ansvar for at træffe dem (op.cit. 293). Kvinder opfordres til at benytte sig af disse teknologier for at opnå en graviditet, men også for at sikre sig fødslen af sunde og raske børn. Tilbuddet om at benytte sig af PGT kan opleves som en pligt mere end et valg. Dette gælder særligt de kvinder, der anses som at være i forhøjet risiko for at føde biomedicinsk „unormale“ børn på grund af alder, kendt sygdom eller handicap.

Det fremgår på hjemmesiderne, at det er kvindernes alder og ægkvalitet, der udgør de største risici for en graviditet med biomedicinske anomalier, mens den direkte markedsføring til kvinder antyder, at ansvaret for valget (eller fravalget) af bestemte teknologier er deres. Denne diskurs implicerer, at kvinder bør være velinformerede om de teknologier, der stilles til rådighed, og de forventes at kunne stå til ansvar for de reproduktive valg, de tager. På den måde risikerer de at blive genstand for deres egen, men også andres bebrejdelse, hvis et embryo viser tegn på anomalier, da det kunne have været undgået. Hvornår, hvordan og på hvilken måde kvinder bliver gravide, bliver således genstand for overvågning og vurdering (ibid.). Denne kontrol af kvinders reproduktive valg hviler ikke udelukkende på forventninger om, at kvinder opfører sig som informerede og ansvarsbevidste forbrugere, men baserer sig ligeledes på argumenter om det fremtidige barns ve og vel. På tværs af fertilitetsklinikkerne gentages det, hvordan PGT kan sikre det fremtidige barns helbred:

Der udføres en biopsi på embryonerne, som består i at udtage en eller to celler fra dem for at studere og udvælge dem, der er fri for genetiske ændringer. PGT garanterer overførslen af embryoner, som er frie for genetiske mutationer, hvilket giver os mulighed for at øge chancerne for graviditet. Det giver os ro i sindet at vide, at vores børn vil få den bedst mulige arv: et godt helbred (video).

En anden klinik beskriver ligeledes, hvordan et fremtidigt barns helbred kan være udgangspunkt for forældrenes bekymring:

Når vi overvejer at blive forældre, er det, der bekymrer os mest, den kommende babys helbred. For at sikre, at barnet vil blive født sundt og raskt, findes der en række virkelig effektive diagnostiske tests, og en af de vigtigste er præimplantationsgenetisk diagnostik (PGD) (Facebook-opslag).

Teknologierne fremhæves som en måde at sikre sig, at fremtidige børn er sunde og raske, frie for sygdomme og kromosomafvigelse, på trods af den risiko forældrene (i særdeleshed mødre) har for at skabe „unormale“ embryoner.

Flere forskere diskuterer, hvordan kvinder gennem deres brug af selektive reproduktionsteknologier bliver en slags „gatekeepers“, der opfordres til at tage konkrete beslutninger om, hvem der må indtræde i det menneskelige fællesskab (Andrews 2001, 57; Rapp 1999, 306). Disse teknologier er på den måde med til at udvide den allerede omfattende overvågning og kontrol af kvinders reproduktive valg (de Melo-Martín 2020, 293). Som det ses i diskurserne på fertilitetsklinikkernes onlineplatforme baserer vigtigheden af disse valg sig på forestillinger om fosterets og det fremtidige barns helbred og velbefindende, hvilket antages som uforeneligt med arvelige sygdomme og kromosomafvigelse.

Den konstant voksende række af muligheder for teknologisk indgriben i den reproduktive proces kombineret med den direkte markedsføring af disse teknologier rettet mod kvinder dirigerer kvinderne til at træffe „korrekte“ beslutninger om, hvilken slags børn de forventes at sætte i verden.

Frygten for genetiske mutationer

PGT præsenteres som en uproblematisk og fejlfri måde at udvælge sunde og normale embryoner på og mindske risikoen for genetiske mutationer. Fertilitetsklinikkerne spiller desuden på den følelse af usikkerhed og liminalitet, der ofte ledsager en graviditet (Schwennesen og Gammeltoft 2022, 340), samt frygten for, hvad potentielle genetiske mutationer kan få af betydning for et fremtidigt barn og en familie. Som tidligere beskrevet nævner fertilitetsklinikkerne, hvordan ingen bør føle sig sikre på, at deres potentielt fremtidige barn vil være

fri for genetiske mutationer. En af de største private klinikker i Spanien beskriver på deres blog, hvad de omtaler som en „trist historie“:

Sandra og Pedro kom til os med et tre år langt problem med infertilitet på grund af en blokering af Sandras æggeledere. [...] Jeg ved ikke, om I ved det, men den alder, vi har, passer ikke altid sammen med den alder, vores æggestokke har, og det er meget almindeligt, at der er en variation på cirka tre år. Sandra var 38 år på det tidspunkt, og hendes analyse gav os en æggestokkalder på 40 år. Vi foreslog at analysere embryonerne kromosomer, og det var Sandra og Pedro enige i. Ved ægudtagningen fik vi udtaget syv ægceller, vi udførte IVF på de fem ægceller, der var modne, og tre af disse blev befrugtet. På tredjedagen efter befrugtningen havde to embryoner udviklet sig. Den dag havde vi planlagt at foretage den genetiske analyse af embryonerne, men Sandra og Pedro ombestemte sig og ønskede i stedet at få overført et af embryonerne selvsamme dag. De tænkte, at siden der kun var to embryoner, var teknikken ikke længere nyttig for at udvælge det bedste, og de kunne derfor spare analysens omkostninger. Sandra blev gravid! Men i løbet af samme uge fandt vi ud af, at hendes fostervandsprøve viste tegn på Downs syndrom, og hun valgte derfor at afbryde sin graviditet. Det er enormt trist at stå i en sådan situation, når man ved, at vi havde disse embryoner i vores hænder, og at alt dette kunne have været undgået ved hjælp af præimplantationsgenetisk diagnostik (blogopslag).

Dette blogindlæg fremstår som en „skrækhistorie“, der opfordrer potentielle forældre til at tænke sig om en ekstra gang, før de takker nej til at benytte sig af de teknologier, klinikkerne stiller til rådighed.

Eftersom fraværet og fortielsen af særlige synspunkter er mindst lige så væsentlige som fremhævelsen af andre, er det værd at bemærke, hvad der *ikke* fremhæves på de private fertilitetsklinikkers hjemmesider – nemlig nuancerede fortællinger om de komplekse og varierede måder, hvorpå et liv med arvelige sygdomme og handicap kan se ud. Ved at beskrive, hvordan en af fordelene ved PGT er at kunne undgå at skulle afbryde en graviditet, bidrager fertilitetsklinikkerne til en forestilling om, at alt, der afviger fra den biomedicinske norm, er et negativt udfald af en graviditet. Et sådant perspektiv har omfattende indvirkning på forestillinger om det potentielt fremtidige barn som værende de facto i risiko samt forestillinger om, hvem der har ansvaret for at nedbringe denne risiko (Andrews 2001, 57, 60-61; Faircloth 2014, 29-30, 44; Lee 2014, 11; de Melo-Martín 2022, 331, 334; Mitchell 2001, 19). Undersøgelser viser, at det ansvar, som potentielle kommende mødre kan føle, kan være så stort, at den gravide kvinde kan føle sig presset til at afbryde graviditeten, hvis barnet skulle vise tegn på sygdom eller handicap (Andrews 2001). Fraværet af information om, hvordan et fremtidigt barns potentielle prognose kan se ud, hvis der findes genetiske mutationer, er desuden med til at øge de følelser af usikkerhed og

frygt, som kan opleves under en graviditet (op.cit. 341-42). En utilsigtet og paradoksalt bivirkning ved udbuddet og en voksende tilgængelighed af reproduktive teknologier kan være en stigende bekymring og ængstelse hos forbrugere af disse teknologier. Dette er gældende i en sådan grad, at nogle samfundsforskere beskriver tendensen som „ængstelig reproduktion“ (Faircloth og Gurtin 2018, 3, 13). ARTer er på trods af deres løfter om tydelige og pålidelige svar med til at skabe nye overvejelser, dilemmaer og usikkerheder, hvor særligt fremtidige mødre skal tage stilling til genetiske mutationer, de måske ikke kender til eller helt forstår omfanget af (Andrews 2001, 57; Sargent 2020, 12, 17; Schwensen et al. 2010, 13; Schwennesen og Gammeltoft 2022, 341-42).

Dette ansvar er også noget, som private fertilitetsklinikker både direkte og indirekte italesætter. Her er et af de mere direkte eksempler:

At forhindre overførsel af medfødte arvelige sygdomme til kommende børn er de kommende forældres ansvar (side om PGT).

I lyset af manglen på varieret og mere nuanceret information på fertilitetsklinikernes hjemmesider kan potentielle forældres overvejelser nemt blive baseret på ensidige fremstillinger af ARTernes mange fordele, hvor beslutningen om at benytte PGT italesættes som udelukkende en god idé.

Før-in-utero-subjekter

Ikke nok med at mulige mødre forventes at leve op til et særligt ansvar i forhold til at træffe informerede og rationelle beslutninger i forhold til deres fremtidige børns helbred, forventes det yderligere, at disse beslutninger er drevet af en ubetinget kærlighed til og omsorg for dette potentielt fremtidige barn:

Hvis du lider af en sygdom eller kender til din families sygdomshistorik og frygter, at dine børn vil kunne arve dem, vil det at være informeret, før du bliver gravid, kunne forhindre unødvendig lidelse for dig og det barn, du måske sætter i verden. Det er en kærlighedshandling, som altid vil blive belønnet (side om PGT)

De økonomiske, fysiske og mentale omkostninger ved benyttelsen af PGT blegner, når de opvejes mod den potentielt „unødvendige lidelse“ for det fremtidige barn. Dette fokus på det fremtidige barns ve og vel kan ende med at blive en prioritet, der står over kvinden selv, og anset som det, en „god“ mor bør gøre (de Melo-Martín 2020, 293; 2022, 329). Gennem fertilitetsklinikernes diskurser positioneres kvinder som fremtidige mødre, der forventes at udvise en moderlig kærlighed til deres fremtidige barn og være optaget af dets helbred – selv før barnet er undfanget. De dirigeres således ikke kun til at benytte klinikens

teknologier baseret på truslen om det „biologiske ur“, men også på baggrund af forestillinger om, hvilke beslutninger mødre bør tage. Foucault (1982) argumenterer for, hvordan brugen af teknologi og medicinske diskurser ikke er neutrale observationer og beskrivelser af kroppe, men at der gennem undersøgelse, overvågning og teknologisk indgriben konstrueres specifikke subjekter (Foucault 1982, 780-781). Som eksempel herpå demonstrerer Lisa M. Mitchell (2001), hvordan begrebet om den prænatale patient er opstået gennem ARTer som ultralydsscanninger, fosterhertemålinger og prænatal diagnostik. Hun påpeger, at fosteret gennem disse teknologier bliver til et slags før-fødsel-subjekt med krav på egne rettigheder, der adskiller sig fra den gravides (Mitchell 2001, 18, 19). Fordi fosterets hjerteslag pludselig kan måles, og dets konturer anes på en scanning, bliver det til en slags „person i tilblivelse“.

PGT er som teknologisk værktøj ikke rettet mod fosteret (embryonet overgår til fosterstadiet fra 10. graviditetsuge) (sundhed.dk 2021), men derimod embryonet. Dette embryons potentiale til en dag at kunne udvikle sig til et foster gør, at det har krav på dets potentielle moders bekymring og informerede beslutningstagen og eventuel biomedicinsk indgriben. Denne subjektiveringsproces understreges desuden af klinikernes øvrige services rettet mod, hvad en klinik omtaler som „deres mindste patienter“. Her eksisterer embryoscope, hvor man kan følge embryonets udvikling time for time, og en enkelt klinik tilbyder desuden, at man kan følge denne udvikling fra sin mobiltelefon. De påstår, at den følelsesmæssige forbindelse, der herigennem opstår mellem embryo og fremtidig mor, kan øge chancerne for, at embryoet sætter sig fast, og at der opstår en graviditet. En anden klinik spiller levende musik for embryonerne for at stimulere deres udvikling. Ved brug af PGT, hvor man kan analysere, udvælge og allerede opbygge en tidlig følelsesmæssig relation til et potentielt fremtidigt barn, skabes et slags før-in-utero-subjekt.

De forpligtelser og følelser, som potentielt fremtidige mødre forventes at udvise over for dette før-in-utero-subjekt, har ligheder med nutidige kulturelle forestillinger om forældreskabet, hvad Charlotte Faircloth (2014) har omtalt som „det intense forældreskab“ (op.cit. 25). Faircloth beskriver, hvordan forældreskabet i nutidens vestlige verden indbefatter en lang række aktiviteter og forpligtelser, der ikke altid har været anset som en obligatorisk del af børneopdragelsen. Nutidens forældreskab indebærer, at barnets behov altid kommer først. Det handler ikke længere blot om at sikre overgangen fra barn til voksen, men forventes at være både økonomisk dyrt, følelsesmæssigt hårdt og tidskrævende (op.cit. 27). Som eksempler på denne tendens nævner Faircloth, hvordan ord som „tigmor“ og „curlingforældre“ er blevet alment kendte og netop beskriver forældres intense involvering i deres børns liv (op.cit. 26). På trods af at flere af

fertilitetsklinikkernes kunder endnu ikke er forældre, kan de forventninger, der knytter sig til det intense forældreskab, spores i klinikkernes onlinediskurser:

PGD kan give forældre (og deres kommende børn) ro i sindet, men det kræver en masse tid, kræfter og ekspertise (blogopslag).

Det forventes, at kommende forældre sætter deres potentielle fremtidige børn i første række og er villige til at ofre de økonomiske, tidsmæssige og følelsesmæssige omkostninger, det kræver at lade sine embryoner teste genetisk. Dette forældreansvar tilfalder dog i langt højere grad mødre end fædre (Faircloth 2014, 27). Med deres fokus på kvinder er fertilitetsklinikkerne med til at reproducere de skævvredne forpligtelser, der knytter sig til far og mor, hvor særligt kvinden forventes at leve op til forældreskabets krav (ibid.). Det er hendes ægceller, der er skyld i embryoner af dårlig kvalitet, hendes ansvar at træffe korrekte reproduktive beslutninger og hende, der bør handle efter det fremtidige barns velbefindende.

Konklusion

ARTer tilbyder fordele for ufrivilligt barnløse og mennesker, der frygter at videregive alvorlige genetiske sygdomme til deres børn, men de er ikke neutrale teknologiske hjælpemidler. Vi har vist, hvordan forståelsen og anvendelsen af disse teknologier er med til at reproducere ulige kønsstereotyper og (hetero)normative forestillinger om undfangelse og forældreskab. Vi har belyst, hvordan onlinediskurser på private spanske fertilitetsklinikkers hjemmesider og sociale medier positionerer kvinder som fremtidige mødre til før-in-utero-subjekter. På denne måde dirigerer klinikkerne kvinder til at foretage „korrekte“ reproduktive valg og underkaste sig teknologisk indgriben for at sikre sig, at de børn, de sætter i verden, er biomedicinsk normale. De spanske private fertilitetsklinikker er således med til at afspejle og gengive en af de hyppigste fundne konklusioner inden for forskning af ART: at kvinder bærer det reproduktive ansvar. Som vi har demonstreret, hænger dette ansvar sammen med kulturelle forestillinger om de forpligtelser og forventninger, der knytter sig til forældreskabet og særligt moderskabet, set i lyset af forestillinger om, hvad en „god“ mor bør gøre for sit barn. Vi argumenterer for, at disse selektive reproduktive teknologier ikke kun er med til at skabe særlige slags (biomedicinsk normale) børn, men desuden er med til at forme specifikke (ansvarsfulde og moralske) mødre, allerede inden der er et barn at være mor for.

Noter

1. Alle citater er oversat fra dansk til spansk i samarbejde mellem de tre forfattere.
2. Gåseøjnene er her benyttet for at understrege, at der ikke er tale om vores sprogbrug, men derimod de ord, der benyttes af fertilitetsklinikkerne selv.
3. Projektet IfGene (Projecting the Future og Genetic Prediction) finansieret af den spanske regering (MICIU/AEI /10.13039/501100011033) med bevillingsnummer PID2020-115899GB-I00.

Litteratur

Adrian, Stine W. 2015. "Psychological IVF: Conceptualizing Emotional Choreography in a Fertility Clinic". *Distinktion: Journal of Social Theory* 16 (3):302-17. <https://doi.org/10.1080/1600910X.2015.1091780>.

Adrian, Stine W. og Tine Tjørnhøj-Thomsen. 2014. „Reproduktive teknologier“. I *Teknologi i sundhedspraksis*, redigeret af L. Huniche og F. Olesen, 257-78. København: Munksgaard.

Alberta, Hillary B., Roberta M. Berry og Aaron D. Levine. 2014. "Risk Disclosure and the Recruitment of Oocyte Donors: Are Advertisers Telling the Full Story?" *Journal of Law, Medicine and Ethics* 42 (2):232-43. <https://doi.org/10.1111/jlme.12138>.

Andrews, Lori B. 2001. *Future Perfect*. New York City: Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/ANDR12162>.

Coticchio, Giovanni, Amy Barrie, Cristina Lagalla, Andrea Borini, Simon Fishel, Darren Griffin og Alison Campbell. 2021. Plasticity of the Human Preimplantation Embryo: Developmental Dogmas, Variations on Themes and Self-Correction. *Human Reproduction Update* 27 (5):848-65. <https://doi.org/10.1093/HUMUPD/DMAB016>.

Coveney, Catherine, Nicky Hudson, Sara Lafuente Funes, Lara Jacxsens og Veerle Provoost. 2022. "From Scarcity to Sisterhood: The Framing of Egg Donation on Fertility Clinic Websites in the UK, Belgium and Spain". *Social Science and Medicine* 296 (114785):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114785>.

Culley, Lorraine, Nicky Hudson, Frances Rapport, Eric Blyth, Wendy Norton og Allan A. Pacey. 2011. "Crossing Borders for Fertility Treatment: Motivations, Destinations and Outcomes of UK Fertility Travellers". *Human Reproduction* 26 (9):2373-81. <https://doi.org/10.1093/HUMREP/DER191>.

Danske patienter. 2022. „Ulige adgang til sundhed rammer ufrivilligt barnløse“. *Danske Patienter* 16. august. <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/ulige-adgang-til-sundhed-rammer-ufrivilligt-barnloese>. Tilgået 23.08.2023.

Ehrich, Kathryn, Clare Williams, Rosamund Scott, Jane Sandall og Bobbie Farsides. 2006. "Social Welfare, Genetic Welfare? Boundary-Work in the IVF/PGD Clinic". *Social Science & Medicine* 63 (5):1213-24. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2006.03.005>.

Entman, Robert M. 1993. "Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm". *Journal of Communication* 43 (4):51-58. <https://doi.org/10.1111/J.1460-2466.1993.TB01304.X>.

Faircloth, Charlotte. 2014. "Intensive Parenting and the Expansion of Parenting". I *Parenting Culture Studies*, redigeret af Ellie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth og Jan Macvarish, 25-49. London: Palgrave Macmillan.

Faircloth, Charlotte og Zeynep B. Gürtin. 2018. "Fertile Connections: Thinking across Assisted Reproductive Technologies and Parenting Culture Studies". *Sociology* 52 (5):983-1000. <https://doi.org/10.1177/0038038517696219>.

Foucault, Michel. 1982. "The Subject and Power". *Critical Inquiry* 8 (4):777-95. <https://doi.org/10.1086/448181>.

— 2002 [1972]. *Archaeology of Knowledge*. London: Taylor & Francis Group.

Ginoza, Margaret E.C. og Rosario Isasi. 2020. "Regulating Preimplantation Genetic Testing across the World: A Comparison of International Policy and Ethical Perspectives". *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine* 10 (5):1-14. <https://doi.org/10.1101/CSHPERSPECT.A036681/-/DC1>.

Gleicher, Norbert, Pasquale Patrizio og Ali Brivanlou. 2021. "Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy – a Castle Built on Sand". *Trends in Molecular Medicine* 27 (8):731-42. <https://doi.org/10.1016/J.MOLMED.2020.11.009>.

Hershberger, Patricia E., Agatha M. Gallo, Karen Kavanaugh, Ellen Olshansky, Alan Schwartz og Ilan Tur-Kaspa. 2012. "The Decision-Making Process of Genetically at-Risk Couples Considering Preimplantation Genetic Diagnosis: Initial Findings from a Grounded Theory Study". *Social Science and Medicine* 74 (10):1536-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.003>.

HFEA. 2022. *Pre-implantation Genetic Testing for Aneuploidy (PGT-A)*. Human Fertilisation & Embryology Authority. <https://www.hfea.gov.uk/treatments/treatment-add-ons/pre-implantation-genetic-testing-for-aneuploidy-pgt-a/>. Tilgået 24.08.2023.

Holmqvist, Viktoria, Laura Kirstine, Laura Sønderberg Roos, Kristin Ros Kjartansdóttir, Morten Dunø, Morten Rønn Petersen, Christina Hnida, Inge Søkilde Pedersen, Anja Ernst, Christian Liebst, Christian Liebst Frisk Toft, Tue Diemer, Hans Jakob Ingerslev, Anja Pinborg og Kristine Løssl. 2019. "Præimplantationsgenetisk testning for aneuploidi". *Ugeskrift for Læger* 181:2-5.

Inhorn, Marcia C. og Daphna Birenbaum-Carmeli. 2008. "Assisted Reproductive Technologies and Culture Change". *Annual Review of Anthropology* 37 (1):177-96. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.ANTHRO.37.081407.085230>.

Lee, Ellie. 2014. "Introduction". I *Parenting Culture Studies*, redigeret af Ellie Lee, Jennie Bristow, Charlotte Faircloth og Jan Macvarish, 1-22. London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137304612>.

Lemke, Thomas og Jonas Rüffel. 2019. "Social Dimensions of Preimplantation Genetic Diagnosis: A Literature Review". *New Genetics and Society* 38 (1):80-112. <https://doi.org/10.1080/14636778.2018.1549983>.

Løssl, Kristine, Jane Gasseholm Bentzen, Morten Rønn Petersen, Laura Sønderberg Roos, Kristín Rós Kjartansdóttir, Marie Louise Grøndahl, Bettina Troest, Christian Liebst Frisk Toft, Inge Søkilde Pedersen, Tue Diemer og Hans Jakob Ingerslev. 2021. „Præimplantationsgenetisk testning“. *Ugeskrift for Læger* 183.

McLaren, Margaret. A. 2002. Foucault and the Body: A Feminist Reappraisal. I *Feminism, Foucault, and Embodied Subjectivity*, redigeret af er skal stå: redigeret af Margaret A. McLaren, 81-116. Albany: State University of New York Press.

de Melo-Martin, Inmaculada. 2020. "The Gendered Nature of Reproductive Technologies". I *The Routledge Handbook of Feminist Philosophy of Science*, redigeret af Sharon Crasnow og Kristen Intemann, 289-99. Milton Park: Taylor & Francis Group.

— 2022. "Being and Becoming Pregnant: Valuing Risks". *Perspectives in Biology and Medicine* 65 (2):327-36. <https://doi.org/10.1353/PBM.2022.0028>.

Mitchell, Lisa M. 2001. "Chapter One Introducing Ultrasound Fetal Imaging". I *Baby's First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*, redigeret af Lisa M. Mitchell, 3-21. Toronto: University of Toronto Press.

Molas, Anna og Andrea Whittaker. 2022. "Beyond the Making of Altruism: Branding and Identity in Egg Donation Websites in Spain". *BioSocieties* 17 (2):320-46. <https://doi.org/10.1057/s41292-020-00218-0>.

Murugesu, Sughashini, Lorraine S. Kasaven, Aviva Petrie, Anusiya Vaseekaran, Benjamin P. Jones, Timothy Bracewell-Milnes, Jennifer F. Barcroft, Karen J. Grewal, Natalie Getreu, Nicolas Galazis, Flavia Sorbi, Srdjan Saso og Jara Ben-Nagi. 2022. "Does Advanced Paternal Age Affect Outcomes Following Assisted Reproductive Technology? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Reproductive BioMedicine Online* 45 (2):283-331. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648322002292>.

Pavone, Vincenzo og Flor Arias. 2012. "Beyond the Geneticization Thesis: The Political Economy of PGD/PGS in Spain". *Science, Technology, & Human Values* 37 (3):235-61. <https://doi.org/10.1177/016224391>.

Pavone, Vincenzo og Sara Lafuente Funes. 2017. "Selecting What? Pre-Implantation Genetic Diagnosis and Screening Trajectories in Spain". I *Selective Reproduction in the 21st Century*, redigeret af A. Wahlberg og T. Gammeltoft, 123-48. London: Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58220-7_6/TABLES/2.

Penzias, Alan, Kristin Bendikson, Samantha Butts, Christos Coutifaris, Tommaso Falcone, Gregory Fossum, Susan Gitlin, Clarisa Gracia, Karl Hansen, Andrew la Barbera, Jennifer Mersereau, Randall Odem, Richard Paulson, Samantha Pfeifer, Margareta Pisarska, Robert Rebar, Richard Reindollar, Mitchell Rosen, Jay Sandlow og Eric Widra. 2018. "The Use of Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy (PGT-A): A Committee Opinion". *Fertility and Sterility* 109 (3):429-36. <https://doi.org/10.1016/J.FERTNSTERT.2018.01.002>.

Rigshospitalet. 2023. *Præimplantations Genetisk Testning PGT (ægsortering)*. Rigshospitalet. <https://www.rigshospitalet.dk/undersogelse-og-behandling/find-undersogelse-og-behandling/Sider/Praeimplantations-Genetisk-Testning-PGT-aegsortering-1533023.aspx>. Tilgængeligt 13.06.2023.

Salzmann-Erikson, Martin og Henrik Eriksson. 2020. "Netnography in the Healthcare and Nursing Sector. I *Netnography Unlimited*, redigeret af R. V. Kozinets og R. Gambetti, 70-82. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003001430-7/NETNOGRAPHY-HEALTHCARE-NURSING-SECTOR-MARTIN-SALZMANN-ERIKSON-HENRIK-ERIKSSON>.

Sargent, Christine. 2020. "The Stakes of (Not) Knowing". *Medicine Anthropology Theory* 7 (2):10-32. <https://doi.org/10.17157/MAT.7.2.683>.

Schwennesen, Nete og Tine M. Gammeltoft. 2022. "Prenatal Screening and Diagnosis". I *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, redigeret af S. Han og C. Tomori, 339-50. Milton Park: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003216452>.

Schwennesen, Nete, Mette Nordahl Svendsen og Lene Koch. 2010. "Beyond Informed Choice: Prenatal Risk Assessment, Decision-Making and Trust". *Clinical Ethics* 5 (4):207-16. <https://doi.org/10.1258/CE.2010.010041>.

Shapiro, Gilla. 2014. "Voluntary Childlessness: A Critical Review of the Literature". *Studies in the Maternal* 6 (1):1-15. <https://doi.org/10.16995/SIM.9>.

Simopoulou, Mara, Konstantinos Sfakianoudis, Polina Giannelou, Aikaterini Pierouli, Anna Rapani, Evangelos Maziotis, Dionysios Galatis, Panagiotis Bakas, Nikolaos Vlahos, Konstantinos Pantos og Michael Koutsilieris. 2019. "Treating Infertility: Current Affairs of Cross-Border Reproductive Care". *Open Medicine (Poland)* 14 (1):292-99. <https://doi.org/10.1515/MED-2019-0026/MACHINEREADABLECITATION/RIS>.

Sundhed.dk. 2021. *Graviditetsuge 10 – embryo*. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/graviditetskalender/embryo-foster/graviditetsuge-10-embryo/>. Tilgæet 31.05.2024.

Swoboda, Debra. 2015. "Frames of Reference: Marketing the Practice and Ethics of PGD on Fertility Clinic Websites". *Advances in Medical Sociology* 16:217-47. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020150000016008>.

Thompson, Charis. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge: The MIT Press.

Wahlberg, Ayo. 2016. "Serious Disease as Kinds of Living". I *Contested Categories: Life Sciences in Society*, redigeret af S. Bauer, 89-111. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315573977-6>.

— 2020. "Perfecting or Selecting? When 'Kinds of Children' are the Objective". *Journal of Marketing Management* 38 (5-6):478-82. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2020.1862475>.

Wahlberg, Ayo og Tine M. Gammeltoft. 2014. "Selective Reproductive Technologies". *Annual Review of Anthropology* 43:201-16. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102313-030424>.