



Lovforslag nr. L 60

Folketinget 2017-18

Fremsat den 5. oktober 2017 af sundhedsministeren (Ellen Trane Nørby)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik, forskning m.v. og sundhedsloven

(Ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation og ændring af reglerne for kastration)

§ 1

I lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 93 af 19. januar 2015, som ændret ved lov nr. 264 af 16. marts 2016, foretages følgende ændring:

1. § 5 affattes således:

»§ 5. Stammer ægcellen ikke fra den kvinde, der skal føde barnet, og stammer sæden ikke fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet, og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikke-anonym form.«

§ 2

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som ændret senest ved § 2 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændring:

1. § 115, stk. 1, affattes således:

»§ 115. En person kan blive kastreret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne af kastrationen. Transkønnede personer omfattet af §§ 110 eller 111 skal dog søge om tilladelse til kastration.«

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Loven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration som led i kønsskifte indgivet inden den 1. januar 2018. For sådanne ansøgninger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men lovens § 1 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
 - 1.1. Ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v.
 - 1.2. Ændringer i sundhedsloven
2. Lovforslagets hovedpunkter
 - 2.1. Behandling med assisteret reproduktion med brug af både donoret ægcelle og doneret sæd
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold
 - 2.1.2.1. Donorers anonymitet
 - 2.1.2.2. Sundhedsfaglig begrundelse
 - 2.2. Betingelser for kastration som led i kønsskifte
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.1.1. Ændring og flytning af diagnosekode
 - 2.2.1.2. Tilladelse til kastration
 - 2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold
 - 2.2.2.1. Terminologi
 - 2.2.2.2. Tilladelse til kastration
3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
5. Administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
9. Sammenfattende skema

1. Indledning

Regeringen ønsker at gøre sundhedsvæsenet mere tidssvarende med den faglige udvikling og normerne i samfundet. Regeringen foreslår derfor ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v. vedrørende afskaffelse af forbuddet mod dobbeltdonation samt ændringer i sundhedsloven vedrørende ændringer af adgangen til at få kastration som led i kønsskifte.

1.1. Ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v.

Regeringen ønsker at sikre gode muligheder for, at de par og enlige kvinder, der har brug for behandling med assisteret reproduktion, har mulighed for at modtage den nødvendige behandling, også selvom det indebærer dobbeltdonation ved brug af både doneret ægcelle (herefter: donoræg) og doneret sæd (herefter: donorsæd). Det gældende forbud mod dobbeltdonation er bl.a. begrundet i et ønske om, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst én af forældrene.

Det er regeringens opfattelse, at en stærk tilknytning mellem barn og forælder er helt afgørende for et barns trivsel, og at man ikke skal undervurdere betydningen af, at der er biologiske bånd mellem barn og forælder. Men det er dog samtidig regeringens opfattelse, at omsorg, kærlighed og tillid har den største betydning i en familie. Regeringen kan endelig konstatere, at der i dag findes flere forskellige former for familie.

Det foreslås derfor, at behandling med assisteret reproduktion, hvor der anvendes donerede kønsceller, tillades under forudsætning af, at det er sundhedsfaglig indiceret.

Dernæst foreslås det som den anden betingelse for at tillade anvendelse af både donoræg og donorsæd i en behandling med assisteret reproduktion, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der fortsat vil være mulighed for barnet for at få et delvist kendskab til sit genetiske ophav.

1.2. Ændringer i sundhedsloven

Regeringen ønsker, at alle personer uanset kønsidentitet, herunder transkønnede, behandles og mødes med værdighed og respekt i det danske sundhedsvæsen. Danmark valgte at gå enegang og etablere en særskilt national løsning for diagnosekoderne pr. 1. januar 2017, hvormed koden for transkønnethed blev flyttet fra kapitlet om psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser til et afsnit, der ikke opfattes som diskriminerende eller stigmatiserende.

Det foreslås derfor, at terminologien i sundhedslovens § 115 ændres, således at betingelsen om, at personen skal have stillet diagnosen transseksualitet erstattes af et krav om, at personen skal være transkønnet.

Dernæst følger det af den gældende sundhedslovs § 115, at Sundhedsstyrelsen skal give tilladelse til kastration, hvis en person ønsker kastration som led i kønsskifte.

Det foreslås, at kravet om tilladelse afskaffes, da der ikke længere er en faglig begrundelse for opretholdelse af kravet, ligesom at kravet anses for at være utidssvarende med processen for kønsskifte.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Behandling med assisteret reproduktion med brug af både donoræg og donorsæd (dobbeltdonation)

2.1.1. Gældende ret

Det fremgår af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at der ikke må etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner (forbud mod dobbeltdonation). Bestemmelsen forhindrer derfor, at en kvinde med hjælp fra en sundhedsperson kan få hjælp til at blive gravid ved hjælp af både et donoræg og donorsæd. Forbuddet er absolut og gælder derfor uanset, om der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for brug af både donoræg og donorsæd, eller ej.

Forbuddet mod dobbeltdonation blev indsat ved lov nr. 460 af 10. juni 1997. Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 1996-97, A, L5, s. 47f., at formålet hermed var at sikre, at barnet er genetisk beslægtet med mindst én af de kommende forældre.

Det gældende forbud betyder blandt andet, at et par af modsat køn, hvor hverken kvinden eller manden har brugbare kønsceller, og enlige kvinder, som ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg, ikke kan få behandling med assisteret reproduktion.

Endvidere betyder forbuddet, at i par bestående af to kvinder, er der ikke mulighed for at få behandling med assisteret reproduktion, hvis ikke kvindens eget æg anvendes som led i behandlingen. Det gælder, uanset om kvinden anvender et æg, som er doneret af hendes ægtefælle eller partner eller en anden donor, og uanset om det skyldes, at kvinden, som skal bære barnet, ikke selv har et befrugtningsdygtigt æg, eller om brugen af et donoræg er begrundet i et ønske om, at begge parter i forholdet skal føle sig »biologisk« knyttet til barnet.

Efter de gældende regler i §§ 11 og 16 i bekendtgørelse nr. 672 af 8. maj 2015 om assisteret reproduktion fastsat i henhold til § 20, stk. 1, i lov om assisteret reproduktion, er det muligt for donor selv at vælge, om denne ønsker at være anonym eller ikke-anonym. Bekendtgørelsen fastsætter alene krav til anonym donation, idet det er fastsat, at vævscenteret i forbindelse med anvendelse af en anonym æg- eller sæddonor alene kan videregive oplysninger om donors hudfarve, hårfarve, øjenfarve, blodtype, højde og vægt, jf. § 11, 2. pkt., og § 16, 2. pkt. Ved anonyme ægdonorer kan der – ud over de nævnte oplysninger – ligeledes videregives oplysninger om donors alder, jf. § 11, 2. pkt.

Ved ikke-anonym donation er det muligt at opnå flere oplysninger om donor end ved brug af en anonym donor. I vejledning af 26. maj 2015 om sundhedspersoners og vævs-

centres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med assisteret reproduktion er beskrevet forskellige muligheder ved ikke-anonym donation.

En åben donation er, hvor donor har givet samtykke til, at der kan gives yderligere oplysninger end de, der er anført i bekendtgørelsen for anonym donation. Det kan eksempelvis være donors erhverv, fritidsinteresser, uddannelse, stemmeprov, babyfotos og lignende.

En åben donor kan dog også give samtykke til, at der kan gives oplysninger om donors identitet til barnet og/eller modtageren af donation ved henvendelse til vævscenteret, og det kan aftales, på hvilket tidspunkt eller under hvilke omstændigheder disse oplysninger skal gives. For eksempel kan det aftales, at barnet som den eneste kan få oplyst donors identitet, når barnet er fyldt 18 år.

Det er derfor muligt både at have ikke-anonyme/åbne donorer, som er kontaktbare (donors identitet er oplyst), og som ikke er kontaktbare (eksempelvis hvis alene uddannelse og fritidsinteresser er oplyst).

Det bemærkes derfor, at afhængig af hvilke type oplysninger, der gives, og omfanget af oplysninger, er det i nogle tilfælde muligt for barnet at finde frem til donor, og i andre tilfælde, er dette ikke muligt. Således er det kun muligt for barnet at finde frem til donor i de tilfælde, hvor den ikke-anonyme/åbne donor har valgt at være kontaktpar.

Endvidere er der mulighed for at anvende en kendt donor. En kendt donor kendes af modtageren eller modtagerne på tidspunktet for donationen. Den kendte donor kan være en voksen person, som en enlig kvinde eller et par selv møder med, og som samtykker i at donere under nærmere aftalte vilkår. Det kan for eksempel være et familiemedlem eller en god ven. Det skal dog bemærkes, at der stilles krav i vævslovgivningen til blandt andet testning af donorer.

Der er således valgfrihed med hensyn til donationsform, både for den enkelte donor, og for den enlige kvinde eller det par, som ønsker behandling med donerede æg eller sæd, idet modtagerne har mulighed for at tage stilling til, hvorvidt der skal anvendes en anonym eller ikke-anonym donor.

2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

Muligheden for behandling med assisteret reproduktion med brug af både donorsæd og donoræg er løbende genstand for debat. Det nuværende forbud mod dobbeltdonation stammer fra lovens tilblivelse i 1997, og det fremgik også af Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. december 1993 om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling. Det gældende forbud har således været gældende i en lang årrække.

Sundheds- og Ældreministeriet finder, at det nuværende forbud ikke er tidssvarende, da der i dag findes mange forskellige familiemønstre. Det gældende forbud er bl.a. begrundet med, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst en af forældrene. Det er regeringens opfattelse, at den biologiske tilknytning mellem barn og forældre har en

vis men ikke afgørende betydning. Det er omsorg, kærlighed og tillid, der har den største betydning i en familie.

Det Ethiske Råd har i publikationen »Det Ethiske Råds anbefalinger om lovgivning af dobbeltdonation« fra 2017 behandlet spørgsmålet om genetisk tilknytning. I forhold til dobbeltdonation og genetisk tilknytning har rådet haft svært ved at se en begrundelse for, at manglende genetisk tilknytning mellem barnet og forældrene i sig selv kan begrunde den eksisterende lovgivning, hvor dobbeltdonation som nævnt ikke er tilladt.

De overvejelser, der på denne baggrund er opstået i forhold til modellen, hvorefter der kan tillades behandling med dobbeltdonation, kan opdeles i to temaer: donorers anonymitet og sundhedsfaglig begrundelse for behandling.

2.1.2.1. Donorers anonymitet

Baggrunden for det nuværende forbud mod dobbeltdonation er bl.a. et ønske om, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst én af de kommende forældre. Ved afvejningen af, om det nugældende forbud skal ændres, må hensynet til den enlige kvinde eller parret, til det kommende barn, barnet og samfundsmæssige hensyn vægtes i forhold til hinanden.

En ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation kan betyde, at et eventuelt barn ikke er genetisk beslægtet til nogen af sine kommende forældre. En del af de overvejelser, der har været om ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation, har derfor været omkring en ændring af den nuværende valgfrihed, som enlige kvinder eller parret har i forhold til, hvilken donor – anonym eller ikke-anonym – der ønskes anvendt i tilfælde af dobbeltdonation.

Det Ethiske Råd har i publikationen »Det Ethiske Råds anbefalinger om lovgivning af dobbeltdonation« fra 2017 behandlet spørgsmålet om anonymitet i forhold til brug af både donoræg og donorsæd. I forhold til dobbeltdonation og donoranonymitet har rådet anført følgende overvejelser:

»En diskussion i Det Ethiske Råd har været om donoranonymiteten bør ophæves ved dobbeltdonation, hvor anonymitetsproblematikken så at sige er »fordoblet« sammenlignet med æg- eller sæddonation. I de fleste tilfælde vil barnet formentlig ikke have adgang til oplysninger om sine genetiske forældre, hvis dobbeltdonation lovgivningsmæssigt, og anonym donation fortsat er mulig. Anonym er nemlig klart den foretrukne donationsform. På den ene side mener Rådet ikke, at vigtigheden af den genetiske tilknytning skal overbetones. Alt andet lige må den sociale tilknytning og omsorg mellem forælder/forældre og barn betragtes som det klart væsentligste – og det betyder givetvis meget for denne tilknytning, at barnet vokser og udvikler sig i kvindens mave. På den anden side udgør donoranonymitet et problem i mere end én henseende. Det er for det første et problem, at barnet ikke har mulighed for at få adgang til oplysninger om sit genetiske ophav, hvis det på et tidspunkt faktisk ønsker at få en sådan viden. Den kan også opleves som en krænkelse, at adgangen til disse oplysninger helt bevidst er umuliggjort. Omvendt er det måske ikke den manglende adgang til oplysninger, der i

sig selv er det største problem. Muligvis er det i mange tilfælde et endnu større problem, at donation/donationerne forties for barnet, så det ikke er klar over, at det er undfanget ved hjælp af donation«.

Det skal til ovenstående bemærkes, at der i praksis på nuværende tidspunkt ikke er nogen anonyme donorer i Danmark.

Sundheds- og Ældreministeriet finder, at det ved indførelsen af muligheden for dobbeltdonation er hensigtsmæssigt at fastsætte et krav om, at det ved anvendelse af både donoræg og donorsæd i en behandling med assisteret reproduktion er en forudsætning, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der fortsat er mulighed for barnet for at få et vist (delvist) kendskab til sit genetiske ophav. Det bemærkes, at afhængig af hvilke type oplysninger, der gives, og omfanget af oplysninger, er det i nogle tilfælde muligt for barnet at finde frem til donor, og i andre tilfælde, er dette ikke muligt. Således er det kun muligt for barnet at finde frem til donor i de tilfælde, hvor den ikke-anonyme/åbne donor har valgt at være kontaktfarbar. Forslaget om indførelse af et sådan krav vil alene gælde ved dobbeltdonation og ikke ved enkeltdonation, hvilket betyder, at der ikke laves et generelt forbud mod brug af anonym donor.

Det bemærkes, at der ikke med lovforslaget ændres ved donorers valgfrihed med hensyn til donationsform, hvilket betyder, at en ægdonor eller sæddonor fortsat selv vil kunne bestemme, om denne ønsker at donere anonymt eller ikke-anonymt, jf. §§ 11 og 16 i bekendtgørelse nr. 672 af 8. maj 2015 om assisteret reproduktion.

Der henvises til afsnit 2.1.1. for en nærmere beskrivelse af anonym og ikke-anonym donation.

Det Ethiske Råd har i publikationen »Det Ethiske Råds anbefalinger om lovgivning af dobbeltdonation« fra 2017 behandlet spørgsmålet om forældres fortælle om, at barnet er blevet til ved donation, hvor Rådet anført følgende overvejelser:

»Hvis det største problem ved donation af kønsceller faktisk er fortællingen om for barnet, kan man forsøge at løse problemet på andre måder end at ophæve anonymiteten. En mulighed er eksempelvis at registre donationsforholdet i en database, så enhver borger på et tidspunkt – fx efter at være fyldt 18 år – har mulighed for at undersøge, om han eller hun faktisk er undfanget ved hjælp af donation. [...] Om det er den bedste måde at løse problemerne i forhold til fortælle og anonymitet på, ønsker Det Ethiske Råd ikke at tage stilling til i denne udtalelse«.

Med lovforslaget indføres der ikke en offentlig oplysningspligt overfor barnet. Det vil således som hidtil bero på forældrene at fortælle barnet om dets ophav, da forældrene alt andet lige må være nærmest til at varetage barnets bedste og sikre dets trivsel.

Af hensyn til familiedannelsen er det således Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at en offentlig medvirken i form af et register, automatisk oplysningspligt eller lignende ikke vil være hensigtsmæssigt for hverken donor, barnet el-

ler den samlede familie. Det må være forældrene, som bedst kan vurdere, om og hvornår de ønsker at oplyse barnet om dets tilblivelse. Det kan i øvrigt bemærkes, at adoptionslovgivningen ikke pålægger adoptanter at oplyse barnet om, at det er adopteret, men at adoptanterne forud for en adoption opfordres hertil af myndighederne.

2.1.2.2. Sundhedsfaglig begrundelse

Det er Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at benyttelse af både donoræg og donorsæd i behandling med assisteret reproduktion kun skal tillades, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Det skyldes hensynet til ægdonor og recipienten (kvinden i behandling, der modtager ægcellen med henblik på at opnå graviditet).

For recipienten er der sundhedsfaglige risici forbundet med graviditet, der involverer donoræg sammenlignet med graviditeter, der involverer egne æg. Den største kendte risiko er forhøjet blodtryk i svangerskabet og svangerskabsforgiftning. Kvinder, som bliver gravide ved brug af egne æg, har en risiko på ca. 6 pct. for svangerskabsforgiftning, hvorimod kvinder, der bliver gravide med donoræg, har en risiko for svangerskabsforgiftning på ca. 17 pct. Hertil kommer en række andre forhøjede risici ved brug af donoræg, som formentlig er betinget af svangerskabsforgiftning, for eksempel en forhøjet risiko for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, risiko for at føde ved kejsersnit og blødning efter fødsel. Det er derfor Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at kvinder, der skal bruge både donoræg og donorsæd for at opnå graviditet, har en ikke ubetydelig risiko for svangerskabsforgiftning og deraf afledte andre risici.

Brug af både donoræg og donorsæd kan være sundhedsfagligt begrundet, hvis for eksempel hverken manden eller kvinden i et partnerskab har befrugtningsdygtige kønsceller, eller hvis en enlig kvinde ikke har befrugtningsdygtige æg, eller hvis den kvinde i et forhold bestående af to kvinder, der skal bære barnet, ikke har befrugtningsdygtige æg.

Brug af både donoræg og donorsæd kan også være sundhedsfagligt begrundet i fx de tilfælde, hvor en eller begge parter i forholdet er disponeret for arvelige sygdomme. I nogle tilfælde kan arvelige sygdomme ikke diagnosticeres ved genetisk undersøgelse af det befrugtede æg (PGD), jf. § 7 i lov om assisteret reproduktion.

Brug af både donoræg og donorsæd vil derimod ikke være sundhedsfagligt begrundet, såfremt kvinden, der skal bære barnet, selv har befrugtningsdygtige æg. Det betyder bl.a., at det ikke efter lovforslaget vil være muligt for fx en kvinde i et forhold med en anden kvinde at donere et æg til sin kæreste/kone alene begrundet i et ønske om, at begge parter i forholdet skal føle sig »biologisk« knyttet til barnet. En sådan behandling med assisteret reproduktion vil således alene kunne ske hvis kvinden, der skal bære barnet, ikke selv har befrugtningsdygtige æg.

Det er den behandlende sundhedsperson, der er ansvarlig for at vurdere, om brug af både donoræg og donorsæd er sundhedsfagligt begrundet.

Det Ethiske Råd har i publikationen »Det Ethiske Råds anbefalinger om lovliggørelse af dobbeltdonation« fra 2017 behandlet spørgsmålet om sundhedsfaglig begrundet, hvorvidt det bør stilles som krav, at der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for at tillade dobbeltdonation. Rådet har anført følgende overvejelser:

»Flere forhold kan her være relevante, men i denne sammenhæng skal det først og fremmest nævnes, at risikoen for svangerskabsforgiftning er 2-3 gange højere i forbindelse med graviditet efter ægdonation sammenlignet med graviditet efter naturlig reproduktion. Svangerskabsforgiftning fører i nogle tilfælde til for tidlig fødsel og kan også medføre nedsat fostertilvækst. I sjældne tilfælde opstår det såkaldte HELLP-syndrom, der er forbundet med stor risiko for alvorlige komplikationer for mor og barn.«

Ved samme lejlighed anbefalede Det Ethiske Råd nedenstående om lovliggørelse af dobbeltdonation:

»6 medlemmer mener, at der bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation. 10 medlemmer mener, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation på sundhedsfaglig indikation. 1 medlem mener, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation, hvor en lesbisk kvinde på sundhedsfaglig indikation anvender et æg, som er doneret af hendes kone eller kæreste.«

Flertallet af Det Ethiske Råd anbefaler derfor, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation, såfremt brug af både donoræg og donorsæd er sundhedsfagligt begrundet. På denne baggrund foreslår regeringen, at brug af både donoræg og donorsæd ved behandling med assisteret reproduktion tillades, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse.

2.2. Betingelser for kastration

2.2.1. Gældende ret

Det følger af sundhedslovens § 115, stk. 1, at en person efter ansøgning kan få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf.

Ved diagnosen transseksualitet forstås en uoverensstemmelse mellem en persons oplevede kønsidentitet og det ved fødslen tildelte køn.

2.2.1.1. Ændring og flytning af diagnosekode

Opdelingen og organiseringen af Danmarks sygehusklassifikationssystem bygger på strukturen i WHO's generelle diagnosekodesystem ICD-10.

Idet der gennem længere tid fra dansk side har været et ønske om at flytte diagnosekoden for transkønnethed fra kapitlet for »Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser«, og idet WHO's revision af kodesystemet ikke har haft den fremdrift, der er ønsket fra dansk side på netop dette område, valgte Danmark at etablere en særskilt dansk løsning for flytning af koderne for transkønnethed pr. 1. januar 2017, således at koderne for transkønnethed ikke længere

fremgår af kapitlet om psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Den tidligere kode »DF640 Transseksualisme« benyttes derfor ikke længere, men i stedet anvendes koden »DZ768E1 Kontakt på grund af transkønnethed«. Det fremgår dog stadig af både loven, jf. lov nr. 744 af 25. juni 2014, og lovbemærkningerne, jf. Folketingstidende 2013-14, A, L 189 som fremsat, at bl.a. *diagnosen transseksualitet* skal være stillet før, at der kan gives tilladelse til kastration.

2.2.1.2. Tilladelse til kastration

Det følger af bemærkningerne, jf. Folketingstidende 2013-14, A, L 189 som fremsat, s. 5, at baggrunden for det lovfæstede krav om tilladelse til kastration er, at der er tale om et omfattende og irreversibelt indgreb.

Ansøgningen om tilladelse til kastration rettes af den kastrationssøgende til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen indhenter herefter en erklæring vedrørende ansøgeren fra den forløbsansvarlige læge med henblik på en vurdering af, om ansøgeren opfylder kriterierne for at opnå tilladelse til kastration som led i kønsskifte.

Den forløbsansvarlige læge er den ansvarlige speciallæge, der indgår i et fast multidisciplinært teamsamarbejde. Det multidisciplinære team omfatter speciallæger i gynækologi/obstetrik, plastikkirurgi med særlig viden om kønsidentitetsforhold. Endvidere vil andre personalegrupper kunne være repræsenteret i teamet, herunder en psykolog.

Det er den forløbsansvarlige læges opgave at udfærdige eller godkende erklæringen til Sundhedsstyrelsen.

Hvis den forløbsansvarlige læges erklæring giver Sundhedsstyrelsen anledning til tvivl med hensyn til, om ansøgeren opfylder kriterierne for at få tilladelse til kastration med henblik på kønsskifte, forelægger Sundhedsstyrelsen erklæringen for Retslægerådet. Udtaler Retslægerådet sig ikke imod, at ansøgeren får tilladelse til kastration som led i kønsskifte, meddeler Sundhedsstyrelsen sædvanligvis efter en konkret vurdering ansøgeren tilladelse hertil.

Udtaler den forløbsansvarlige læge sig i sin erklæring imod kastration med henblik på kønsskifte, forelægges erklæringen for Retslægerådet. I det tilfælde, hvor Retslægerådet anbefaler afslag til kastration, og Sundhedsstyrelsen på det foreliggende grundlag er enig i denne vurdering, parts-hører Sundhedsstyrelsen ansøgeren om udkast til afslag på ansøgningen, og herefter tager styrelsen endelig stilling til ansøgningen. Dette gælder også i situationer, hvor der foreligger oplysninger fra den forløbsansvarlige læge om, at kastration efter konkret lægelig vurdering er kontraindiceret i forhold til den pågældende ansøger.

Meddeler Sundhedsstyrelsen ansøgeren tilladelse til kastration, orienterer styrelsen samtidigt den forløbsansvarlige læge, der henviser ansøger til behandling.

Sundhedsstyrelsen har frem til den 1. januar 2017 påsat, at ansøgeren er transseksuel, og efter den 1. januar 2017 påsat, om personen er transkønnet, der forstås som en vedvarende tilstand af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns-karakteristika. Diagnosen stilles efter udredning på højt specia-

liseret niveau. Samtidig påser Sundhedsstyrelsen, at ansøge-rens ønske har været vedholdende, og at det vurderes at ville være vedvarende, samt at ansøgeren kan overskue konsekvenserne af kastration.

Det beror på en konkret vurdering, om en person har et vedholdende ønske om kastration. En sådan vurdering beror ikke alene på selve den tidsmæssige længde af ønsket, men også på, hvorvidt ønsket om kastration har været konsistent.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen i praksis påser, at der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet. Eksempelvis, hvor det grundet patientens øvrige sundhedstilstand ikke er tilrådeligt at gennemføre en kastration af sundhedsfaglige årsager. Dette skal ses i lyset af, at en patient på dette område – som ved alle andre behandlinger efter sundhedsloven – ikke har ret til en ydelse i sundhedsvæsenet, hvis der er omstændigheder, der gør behandlingen lægefagligt uegnet eller uforsvarlig.

Det fremgår af sundhedslovens § 117, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om ansøgning om kastration og om behandlingen af sager herom. Nærmere bestemmelser herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 957 af 28. august 2014 om sterilisation og kastration.

Sundhedsstyrelsen har siden juni 2005 givet tilladelse eller afslag på kastration, jf. sundhedslovens § 116 (tidligere lå denne kompetence hos Justitsministeriet). Styrelsen har i perioden juni 2005-2016 modtaget i alt 110 ansøgninger om kastration med henblik på kønsskifte, hvor der er givet 103 tilladelser og 7 afslag.

2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.2.2.1. Terminologi

Det enkelte menneskes kønsidentitet kan være forskelligt fra det køn, man får tildelt ved fødslen. Dette kan medføre et kønsligt ubehag og et ønske om sundhedsfaglig hjælp til at ændre eller tilpasse de medfødte køns-karakteristika og er i sig selv hverken et udtryk for psykisk eller somatisk lidelse. Det kønslige ubehag kan medføre et ønske om at få foretaget kønsskifte. Det følger af sundhedslovens § 115, at bl.a. diagnosen transseksualitet skal være stillet før, at en person kan blive kastreret som led i kønsskifte. Da Danmark ikke længere anvender diagnosebetegnelsen »transseksualitet«, er det under alle omstændigheder nødvendigt at ændre terminologien i bestemmelsen.

Det bemærkes, at den foreslåede ændring af terminologien *transseksualisme* til *transkønnethed* ikke tilsigter at ændre anvendelsesområdet og de nuværende betingelser for, hvornår der tilbydes kastration som led i kønsskifte, men har til formål at understøtte opfattelsen af, at personer, som oplever uoverensstemmelse mellem deres kønsidentitet og det ved fødslen tildelte køn, ikke relaterer sig til personens seksualitet.

Vurderingen af, om en person er transkønnet, skal fortsat ske på samme grundlag som tidligere. Det indebærer, at det fortsat påses, om personen oplever kønsligt ubehag eller

utilstrækkelighed ved egne kønskarakteristika. Hertil kommer, at det fortsat også påses, at ansøgerens ønske er udtryk for en vedholdende tilstand af ubehag eller forpinthedsfølelse som følge af uoverensstemmelse mellem fødselstildelt køn og egen kønsidentitet, at ønsket vurderes at ville være vedvarende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne, ligesom det påses, om der ikke foreligger øvrige forhold, der taler imod indgrebet.

2.2.2.2. Tilladelse til kastration

I tilknytning til ændringen af terminologien er det blevet overvejet, om tilladelseskrauet i § 115, stk. 1, fortsat er tidsvarende med behandlingsmulighederne ved kønsskifte.

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedslovens § 115, stk. 1, godkende kastration som led i kønsskifte. Ved kastration forstås fjernelse af æggestokke hos kvinder og fjernelse af testikler hos mænd. Krauet om tilladelse til kastration stammer helt tilbage fra den oprindelige lov nr. 318 af 13. juni 1978 om sterilisation og kastration.

Det foreslås, at der ikke længere skal være krav om, at Sundhedsstyrelsen skal give tilladelse til kastration som led i kønsskifte. Beslutningen om kastration kan overlades til patienten og den behandlende forløbsansvarlige læge under varetagelse af bl.a. de generelle regler for informeret samtykke.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der er faglige grunde til at ophæve krauet om Sundhedsstyrelsens tilladelse.

Da Sundhedsstyrelsen, i forbindelse med godkendelse af kastration efter sundhedslovens § 115, stk. 1, jf. § 116, stk. 1, alene forholder sig til indstillingen sammenholdt med lovens krav, herunder vejledningen, og således ikke foretager en konkret lægefaglig vurdering af ansøgerens medicinske forhold, vurderer Sundhedsstyrelsen således, at en person, der ønsker kastration i forbindelse med kønsskifte, vil have de samme rettigheder, selvom godkendelseskrauet i § 115, stk. 1, fjernes.

I forbindelse med kønsskifteoperationer vurderer Sundhedsstyrelsen ligeledes, at kastration (fjernelse af æggestokke eller testikler) må ses som et mindre indgreb i et behandlingsforløb sammenlignet med indgreb som f.eks. penisamputation, kolpektomi, hysterektomi mv. Dette skyldes, at kastration delvist kan reverseres medicinsk fsva. det hormonelle, samt at der kan laves fertilitetsbevarende behandling med æg- eller sædnedfrysning. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor ikke, at der foreligger en faglig begrundelse for at stille krav om styrelsens tilladelse til kastration som led i kønsskifte.

Sundhedsstyrelsen vurderer på denne baggrund, at krauet i sundhedslovens § 115, stk. 1, om godkendelse af kastration som led i kønsskifte er unødvendigt, og anbefaler at sundhedslovens § 115, stk. 1, ophæves.

Når Sundhedsstyrelsen i dag træffer afgørelse om tilladelse til kastration, indhenter Sundhedsstyrelsen en erklæring fra den forløbsansvarlige læge som led i vurderingen af, om ansøgeren opfylder kriterierne for at opnå tilladelse til kastration som led i kønsskifte. Det vil sige, at den forløbsan-

svarlige læge allerede i dag vurderer, om betingelserne for kastration som led i kønsskifte er opfyldt. Det vil således være den læge, der under iagttagelse af omhu og samvittighedsfuldhed, der kan tage beslutningen om kastration.

Det bemærkes i øvrigt, at en ophævelse af krauet om Sundhedsstyrelsen tilladelse til kastration som led i kønsskifte ikke tilsigter en udvidelse af eller ændring af de øvrige betingelser for, hvornår en person kan få indgrebet udført. Det indebærer, at den forløbsansvarlige læge fortsat vil være forpligtet til at påse, om personen oplever ubehag eller utilstrækkelighed ved egne kønskarakteristika. Hertil kommer, at det fortsat også skal påses, om personens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og om ansøgeren kan overskue konsekvenserne, ligesom det påses, om der ikke foreligger øvrige forhold, der taler imod indgrebet.

Den forløbsansvarlige læge, der tager stilling til ønsket om kastration efter § 115, stk. 1, vil ikke nødvendigvis være den samme læge, som udfører selve den kirurgiske behandling. I en sådan situation har kirurgen et selvstændigt ansvar for at sikre sig, at ansøgeren giver et informeret samtykke forinden behandlingen påbegyndes.

Ændringen af bestemmelsen i sundhedslovens § 115, stk. 1, vurderes ikke at have betydning for retsstillingen for personer, der ønsker kastration som led i kønsskifte. Den enkelte vil fortsat have de samme rettigheder til at klage over det lægefaglige skøn mv., som personen har i dag, og som er gældende på alle behandlingsområder.

Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsens afgørelse om afslag på kastration, kun kan påklages Sundheds- og Ældreministeriets fsva. de sagsbehandlingsmæssige forhold. Der kan i dag ikke klages over det lægefaglige skøn til Sundheds- og Ældreministeriet, da denne kompetence ligger hos Sundhedsstyrelsen og den forløbsansvarlige læge.

Konkret vil der være adgang til at klage over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed både i forhold til den samlede faglige virksomhed eller bestemte sundhedspersoner, jf. §§ 1 og 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Tilsvarende vurderes det, at ændring af bestemmelsen i § 115, stk. 1, ikke vil have betydning for den enkeltes adgang til at søge erstatning for skader opstået i sundhedsvæsenet. Adgangen til at søge erstatning vil følge reglerne herom i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at der for personer, som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, fastholdes et krav om tilladelse til kastration som led i kønsskifte. I disse sjældne tilfælde vil der være brug for en grundig vurdering af en række både sociale, sundhedsmæssige og juridiske forhold, med tilsvarende værdimæssig vurdering af begrundelserne og hensynene bag ønsket.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen ikke har modtaget sådanne anmodninger på ovenstående baggrund siden overtagelsen af området fra Justitsministeriet i 2005.

På denne baggrund foreslår Sundheds- og Ældreministeriet, at kravet om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration ophæves, og beslutningen om kastration i stedet træffes af den forløbsansvarlige læge og personen, der har anmodet om indgrebet.

Sundheds- og Ældreministeriet foreslår, at der fortsat skal være krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse, jf. sundhedslovens § 116, til kastration som led i kønsskifte i de tilfælde, hvor en anmodning om kastration fremsættes af en transkønnet person som på grund af fx sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorlig svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid er ude af stand til at forstå betydning af indgrebet eller det er betænkeligt, at personen på egen hånd anmoder om kastration, jf. sundhedslovens §§ 110 eller 111.

For disse personer findes særlige beskyttelseshensyn, der skal varetages, og lovforslaget indebærer derfor ikke i en ændring af gældende ret ikke for personer omfattet af sundhedslovens §§ 110 eller 111.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Det vurderes, at lovforslagets ændringer i sundhedsloven vil medføre en mindre byrdelettelse for Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet, idet disse instanser ikke længere skal afgive tilladelse eller udtalelse om tilladelse til kastration for personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens §§ 110 eller 111.

Lovforslaget vurderes i øvrigt ikke at have nogen administrative konsekvenser for det offentlige.

Det vurderes, at lovforslagets ændringer i lov om assisteret reproduktion vil medføre merudgifter for regionerne, da personkredsen, der kan modtage behandling med assisteret reproduktion, udvides. Det anslås at indebære udgifter for ca. 2,7 mio. kr.

Lovforslagets vurderes i øvrigt ikke at have økonomiske konsekvenser for stat og kommuner.

4. Økonomiske og administrative for erhvervslivet m.v.

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2004/23/EF af 31. marts 2004 om fastsættelse af standarder for kvaliteten og

sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler fastlægger bl.a. nærmere krav til donation og opbevaring af væv og celler, herunder kønsceller.

Direktivet indeholder således krav om, at der i forbindelse med bl.a. donation og opbevaring af væv og celler iagttages en række kvalitets- og sikkerhedskrav for at beskytte folkesundheden og undgå overførsel af infektionssygdomme via væv og celler. Der stilles i den forbindelse bl.a. krav om, at der foretages en omhyggelig donorudvælgelse, og at vævscentre, der opbevarer væv og celler, skal have en tilladelse fra den kompetente myndighed på området, inden de kan påbegynde deres virksomhed.

Formålet med direktivet er at sikre et højt sikkerhedsbeskyttelsesniveau for væv og celler, der anvendes til behandlingsformål (fx assisteret reproduktion) under overholdelse af høje kvalitets- og sikkerhedsstandarder.

I forhold til donoranonymitet følger det af vævsdirektivet, at de enkelte EU-medlemsstater skal træffe alle nødvendige foranstaltninger til at sikre, at der sikres anonymitet mellem donor og modtager af væv og celler. Vævsdirektivets bestemmelse herom berører dog ikke gældende regler og anden praksis i medlemsstaterne om betingelserne for videregivelse af oplysninger, herunder i forbindelse med donation af kønsceller, jf. vævsdirektivets artikel 14, stk. 3.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden 13. juli 2017 til 21. august 2017 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v. og har været offentliggjort på høringsportalen:

Adoption & Samfund, Adoptionsnævnet, Advokatrådet, Azanta Denmark A/S, Bedre Psykiatri, Brancheforeningen for Private Hospitaler og Klinikker, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Cryos International – Denmark ApS, Danish International Adoption, Dansk Erhverv, Dansk Fertilitetsselskab, Dansk Forening for Klinisk sexologi, Dansk Handicapforbund, Dansk Kvindesamfund, Dansk Industri, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Kosmetisk kirurgi, Dansk Selskab for Medicinsk Genetik, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Plastik- og rekonstruktionskirurgi, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Urologisk Selskab, Danske Bioanalytikere, Danske Handicaporganisationer, Danske Regioner, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Datatilsynet, Det Ethiske Råd, Det Centrale Handicapråd, Diabetesforeningen, Embedslægeforeningen, European Sperm Bank, Farmakonomforeningen, Forbrugerrådet, Foreningen af Speciallæger, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsschefer i Danmark, Foreningen Far, Færøernes Landsstyre, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner (LGBT Danmark), Lands-

foreningen for Ufrivilligt Barnløse, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Lægemiddelstyrelsen, Mødrehjælpen, National Videnskabsetisk Komité, Nomeco A/S, Nordiske Cochran Center, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patienterstatningen, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Psykolognævnet, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region

Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Retspolitisk Forening, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rådet for Digital Sikkerhed, Sex & Samfund, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund, Statens Serum Institut, Statsforvaltningen, Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Tandlægeforeningen, Tjellesten Max Jenne A/S og Yngre Læger.

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindre udgifter (hvis ja, angiv omfang)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommune og regioner	Ingen	Det vurderes, at lovforslagets ændringer i lov om assisteret reproduktion vil medføre merudgifter for regionerne, da personkredsen, der kan modtage behandling med assisteret reproduktion, udvides. Det anslås at indebære udgifter for ca. 2,7 mio. kr.
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Det vurderes, at lovforslaget vil medføre en mindre byrdelettelse for Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet idet disse instanser ikke længere skal afgive tilladelse eller udtale om tilladelse til kastration for personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens §§ 110 eller § 111.	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2004/23/EF af 31. marts 2004 om fastsættelse af standarder for kvaliteten og sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler fastlægger bl.a. nærmere krav til donation og opbevaring af væv og celler, herunder kønsceller. Direktivet indeholder således krav om, at der i forbindelse med bl.a. donation og opbevaring af væv og celler iagttages en række kvalitets- og sikkerhedskrav for at beskytte folkesundheden og undgå overførsel af infektionssygdomme via væv og celler. Der stilles i den forbindelse bl.a. krav om, at der foretages en omhyggelig donorudvælgelse, og at vævscentre, der opbevarer væv og celler, skal have en tilladelse fra den kompetente myndighed på området, inden de kan påbegynde deres virksomhed. Formålet med direktivet er at sikre et højt sikkerhedsbeskyttelsesniveau for væv og celler, der anvendes til behandlingsformål (fx assisteret reproduktion) under overholdelse af høje kvalitets- og sikkerhedsstandarder. I forhold til donoranonymitet følger det af vævsdirektivet, at de enkelte EU-medlemsstater skal træffe alle nødvendige foranstaltninger til at sikre, at der sikres	

	anonymitet mellem donor og modtager af væv og celler. Vævsdirektivets bestemmelse herom berører dog ikke gældende regler og anden praksis i medlemsstaterne om betingelserne for videregivelse af oplysninger, herunder i forbindelse med donation af kønsceller, jf. vævsdirektivets artikel 14, stk. 3.	
Overimplementering af EU-retlige minimumsforpligtelser (sæt X)	Ja	Nej X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det følger af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at der ikke må etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner (forbud mod dobbeltdonation).

Det foreslås i den nyaffattede bestemmelse i § 5, at der må kun må etableres assisteret reproduktion, hvor ægcellen ikke stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, og sæden ikke stammer fra hendes partner, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet, og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikke-anonym form.

Ved begrebet assisteret reproduktion skal forstås de teknikker til undersøgelse, diagnostik og behandling, der anvendes, hvor graviditet hos en kvinde søges etableret på anden måde end samleje mellem mand og kvinde. Således omfatter definitionen af assisteret reproduktion ikke behandling med hormonstimulation alene eller kirurgi.

Med den foreslåede bestemmelse gives der mulighed for, at et par af modsat køn, hvor hverken kvinden eller manden har brugbare kønsceller, kan få behandling med assisteret reproduktion. Endvidere kan enlige kvinder, som ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg, og par, bestående af to kvinder, hvor kvinden, der skal føde barnet, ikke selv har et befrugtningsdygtigt æg, få behandling med assisteret reproduktion.

Det skal bemærkes, at lovforslaget ikke ændrer ved, at behandling med assisteret reproduktion ikke må finde sted, når der foreligger en aftale mellem den kvinde, hvor graviditet søges etableret, og en anden om, at kvinden skal føde et barn til denne (surrogatmoderskab), jf. § 13 i lov om assisteret reproduktion.

Nyaffattelsen af § 5 stiller krav om, at brug af både donoræg og donorsæd i behandling med assisteret reproduktion skal være sundhedsfagligt begrundet.

Behandlingen kan være sundhedsfagligt begrundet, hvis for eksempel hverken manden eller kvinden i et partnerskab har befrugtningsdygtige kønsceller, eller hvis en enlig kvinde ikke har befrugtningsdygtige æg, eller hvis den kvinde i et forhold bestående af to kvinder, der skal bære barnet, ikke har befrugtningsdygtige æg.

Brug af både donoræg og donorsæd kan også være sundhedsfagligt begrundet i fx de tilfælde, hvor en eller begge parter i forholdet er disponeret for arvelige sygdomme. I nogle tilfælde kan arvelige sygdomme ikke diagnosticeres ved genetisk undersøgelse af det befrugtede æg (PGD), jf. § 7 i lov om assisteret reproduktion.

Behandlingen med dobbeltdonation er begrænset til, når det er sundhedsfagligt begrundet, da der er en øget risiko for svangerskabsforgiftning m.v. forbundet med graviditeter opnået ved brug af donoræg set i forhold til graviditeter ved brug af egne æg. Det betyder bl.a., at en kvinde, som selv har befrugtningsdygtige æg, ikke efter forslaget vil kunne modtage behandling med assisteret reproduktion, der involverer både donoræg og donorsæd.

Dernæst stilles der krav efter den nyaffattede § 5, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der vil være mulighed for barnet for at få et vist (delvist) kendskab til sit genetiske ophav, dog ikke nødvendigvis donors identitet, idet dette afhænger af, hvilke oplysninger som den ikke-anonyme donor har givet samtykke til videregivelse af til modtageren/barnet. Det betyder, at det ikke vil være muligt at benytte både en anonym sæddonor og en anonym ægdonor.

I bekendtgørelse nr. 672 af 8. maj 2015 om assisteret reproduktion skelnes der alene mellem anonym eller ikke-anonym donation. Omfanget af de tilgængelige oplysninger afhænger af, hvilken donationsform og profil den konkrete donor har valgt, og oplysningerne kan derfor variere. I vejledning af 26. maj af 2015 om sundhedspersoners og vævcentres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med assisteret reproduktion, er oplysningstyperne nærmere uddybet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.2. i de almindelige bemærkninger.

Til § 2

Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 115, stk. 1, at en person efter ansøgning kan få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Det følger af sundhedslovens § 116, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen giver en sådan tilladelse.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 115, stk. 1, således at en voksen habil person uden tilladelse kan blive kastreret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet,

har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Personer omfattet af bestemmelserne i §§ 110 eller 111 skal dog fortsat søge om tilladelse til kastration, jf. § 116.

Den foreslåede ændring af terminologien »transseksualitet« til »transkønnethed«, skyldes bl.a., at diagnosen transseksualitet ikke længere benyttes efter ændring af diagnosekoderne pr. 1. januar 2017. Derudover har ændringen til formål at tilkendegive, at personer, der oplever uoverensstemmelse mellem det ved fødslen tildelte køn og deres kønsidentitet, ikke lider af en psykisk eller somatisk lidelse, samtidigt med, at det ønskes fastslået, at transkønnethed ikke er udtryk for en persons seksualitet.

Der tilsigtes med den foreslåede ændring ikke, at ændre på gældende ret i forhold til vurderingen af, om en person er transkønnet og opfylder betingelserne i sundhedslovens § 115 for kastration i forbindelse med kønsskifte.

Ved kastration skal forstås indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes, eller behandling, hvorved de varigt sættes ud af funktion, jf. sundhedslovens § 104. Kastration vedrører således ikke behandlinger, som øver indflydelse på kønsfunktioner, hvor der ikke opnås en varig ophævelse af funktionerne.

Det nuværende krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration foreslås ophævet fsva. personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens §§ 110 eller 111. Personer omfattet af §§ 110 eller 111 er personer, der pga. fx sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorlig svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid vurderes at være ude af stand til at forstå betydning af indgrebet eller det vurderes betænkeligt, at personen på egen hånd anmoder om kastration.

Baggrunden for ikke at ophæve det nuværende krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration for så vidt angår personer omfattet af sundhedslovens §§ 110 eller 111 er, at der for disse personer gælder særlige beskyttelseshensyn. Der er i disse tilfælde brug for en grundig vurdering af en række sociale, sundhedsmæssige og juridiske forhold. Beslutningen om kastration i sådanne situationer vurderes derfor af Sundheds- og Ældreministeriet fortsat skal ske efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen.

Det skal bemærkes, at kravet om tilladelse til kastration for personer, hvis kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser, jf. § 115, stk. 2, videreføres i lovforslaget.

Der tilsigtes ikke med en ophævelse af kravet om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration som led i kønsskifte, at de øvrige betingelser for, hvornår en person kan få kastration i forbindelse med kønsskifte udvides eller ændres. Det indebærer, at det fortsat påses, om personen oplever ubehag eller utilstrækkelighed ved egne kønskaraktistika. Hertil kommer, at det fortsat også skal påses, om personens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og om ansøgeren kan overskue

konsekvenserne, ligesom det iagttages, om der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet.

Anmodning om kastration som led i kønsskifte skal fremsættes af den, på hvem indgrebet skal foretages.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Til § 3

Bestemmelsen i lovforslaget § 3, stk. 1, fastsætter lovens ikrafttrædelsestidspunkt til den 1. januar 2018.

Tidspunktet for den enkelte fertilitetsbehandling afgør, om de nye regler finder anvendelse eller ej – uanset om den enkelte behandling udgør én blandt flere behandlinger i et »behandlingsforløb« (dvs. en sammenhængende serie af enkelte fertilitetsbehandlinger udført med det formål at opnå graviditet og fødsel af et barn hos en kvinde eller et par).

Gennemføres behandlingen før den 1. januar 2018, gælder de hidtil gældende regler, og gennemføres behandlingen efter lovens ikrafttræden, dvs. den 1. januar 2018 eller senere, finder de nye regler anvendelse.

Det betyder eksempelvis, at det vil være tilladt at benytte både donoræg og donorsæd ved en behandling, der udføres efter den 1. januar 2018, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse herfor, og forudsat at enten den donerede sæd eller det donerede æg er doneret i ikke anonym form, også selvom det er den anden eller tredje behandling i et behandlingsforløb.

Ændringerne i sundhedsloven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration i forbindelse med kønsskifte, som er indgivet til Sundhedsstyrelsen inden den 1. januar 2018.

Til § 4

Bestemmelsen angår lovens territoriale gyldighed og indebærer, at loven ikke gælder for Grønland, men at § 1, som affattet ved denne lov, kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Anordningshjemlen foreslås indsat, da hovedloven om assisteret reproduktion, jf. lov nr. 460 af 10. juni 1997, i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning mv. kan sættes i kraft på Færøerne.

Der foreslås ikke en anordningshjemmel for § 2, da Færøerne overtager sagsområdet for person-, familie-, og arveret, herunder kastration, fra den 29. juli 2018.

Der foreslås ikke en anordningshjemmel for Grønland, da hovedloven for assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, forskning og diagnostik mv., jf. lov nr. 460 af 10. juni 1997, ikke indeholder en anordningshjemmel for Grønland, og hovedloven for sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, ikke indeholder en anordningshjemmel for Grønland, der angår det pågældende kapitel i loven.

Bilag 1**Lovforslaget sammenholdt med gældende lov***Gældende formulering**Lovforslaget***§ 1**

I lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 93 af 19. januar 2015, som ændret ved lov nr. 264 af 16. marts 2016, foretages følgende ændring:

§ 5. Der må ikke etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner.

1. § 5 affattes således:

»Stammer ægcellen ikke fra den kvinde, der skal føde barnet, og stammer sæden ikke fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet, og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikke-anonym form.«

§ 2

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som ændret senest ved § 2 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændring:

§ 115. En person kan efter ansøgning få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf.

Stk. 2-3 ---

1. § 115, stk. 1, ophæves, og i stedet indsættes:

»**§ 115.** En person kan blive kastreret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne af kastrationen. Transkønnede personer omfattet af §§ 110 eller 111 skal dog søge om tilladelse til kastration.«

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Loven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration som led i kønsskifte indgivet inden den 1. januar 2018. For sådanne ansøgninger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

§ 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 1 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.