



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Lisa Hamstedt

## Lämplig som förälder?

- En analys av lämplighetsprövningen och villkoren för att få tillgång till assisterad befruktning

JURM01 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: VT2013

# Innehåll

<b>SUMMARY</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>2</b>
<b>FÖRORD</b>	<b>3</b>
<b>FÖRKORTNINGAR</b>	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 Syfte och frågeställningar	5
1.2 Metod och material	6
1.3 Disposition och avgränsning	7
<b>2 BAKGRUND</b>	<b>9</b>
2.1 Behandling av ofrivillig barnlöshet	9
2.2 Regleringens framväxt	10
2.2.1 Insemination	10
2.2.2 Befruktning utanför kroppen	12
2.2.2.1 IVF och donerade celler	13
2.2.3 Vem får tillgång till assisterad befruktning?	13
<b>3 ALLMÄNNA UTGÅNGSPUNKTER</b>	<b>16</b>
3.1 Etiska överväganden	16
3.2 Barnkonventionen	17
3.2.1 Grundpelarna	17
3.2.2 Principen om barnets bästa	18
3.2.3 Barnets rätt till liv och utveckling	18
3.2.4 Barnets rätt till ursprung	19
<b>4 ASSISTERAD BEFRUKTNING</b>	<b>20</b>
4.1 Lagstiftning	20
4.2 Allmänna förutsättningar för assisterad befruktning	20
4.2.1 Var behandling får utföras	21
4.2.2 Medicinsk bedömning	21
4.3 Assisterad befruktning med donerade könsceller	22
4.3.1 Donatorn	23
4.3.2 Särskild prövning	24
4.3.2.1 Ålder	24

4.3.2.2	Inställning till att berätta om barnets genetiska ursprung	28
4.3.2.3	Övriga faktorer	29
4.3.3	Prövning av läkarens beslut	30
<b>4.4</b>	<b>Utvecklingen framöver</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>ADOPTION</b>	<b>34</b>
5.1	Allmänt	34
5.2	Vem får adoptera?	35
5.2.1	Åldersgräns	35
5.2.2	Socialnämndens medgivandeutredning	36
5.2.3	Domstolens lämplighetsprövning	37
<b>6</b>	<b>UTLÄNDSK RÄTT</b>	<b>38</b>
6.1	Likheter och skillnader mellan de nordiska länderna	38
6.1.1	Norge	39
6.1.2	Danmark	40
6.1.3	Finland	41
6.2	Storbritannien	42
6.3	Gränsöverskridande vård	45
<b>7</b>	<b>ANALYS</b>	<b>47</b>
7.1	Villkor för att få tillgång till assisterad befruktning	47
7.2	Överväganden och principer bakom lagstiftningen	48
7.3	Kraven för att få adoptera - skillnader	50
7.4	Barnets bästa och andra intressen	54
7.5	Utländsk rätt	57
7.6	Synen på föräldraskap och barnets bästa	59
	<b>KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>62</b>
	<b>RÄTTSFALLSFÖRTECKNING</b>	<b>65</b>

# Summary

Assisted reproductive technology has, in addition to international adoptions, come to create opportunities, particularly for those who suffer from infertility, to form families that are not based on genetic or biological ties. The various methods of treating infertility raises a number of ethical and legal issues, including what methods are to be permitted and the requirements that must be met in order for someone to be provided with treatment. The medical progress is fast and the legislature is continuously facing new tradeoffs.

Health care in Sweden offers two types of assisted reproductive technology, artificial insemination and in vitro fertilization (IVF). Treatment is available for women who are married or cohabitant. In the fertility treatment the couple's own gametes may be used or donor eggs or donor sperm. The paper examines the requirements that must be met in order to be provided with treatment as well as the interests and considerations that have formed the regulation.

The guiding principle of the Swedish family law should be the welfare of the child. The legislature's stated ambition has been to meet the child's needs and interests. This has resulted in a right for children to get information about their genetic origin and a requirement that an assessment process of the couple must take place before a treatment using donor cells may be performed. The paper examines the factors to take into account during this process, including age. It also makes a comparison between the conditions for access to fertility treatment and how they differ from the requirements to adopt and the assessment process that takes place before an international adoption.

One difference is that reproductive technology, unlike adoption, consists of medical procedures that are also associated with ethical questions about how much people should manipulate the processes of life and what it may mean for the human perception of society. This has also affected the perception of parenting and child, which has been reflected in the legislation. In recent times there has been a shift in approach, from a strong emphasis on the importance of genetic connection and a desire to imitate the natural, to an emphasis on individual parenting skills and the desire to become a parent.

The paper provides a comparative outlook of the regulations in Norway, Denmark, Finland and the UK. The regulation is different in different countries, which is due to different views on reproductive technology, as a medical procedure or an ethical issue. In recent times, the differences between the Nordic countries have declined and some synchronization of the legislation in this area is perceived.

# Sammanfattning

Assisterad befruktning har, vid sidan av internationella adoptioner, kommit att skapa möjligheter framför allt för de som lider av ofrivillig barnlöshet, att bilda familjer som inte är baserade på genetiska eller biologiska band. De olika metoderna för behandling av ofrivillig barnlöshet ger upphov till en rad etiska och juridiska frågor, bland annat om vilka metoder som ska tillåtas och vilka krav som ska vara uppfyllda för att någon ska få tillgång till assisterad befruktning. Den medicinska utvecklingen går fort och lagstiftaren ställs kontinuerligt inför nya avvägningar.

Sjukvården i Sverige erbjuder två typer av assisterad befruktning, insemination och befruktning utanför kroppen (IVF). Behandling är tillgänglig för kvinnor som är gifta eller samboende. Vid befruktningen kan parets egna könsceller användas alternativt donerade ägg eller donerade spermier. I uppsatsen undersöks kraven för att få tillgång till assisterad befruktning samt de intressen och överväganden som legat till grund för regleringens framväxt.

Ledstjärnan i den svenska familjerätten ska vara barnets bästa. Lagstiftarens uttalade ambition har varit att tillgodose barnets behov och intressen. Det har bland annat resulterat i en rätt för barn att få information om sitt genetiska ursprung och ett krav på att en särskild prövning av paret ska äga rum innan en assisterad befruktning med användning av donerade celler får utföras. I uppsatsen undersöks vilka faktorer som tillmäts betydelse vid prövningen, bland annat ålder. Det görs också en jämförelse mellan hur villkoren för att få behandling med assisterad befruktning skiljer sig från kraven för att få adoptera och den lämplighetsprövning som genomförs innan en adoption.

En skillnad är att assisterad befruktning, till skillnad från adoption, består av medicinska åtgärder som är förknippade med etiska överväganden kring hur mycket människan bör manipulera livsprocesserna och vad det kan innebära för människosynen i samhället. Detta har också påverkat synen på föräldraskap och barnets bästa, vilket har avspeglats i lagstiftningen. På senare tid har skett en förskjutning i synsätt, från en stark betoning av betydelsen av genetiskt samband och en strävan efter att efterlikna det naturliga, till en betoning av individuell föräldraförmåga och viljan att bli förälder.

Uppsatsen innehåller en jämförande översikt över motsvarande regleringar i Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Regleringen ser olika ut i olika länder, vilket har sin grund i skilda synsätt på reproduktionsteknologi som en medicinsk åtgärd eller en etisk fråga. På senare tid har skillnaderna mellan de nordiska länderna minskat och en viss synkronisering av lagstiftningen på området kan skönjas.

# Förord

Tack Titti.

# Förkortningar

Barnkonventionen	FN: s konvention om barnets rättigheter antagen av FN:s generalförsamling den 20 november 1989
Ds	Departementsserien
FB	Föräldrabalken
HFEA	Human Fertilisation and Embryology Authority
IVF	In vitro fertilisering
Jur. dr	Juris doktor
LGI	Lag 2006:351 om genetisk integritet m.m.
LU	Lagutskottet
MIA	Myndigheten för internationella adoptionsfrågor
Prop.	Proposition
RÅ	Regeringsrätten
Smer	Statens medicinsk – etiska råd
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SoL	Socialtjänstlagen
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet

# 1 Inledning

För bara femtio år sedan var samlag mellan man och kvinna i princip det enda sättet att få barn. Det blev naturligt att det genetiska och biologiska föräldraskapet lades till grund för det rättsliga föräldraskapet. Sedan dess har medicinsk utveckling och vidgad lagstiftning skapat en rad nya möjligheter att få barn på andra sätt. Vid sidan av internationella adoptioner har nu assisterad reproduktionsteknologi kommit att skapa möjligheter, framför allt för de människor som lider av ofrivillig barnlöshet, att bilda familjer som inte är baserade på genetiska band. De olika metoderna för behandling av ofrivillig barnlöshet har gett upphov till en rad etiska och juridiska frågor, bland annat om vilka metoder som ska tillåtas och hur de familjerättsliga statusförhållandena ska fastställas.

I de flesta fall tillkommer barn utan medverkan eller inblandning från samhällets sida. Sociala skyddsåtgärder kan komma ifråga om det uppstår misstanke om att barnet far illa, men det finns ingen lagstiftning om vem som får bli förälder genom att sätta barn till världen. För den som på grund av infertilitet, avsaknad av partner, sexuell läggning eller annat skäl är beroende av alternativa sätt att skaffa sig barn förhåller det sig annorlunda. Adoption och assisterad befruktning är praktiker reglerade av staten via lagstiftning. Det finns regler om vem som kvalificerar sig för att få statens hjälp med att bli förälder - och vem som inte gör det. Regleringen ser olika ut i olika länder, vilket gör att människor inte är begränsade till de metoder som finns att tillgå i Sverige.

Ledstjärnan i den svenska familjerätten ska vara barnets bästa. Samtidigt finns det ett starkt intresse hos människor som lider av ofrivillig barnlöshet att få hjälp. Den medicinska utvecklingen går fort och lagstiftaren ställs kontinuerligt inför nya avvägningar. Vad är etiskt godtagbart, vem ska anses lämplig som förälder och vad ligger i begreppet barnets bästa i dessa sammanhang?

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att undersöka villkoren för få tillgång till assisterad befruktning enligt svensk lag och att med utgångspunkt från detta besvara följande frågeställningar:

- Hur avgörs om någon är lämplig för assisterad befruktning? Vilka faktorer tillmäts betydelse vid denna bedömning?
- Vilka etiska överväganden och principer ligger bakom bestämmelserna?



- I vilka avseenden skiljer sig kraven för att anses lämplig som förälder vid assisterad befruktning från dem som ställs för att anses lämplig som adoptivförälder? Varför?
- Hur tillgodoses barnets bästa genom de existerande reglerna? Finns det andra intressen att ta hänsyn till än barns bästa och i så fall, hur förhåller sig dessa intressen till varandra?
- Hur ser regleringarna ut i de övriga nordiska länderna och i Storbritannien?
- Vilken syn på föräldraskap och barns bästa kommer till uttryck genom lagregleringen? Finns det ett synsätt som skulle kunna tjäna som utgångspunkt när lagstiftaren ska förhålla sig till nya metoder och lagändringar, eller håller dessa synsätt på att förändras?

## 1.2 Metod och material

För att beskriva regleringen som den ser ut idag används traditionell rättsdogmatisk metod. Materialet består av lagtext med tillhörande förarbeten och doktrin. Detta är ett område som till stor del är specialreglerat av regler och föreskrifter från särskilda myndigheter. Framställningen av de riktlinjer som finns kring lämplighetsprövning vid assisterad befruktning innefattar därför även material i form av myndighetspublikationer.

Par som förvägras assisterad befruktning har rätt att få läkarens beslut överprövat av Socialstyrelsen och socialstyrelsens beslut kan i sin tur överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.<sup>1</sup> Jag kontaktade Socialstyrelsen i april för att få ut kopior av de överprövningsärenden som inkommit sedan lagstiftningen trädde i kraft, men eftersom jag ännu inte har fått dem hänvisar jag till en motsvarande undersökning som genomfördes i november 2012 av jur.dr. Caroline Sörgjerd. Det handlar om sammanlagt fem ärenden och endast ett fall har överklagats till förvaltningsdomstol.

Ett av uppsatsens syften är att klarlägga och analysera de värderingar kring föräldraskap och barns bästa som ligger bakom regleringen. Dessa berör familjerättens allra mest grundläggande utgångspunkter, om sambandet mellan genetiskt släktskap och familjerättslig status. Det innebär att både ett ideologiskt och ett historiskt perspektiv anläggs. Analysen har ett rättsjämförande perspektiv i de delar som berör villkoren för att få adoptera, samt den motsvarande regleringen i andra länder.

De övriga nordiska ländernas reglering samt Storbritannien beskrivs översiktligt. Syftet är att belysa likheter och skillnader, och på så sätt jämföra alternativa sätt att handskas med likartade frågeställningar i

---

<sup>1</sup> 6 kap. 3, 7 kap. 5, 8 kap. 1 §§ lagen (2006: 351) om genetisk integritet m.m.

rättsordningar som inte är alltför främmande för den svenska. Storbritannien är intressant på grund av den progressiva ställning landet har intagit ifråga om assisterad befruktning, i jämförelse med många andra europeiska länder, och den lämplighetsprövning som görs för att tillvarata barnets bästa. Islands lagstiftning berörs i brist på källmaterial enbart i den mån det har nämnts i andra källor.

Det är inte alltid lätt att få en bild av hur regleringen ser ut och vilka villkor som ska vara uppfyllda för assisterad befruktning i ett land. Vissa regler kan vara införda i landets lagstiftning, medan andra återfinns i riktlinjer som utfärdas av andra organ, och vissa frågor kan ha överlämnats åt sjukvårdens praxis. Reglerna för vad som omfattas av det offentliga åtagandet skiljer sig ofta något från dem som gäller vid privata kliniker. Vissa frågor kan ha lämnats oreglerade och metoder som inte är tillåtna inom den offentliga hälso- och sjukvården kan ändå praktiseras i avsaknad av förbud. Därtill kommer att många bestämmelser på området är under ständig omarbetning. Uppgifter som anges i källor som utkommit så sent som i år har ibland visat sig vara inaktuella.

### **1.3 Disposition och avgränsning**

Den deskriptiva delen av uppsatsen inleds med en undersökning av bakgrunden till den nuvarande lagstiftningen i ett historiskt perspektiv. Därpå redogörs för de etiska överväganden som legat till grund för rättsutvecklingen och hur frågan om barnets bästa har behandlats i förarbetena. Syftet är att ge en bild av hur synen på reproduktionsteknologi och föräldraskap har förändrats under årens lopp.

Därefter följer en genomgång av den gällande rätten, med särskilt fokus på förutsättningarna för att få tillgång till assisterad befruktning och den särskilda prövningen vid behandling med donerade könsceller. Eftersom rättsutvecklingen på området går i snabb takt har kapitlet ett visst framåtblickande perspektiv.

Regler om vem som kvalificerar sig för att få samhällets hjälp med att bli förälder speglar värderingar om vad som krävs för att anses som lämplig att bli förälder. Därför finns det anledning att jämföra kraven som ställs för att få tillgång till assisterad befruktning med dem som finns för att få adoptera. Uppsatsen innehåller en kort, jämförande framställning av hur motsvarande krav och lämplighetsprövning ser ut vid ansökan om adoption. I efterföljande kapitel ges en översikt av motsvarande regleringar i de övriga nordiska länderna samt i Storbritannien.

Dispositionen är i stora drag upplagd i syfte att arbeta igenom frågeställningarna, en efter en. I det avslutande analysavsnittet sammanfattas resultatet av den tidigare framställningen och de sex frågeställningarna behandlas i varsitt avsnitt.

Mycket av doktrinen är fokuserad på barnets rätt till kunskap om sitt ursprung och regler om fastställande av föräldraskap. Avsikten har varit att behandla dessa frågor endast i den mån det har anknytning till bedömningen av ett pors lämplighet som föräldrar och till analysen av den syn på föräldraskap och reproduktionsteknologi som lagstiftaren kan anses ha gett uttryck för. Barnets rätt till information om sitt genetiska ursprung har dock kommit att utgöra en betydelsefull och integrerad del av begreppet barnets bästa i samband med assisterad befruktning, enligt det svenska synsättet. Därför har det ändå fått ett visst utrymme i uppsatsen.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Behandling av ofrivillig barnlöshet

Man räknar med att uppskattningsvis vart tionde till sjunde par lider av ofrivillig barnlöshet, i Sverige såväl som i övriga Västeuropa.<sup>2</sup> Orsaken kan vara medicinsk eller ha sin grund i andra faktorer, såsom homosexuell läggning. Därutöver finns det många som inte har någon att bilda familj med eller som av något skäl föredrar att skaffa barn på egen hand. Internationell adoption och assisterad befruktning har kommit att utgöra etablerade alternativ för ofrivilligt barnlösa i Sverige.

Assisterad befruktning används ibland som ett övergripande samlingsnamn för all medicinsk behandling som syftar till att avhjälpa ofrivillig barnlöshet, vilket inkluderar exempelvis hormonbehandling och nedfrysning av ägg. I en mer avgränsad betydelse avser assisterad befruktning åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp.<sup>3</sup> Sjukvården i Sverige erbjuder två typer av assisterad befruktning: insemination och befruktning utanför kroppen. Den senare metoden kallas också provrörsbefruktning eller *in vitro* fertilisering, ofta förkortat IVF - behandling. Verksamheten regleras främst i lag (2006: 351) om genetisk integritet m.m.

Alla IVF-behandlingar som utförs i Sverige registreras i kvalitetsregistret Q-IVF. Inseminationer rapporteras sedan 2009 endast om donerade spermier har använts. År 2010 utfördes totalt 17 061 IVF – behandlingar i Sverige, vilket resulterade i 3 874 levande födda barn.<sup>4</sup> Det motsvarar cirka 3 procent av alla barn som årligen föds i Sverige.<sup>5</sup>

De olika metoder som uppkommit för att behandla ofrivillig barnlöshet har gett upphov till olika typer av föräldraskap – eller samband - mellan barn och föräldrar. Det föreligger ett *genetiskt* samband mellan barnet och personen vars spermier eller ägg användes vid befruktningen. Den *biologiska* modern är den kvinna som föder och bär barnet under graviditeten. Det *rättsliga* föräldraskapet är ett statusförhållande, vars rättverkningar regleras genom bestämmelserna i föräldrabalken, FB. Den som faktiskt tar hand om barnet och fungerar som förälder i praktiken kan sägas utöva ett *socialt* föräldraskap.

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009, s. 270

<sup>3</sup> Exempelvis använder Smer assisterad befruktning i den vidare betydelsen, medan den senare definitionen är hämtad från SOSFS 2009: 32.

<sup>4</sup> Se <http://www.ucr.uu.se/qivf/> Kvalitetsregistret Q – IVF, 2012.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen 2012.

## 2.2 Regleringens framväxt

### 2.2.1 Insemination

Insemination innebär att spermier på medicinsk väg förs in i en slida eller livmoder för befruktning. *Makeinsemination* används vanligtvis som benämning på insemination med spermier från den mottagande kvinnans make eller sambo. Insemination med donerade spermier kallas *givarinsemination*.<sup>6</sup>

Givarinseminationer har förekommit inom svensk sjukvård sedan 1920-talet och uppmärksammades redan 1946, vid föräldrabalkens tillkomst. År 1953 presenterades ett lagförslag som dock inte ledde till någon lagstiftning.<sup>7</sup> I början av 1980-talet hade verksamheten tagit en sådan omfattning att det ansågs angeläget att införa lagreglering på området. Ett av de tyngst vägande skälen var att det hade visat sig föreligga vissa rättsliga problem rörande fastställande av det rättsliga faderskapet för barn som tillkom genom givarinsemination. En förutsättning för att tillåta verksamheten med inseminationer i svensk rätt var dock, enligt direktiven, att de barn som tillkom genom denna metod kunde antas komma att växa upp under goda förhållanden.<sup>8</sup>

Regler om insemination introducerades i svensk rätt genom lag (1984: 1140) om insemination (InsemL). Lagstiftningen byggde på Inseminationsutredningens betänkande från år 1983 och avsåg nästan enbart insemination med donerade spermier.<sup>9</sup> Samtidigt infördes en ny bestämmelse i föräldrabalken (FB) 1 kap. 6 § om faderskapsfastställelse vid insemination, som innebar att kvinnans make eller sambo kunde fastställas som far till barnet genom att ge skriftligt samtycke till behandlingen. Regeln innebar att det i svensk rätt, förutom adoption, infördes ytterligare en möjlighet att få rättslig status som förälder på grund av ett åtagande om ett socialt framtida föräldraskap istället för på grund av släktband.

#### **Inseminationsutredningen**

Utgångspunkten för lagstiftarens överväganden kring de etiska aspekter som kunde anläggas på verksamheten assisterad befruktning var att alla ”konstlade befruktningsmetoder innebär en form av manipulation med mänskliga livsprocesser”. Frågan var hur mycket manipulerande som skulle anses som etiskt godtagbart. Eftersom insemination - att överföra sperma från en man till en kvinna - är en tekniskt enkel procedur som i princip följer den ”naturliga livsprocessen” ansågs manipulationen som förhållandevis ringa. Det antogs inte heller ha någon betydelse för barnet vilken befruktningsmetod som användes, så länge det inblandade paret var

---

<sup>6</sup> SOU 1983: 42, s. 38

<sup>7</sup> SOU 1953: 9

<sup>8</sup> Dir. 1981: 72, s. 44

<sup>9</sup> SOU 1983: 42

barnets genetiska föräldrar. Metoden som sådan bedömdes som en okomplicerad gynekologisk åtgärd.<sup>10</sup>

Däremot riktades kritik mot att samhället kommit att anlägga samma synsätt på givarinseminationer. Enligt utredningen var det mer passande att dra paralleller mellan givarinsemination och adoption. Verksamheten ansågs som betydligt mera problematisk, i såväl juridiskt, som etiskt och psykosocialt hänseende. Problematiken hade sin grund i det faktum att den man som blir barnets far inte är genetisk förälder. Utredningen menade att det riskerade att komplicera förhållandet mellan föräldrarna och barnet. Därtill skapade det en ojämlikhet mellan kvinnan och mannen som kunde leda till särskilda svårigheter i deras inbördes relation. Andra risker som nämndes var att omgivningens inställning, eller barnets behov av att få veta sitt ursprung, skulle kunna bli svårt för föräldrarna att hantera.<sup>11</sup>

Alternativet att helt förbjuda givarinseminationer avfärdades av utredningen med hänvisning till att verksamheten redan fått så stor utbredning, inte bara i Sverige utan även i andra länder, att den sannolikt skulle fortsätta ändå, under okontrollerade former. Ett förbud befarades inte få någon genomslagskraft. Det konstaterades också att utgångsläget för barn som tillkom genom insemination i allmänhet torde vara ”ganska gott”, då barnet är önskat och planerat. Hänsynen till barnets bästa krävde dock, enligt utredningens uppfattning, att verksamheten med givarinseminationer innefattade ett särskilt skydd i form av lagar och normer, liknande dem som fastställts vid adoption.<sup>12</sup> Framför allt handlade det om att säkerställa att paret var lämpliga som föräldrar och att barnet fick rätt till kännedom om sitt ursprung.

1950 – talets utredning ansåg att donatorer skulle vara anonyma.<sup>13</sup> Anonym spermadonation var det som tillämpades i alla världens länder. Inseminationsutredningen gjorde dock en annan bedömning och föreslog att barn som tillkom genom assisterad befruktning med donerade spermier skulle ha en lagstadgad rätt att ta del av information om donatorn. Detta motiverades bland annat med att forskning och vetenskap inom psykologin hade visat att många adopterade hade behov av att få kunskap om sitt ursprung.<sup>14</sup> Andra argument som framfördes i senare förarbeten var att det skulle innebära en kränkning av barnets personliga integritet, att inte ha rätt eller möjlighet att grunda livet på sanningen om sitt genetiska ursprung. Dessutom vore det i strid med rättvisepincipen att avsiktligt dölja sanningen för vissa barn, mot bakgrund av att de flesta barn känner till sitt ursprung.<sup>15</sup>

---

<sup>10</sup> SOU 1985: 5, s. 38-39

<sup>11</sup> SOU 1983: 42, s. 94

<sup>12</sup> SOU 1983: 42, s. 55-58

<sup>13</sup> SOU 1953:9, s. 9

<sup>14</sup> SOU 1983: 42, s. 109 ff.

<sup>15</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 23

## 2.2.2 Befruktning utanför kroppen

Befruktning utanför kroppen är en metod som innebär att ägg befruktas utanför kroppen (i ett provrör) och därefter implanteras i en livmoder. Det är möjligt att använda donerade ägg vid provrörbefruktning, det vill säga att implantera ägg från en annan kvinna. Det första barnet som tillkom genom provrörbefruktning i Sverige föddes år 1982.<sup>16</sup>

Inseminationsutredningen utförde också en granskning av andra tekniker för behandling av ofrivillig barnlöshet. I likhet med hur utredningen resonerade kring insemination, var det de metoder som innebar att barnet skulle komma att sakna genetiska band till sina föräldrar, som ansågs medföra etiska betänkligheter. Således godtogs befruktning utanför kroppen som en befruktningsmetod jämförlig med makeinsemination och andra medicinska åtgärder för att avhjälpa barnlöshet, under förutsättning att behandlingen utfördes med parets egna könsceller. Barnets intressen ansågs inte bli påverkade så länge de enda inblandade var barnets genetiska föräldrar.<sup>17</sup> Samtidigt betonades att metoden kunde upplevas som psykiskt påfrestande för paret och att de noggrant borde överväga andra alternativ, såsom adoption, fosterbarn eller att leva utan barn.<sup>18</sup>

Utredningen ställde sig däremot avvisande till befruktning utanför kroppen som involverade donerade ägg. Metodens karaktär av teknisk konstruktion ansågs i det fallet vara så påtaglig, att det riskerade att skada människosynen. Det konstaterades också - med hänvisning till en utredning av Gen – etikkommittén (SOU 1984: 88) - att tekniken öppnade för framtida möjligheter att ändra själva förutsättningarna för liv, t.ex. genom att byta ut önskade arvsanlag.<sup>19</sup>

Det noterades att befruktning utanför kroppen med donerad sperma, ur barnets synvinkel, inte torde skilja sig från givarinsemination. Däremot var det en tekniskt mer komplicerad metod som krävde medicinsk kompetens. Enligt utredningen innebar detta för det första att manipulationen med den mänskliga livsprocessen blev mera påtaglig. För det andra förelåg det inte någon risk för att verksamheten skulle kunna pågå under okontrollerbara former i strid med lagstiftningen, på det sätt som man hade befarat då man diskuterade ett eventuellt förbud mot givarinseminationer.<sup>20</sup>

På grundval av utredningens betänkande infördes lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen samt en ändring i föräldrabalken (1:7 FB) om faderskapsfastställelse. Lagen stadgade att befruktning utanför kroppen fick ske om kvinnan var gift eller sambo med en man, som lämnat skriftligt samtycke till behandlingen. Ägget skulle vara kvinnans eget och befruktas med makens eller sambons sperma.

---

<sup>16</sup> SOU 1985:5, s. 9

<sup>17</sup> SOU 1985:5, s. 39 ff.

<sup>18</sup> SOU 1985:5, s. 42-43

<sup>19</sup> SOU 1985:5, s. 39-40, prop. 1987/88: 160 s. 12

<sup>20</sup> SOU 1985:5, s. 47-49

### 2.2.2.1 IVF och donerade celler

1995 fick Statens medicinsk – etiska råd (Smer) i uppdrag att utreda frågor om behandling av ofrivillig barnlöshet. Deras rapport kom att få stor betydelse för lagstiftningen. I rapporten föreslogs bland annat att befruktning utanför kroppen med donerad sperma skulle tillåtas. Rådet ansåg inte att det fanns någon etisk skillnad mellan att använda donatorsperma vid IVF och givarinsemination. Vidare förordade rådet att IVF – behandling med donerade ägg skulle tillåtas, förutsatt att kvinnan var i fertil ålder och att befruktningen utfördes med spermier från hennes make eller sambo.<sup>21</sup>

Lagförslagen och lagmotiven i regeringens proposition 2001/02: 89, *Behandling av ofrivillig barnlöshet*, överensstämde till stor del med rådets rekommendationer. I propositionen poängterades att barnet alltid skulle ha ett delvis bevarat genetiskt samband med en av föräldrarna. Vid äggdonation skulle mannen vara genetisk förälder och vid spermadonation skulle kvinnan vara det. I vilket fall som helst skulle det biologiska och rättsliga moderskapet överensstämma, genom att kvinnan i paret var den som genomgick graviditeten och födde barnet. Regeringen fastslog att befruktning utanför kroppen var en metod avsedd för att behandla medicinska hinder för befruktning på naturlig väg. Huruvida orsaken till den ofrivilliga barnlösheten stod att finna hos kvinnan eller hos mannen borde inte värderas olika av lagstiftaren.<sup>22</sup>

Lagen om befruktning utanför kroppen kom därmed att utvidgas genom en lagändring år 2003 så att metoden tilläts även i fall då *antingen* sperman eller ägget kom från en utomstående givare. Befruktning utanför kroppen med *både* donerade ägg och donerade spermier tilläts dock inte. Det ansågs vara att gå för långt att med tekniska insatser åstadkomma en graviditet, där barnet helt skulle sakna genetisk anknytning med någon av föräldrarna. Att tillåta sådana metoder befarades bidra till att förstärka en ”teknifierad” människosyn, där ägg och spermier kunde ses som fritt tillgängliga objekt för att skapa en människa. Det konstaterades också att det i Danmark hade gjorts en liknande gränsdragning.<sup>23</sup>

### 2.2.3 Vem får tillgång till assisterad befruktning?

En förutsättning för att få tillgång till behandling med assisterad befruktning var att kvinnan som skulle föda barnet levde tillsammans med en man, som

---

<sup>21</sup> Smer 1995. Smer är ett rådgivande organ till regeringen, vars främsta uppgift är att belysa medicinsk – etiska frågor ur ett samhällsperspektiv.

<sup>22</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 36-38

<sup>23</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 52



skulle påta sig rollen som barnets rättsliga far. Detta motiverades i förarbetena framför allt med att barn behöver förebilder i form av både en moders- och en fadersgestalt, för att ha bästa möjliga förutsättningar för en gynnsam utveckling.<sup>24</sup> Departementschefen uttalade också att, i avvaktan på mer forskning kring situationen för de barn som tillkommit genom insemination, borde verksamheten begränsas till de fall då det ”brister i de naturliga förutsättningarna” att uppnå graviditet.<sup>25</sup> Med detta avsågs närmare bestämt att mannen i förhållandet var ofruktsam eller hade en ärftlig sjukdom.<sup>26</sup>

Behandling med assisterad befruktning föregicks på sjukhusen av en grundläggande medicinsk bedömning redan innan verksamheten lagreglerades. Inseminationsutredningen förespråkade att det skulle införas en utförligare reglering då fråga var om behandling med donerade spermier, för att säkerställa barnets bästa och med adoptionsinstitutet som förebild. På samma sätt som vid adoption skulle paret bistås med rådgivning och det skulle göras en psyko – social utredning av deras förutsättningar att ge barnet en god uppväxt. Utredningens förslag var att socialnämnden skulle ansvara för rådgivning och den delen av lämplighetsprövningen som avsåg psykologiska och sociala faktorer. Detta eftersom socialnämnden redan hade erfarenhet av att fullgöra en liknande funktion vid adoptioner.<sup>27</sup>

Departementschefen som bearbetade utredningens förslag ansåg dock att det i fråga om assisterad befruktning rådde ett sådant nära samband mellan den medicinska bedömningen och den psyko – sociala prövningen att det var mer lämpligt att överlåta hela utredningen till samma ställe, än att splittra upp den på olika organ. Han underströk att de flesta sjukhus hade tillgång till kuratorer, psykologer och psykiatriker. Det var den ansvariga läkarens uppgift att anlita den hjälp som kunde behövas för utredningen och att fatta beslut om huruvida behandling skulle äga rum efter samråd ”i lämplig omfattning” med denna expertis. Socialstyrelsen fick i uppgift att utfärda närmare anvisningar om hur utredningsverksamheten skulle gå till.<sup>28</sup> I förarbetena förordas att råden bör vara särskilt inriktade på att minimera riskerna för barnet.<sup>29</sup>

Ett av de allmänna råden var tidigare att läkaren, så långt möjligt, skulle försäkra sig om att paret var medvetet om och klarade av att hantera den ojämlikhet som kunde uppstå genom att enbart den ena föräldern skulle komma att vara det genetiska ursprunget till barnet. Läkaren skulle också bedöma huruvida paret emotionellt, praktiskt, socialt och rättsligt var berett att acceptera det blivande barnet som sitt eget.<sup>30</sup>

---

<sup>24</sup> SOU 1983: 42, s. 69 ff.

<sup>25</sup> Prop. 1984/85:2, s. 10. Se även bet. LU 1984/85:10 s. 16

<sup>26</sup> SOU 1983: 42, s. 68

<sup>27</sup> SOU 1983: 42, s. 93-97

<sup>28</sup> Prop. 1984/85:2, s. 12, 24, jmf. Avsnitt 4.3.2.3.

<sup>29</sup> Prop. 2001/02: 89 s. 61

<sup>30</sup> 4 kap. 1 § SOSFS 2002:13 (M), upphävd i april 2010

Inseminationsutredningen ansåg att det vore rimligt att fastställa samma åldersgränser vid givarinsemination som vid adoption och föreslog därför en nedre åldersgräns på 25 år. Ålderskravet gällde både kvinnan och mannen. Departementschefen instämde i att ett sådant krav många gånger kunde vara befogat, men avvisade förslaget att införa en absolut åldergräns i lagen, eftersom omständigheterna trots allt skulle kunna vara sådana att en lägre ålder borde godtas.<sup>31</sup>

### **Samkönade par**

År 1999 tillsattes en utredning med uppdrag att behandla frågor om barn i homosexuella familjer. Om den kom fram till att homosexuella par borde få rätt att adoptera, skulle den också ta ställning till om kvinnor som lever i parförhållande med varandra borde få tillgång till assisterad befruktning.<sup>32</sup> Utredningen fann att den samlade forskningen visade på en normal social och psykologisk utveckling hos barn som växer upp med homosexuella föräldrar. Det hade inte heller framkommit några skillnader i könsutveckling. Barns förmåga att hantera svårigheter i förhållande till omgivningen och kring sin egen identitet ansågs beroende av hur pass god och nära relationen till föräldrarna var, snarare än av föräldrarnas kön eller sexuella läggning. Kommittén fann därmed att hänsynen till barnets bästa inte kunde läggas till grund för att det skulle vara sakligt motiverat att särbehandla homosexuella i fråga om rättsligt föräldraskap.<sup>33</sup>

År 2003 fick homosexuella möjlighet att prövas som adoptivföräldrar. Den 1 juli 2005 gavs samkönade kvinnliga par rätt till givarinsemination eller befruktning utanför kroppen, på samma villkor som par av olika kön.<sup>34</sup>

I propositionen till lagförslaget kommenterades att den forskning som lagts fram om barn som tillkommit genom assisterad befruktning i och för sig var mycket begränsad. Forskningen pekade dock på att homosexuella par generellt sett kunde erbjuda adoptivbarn en god uppväxtmiljö, också med beaktande av adoptivbarns särskilda behov och omgivningens eventuella reaktioner på föräldrarnas sexuella läggning. Regeringen såg ingen anledning att anta att det skulle förhålla sig annorlunda med barn som kommit till genom assisterad befruktning. Något som enligt propositionen också talade för att lesbiska par borde få tillgång till behandling enligt 1984 och 1988 års lagar var att barnet då garanterades rätt att få ta del av de uppgifter som enligt nämnda lagar skulle antecknas om spermadonatorn.<sup>35</sup> Samtidigt fastslogs att en grundläggande värdering i den svenska familjerätten fortfarande är att barn har rätt till två föräldrar.<sup>36</sup>

---

<sup>31</sup> Prop. 1984/85:2, s. 12

<sup>32</sup> Dir. 1999: 5, s. 15

<sup>33</sup> SOU 2001: 10, s. 15-18

<sup>34</sup> SFS 2005:443, 445, 447 och 454

<sup>35</sup> Prop. 2004/05:137, s. 39

<sup>36</sup> SOU 2001:10, s. 22, jmf. ds. 2004:19, s. 48, prop. 2004/05: 137, s. 39

## 3 Allmänna utgångspunkter

I följande avsnitt redogörs för lagstiftarens allmänna utgångspunkter vid regleringen av assisterad befruktning. Dessa sammanfattas av regeringen i proposition 2001/02: 89 *Behandling av ofrivillig barnlöshet*. Det som anförs bygger till stor del på Smer: s ställningstaganden i 1995 års rapport, som också bildade underlag till Ds 2000: 51.

### 3.1 Etiska överväganden

Ingrepp som berör den mänskliga fortplantningen kan av många upplevas som ett brott mot naturen. Det hänger samman med människors föreställningar kring sexuellt samliv, graviditet och föräldraskap och sambandet med frågor av existentiell natur. Dessa synsätt bör enligt propositionen respekteras och balanseras mot hänsynen till de barnlösa parens situation.<sup>37</sup> I en senare tillkommen proposition uttalas att när samhället medverkar till att skapa liv ställs särskilt stora krav på reflektion och eftertanke. Det kan uppfattas som ”en alltför stark instrumentalisering av mänskligt liv att med tekniska insatser kompensera livets ofullkomligheter”.<sup>38</sup> Ett ofta återkommande uttalande i förarbeten är att det inte är någon mänsklig rättighet att få ett barn. ”Naturens ofullkomlighet måste ibland accepteras”, sägs det. Samtidigt brukar adoption framhållas som ett alternativ till assisterad befruktning.<sup>39</sup>

I 2001 års proposition nämns att barnafödande enligt vissa bedömare alltmer har kommit att betraktas som en rättighet. Möjligheterna att styra, eller avvärja, fortplantning med hjälp av preventivmedel, liksom det ökande medicinska inslaget inom olika stadier av fortplantningsprocessen, tros ha bidragit till detta synsätt. Från ett individuellt perspektiv kan det, sägs det i propositionen, hävdas att reproduktion är något som individen själv äger besluta om och att den som är ofrivilligt barnlös bör ha rätt till den hjälp som finns att tillgå i form av medicinska och tekniska insatser. Från ett samhälleligt perspektiv handlar det dock om en avvägning mellan olika samhällsintressen. Genom att framkalla en graviditet på artificiell väg tar samhället också ansvar för de risker som barnet ifråga kan komma att utsättas för. Vad som främst skiljer behandling av ofrivillig barnlöshet från andra medicinska åtgärder är att det berör en enskild individ som inte har någon möjlighet att göra sin röst hörd – det blivande barnet.<sup>40</sup>

Den etiska bedömningen bygger på en avvägning mellan olika principer och intressen. Vägledande principer för bedömningen ska vara respekt för självbestämmande och integritet, principen om att minska lidande,

---

<sup>37</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 21-22

<sup>38</sup> Prop. 2004/05: 137, s.38

<sup>39</sup> SOU 1985: 5, s. 38, prop. 1984/85:2, s. 10, ds. 2000:51, s. 21, prop. 2001/02: 89, s. 23

<sup>40</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 22-23

godhetsprincipen samt rättviseprincipen. Enligt rättviseprincipen bör människor inte behandlas olika beroende av orsaken till deras barnlöshet. Godhetsprincipen och principen om att minska lidande talar för att det trots allt är etiskt försvarbart att samhället medverkar till att befruktning och graviditet kommer till stånd. Det innebär dock inte att alla metoder som skulle kunna användas i detta syfte är etiskt godtagbara.

Bedömningen ska grundas på uppfattningen om alla människors lika värde och en humanistisk människosyn. Metoder som kan skada den humanistiska människosynen får inte användas.<sup>41</sup> Ingen människa får behandlas enbart som ett medel för att lösa ett barnlöst pars problem. Det är på den grunden som den svenska lagstiftaren hittills har tagit avstånd från att tillåta surrogatmoderskap, det vill säga att en kvinna föder ett barn för att enligt överenskommelse överlämna barnet till någon annan. Det har inte ansetts förenligt med människovärdesprincipen att använda en annan kvinna som medel för att lösa ett barnlöst pars problematik. Inte heller ur barnets synvinkel har surrogatmoderskap ansetts önskvärt.<sup>42</sup>

Barnets rättigheter ska väga tungt vid bedömningen av vilka metoder som kan anses som etiskt acceptabla. Målsättningen är att barn som tillkommer genom assisterad befruktning inte ska utsättas för större risker än andra barn. Det gäller inte bara risker ur ett medicinskt perspektiv, utan också i psykologiska och sociala avseenden. Därför förordas en försiktighetsprincip vid införandet av nya metoder inom sjukvården. Riskerna måste övervägas särskilt noggrant, även om det innebär att alla som lider av ofrivillig barnlöshet inte får den hjälp de skulle kunna få. Metoder som innefattar inblandning från andra än de tänkta föräldrarna, såsom ägg- och spermiedonation, anses kräva särskilda överväganden från samhällets sida. Barnen som tillkommer som ett resultat av dessa metoder måste få en möjlighet att grunda livet på sanningen om sitt genetiska ursprung.<sup>43</sup>

## 3.2 Barnkonventionen

### 3.2.1 Grundpelarna

1990 ratificerade Sverige FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och är därmed folkrättsligt förpliktigt att vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder samt administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen (art 4). Konventionens fyra grundpelare kan sägas vara förbud mot diskriminering (art. 2), principen om barnets bästa (art. 3), rätten till liv (art. 6) och rätten att uttrycka sina åsikter (art. 12). Av dessa har principen om barnets bästa och rätten till liv utpekats som särskilt betydelsefulla vid frågor som rör assisterad befruktning. En annan bestämmelse som blivit starkt förknippad

---

<sup>41</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 23

<sup>42</sup> SOU 1985: 5, s. 48 ff., prop. 1987/88: 160, s.14, prop. 2001/02: 89, s. 55

<sup>43</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 22-23

med barn som föds genom assisterad befruktning är artikel 7 om barnets rätt till ursprung. Därför följer nedan en närmare granskning av dessa bestämmelser.

### 3.2.2 Principen om barnets bästa

Principen om barnets bästa kommer till uttryck i artikel 3, som har karaktär av en portalparagraf. I denna stadgas att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Det betyder inte att barnets bästa alltid ska vara utslagsgivande, men vid varje beslut som rör barn måste det finnas ett tydligt barnperspektiv. Barnets behov och intressen ska beaktas och tillmätas stor vikt vid avvägningen med andra intressen. Eftersom det är det enskilda barnets behov och intressen som avses, går det inte att ge målsättningen någon bestämd definition; den får sitt innehåll först i det enskilda fallet.<sup>44</sup>

Barnets bästa är ett komplext och dynamiskt begrepp, vars innebörd tolkas olika i takt med förändringar i samhället. Det har behandlats utförligt i doktrin såväl internationellt som nationellt. Principen om barnets bästa innebär en rättslig målsättning att i möjligaste mån tillgodose barns olika behov och intressen.<sup>45</sup> En metod för att fastställa vad som är barnets bästa är att kombinera vetenskap och beprövad erfarenhet med att låta barnet själv komma till tals. Barns *behov* kan sägas avse vad vuxna bedömer att barn i allmänhet behöver utifrån ett objektiva betraktelsesätt. Barnets *intressen* definieras av barnet själv och barnets subjektiva uppfattning om sin egen situation.<sup>46</sup>

En allmän familjerättslig norm för vad som kan anses vara barns behov framgår av 6 kap. 1 § FB:

”Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.”

### 3.2.3 Barnets rätt till liv och utveckling

Artikel 6 stadgar att barn har rätt till liv och att konventionsstaterna till det yttersta av sin förmåga ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Det innebär bland annat att konventionsstaterna har ett ansvar att skapa förutsättningar för att barn föds friska. En del av detta arbete utgörs av mödrahälsovården, som tar sikte på att identifiera förhållanden som innebär en ökad risk för komplikationer för mor eller barn. Det kan handla om riskfaktorer hos kvinnan som exempelvis sjukdom, missbruk eller hög ålder.

---

<sup>44</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 21, SOU 1997:116, s. 64

<sup>45</sup> Singer, 2000, s. 49 f., SOU 1997: 116, s. 125 ff.

<sup>46</sup> SOU 1997: 116, s. 134 f., Mattsson, 2002, s. 36 f.

Artikel 6 kan kopplas till artikel 24, som anger att varje barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård.<sup>47</sup>

### **3.2.4 Barnets rätt till ursprung**

Artikel 7 i barnkonventionen anger att barn har rätt att, så långt det är möjligt, få veta vilka föräldrarna är. Genomförandet av rättigheten ska säkerställas i konventionsstaternas nationella lagstiftning. När artikeln infördes var det adopterades rätt att få kunskap om sina biologiska föräldrar som avsågs. Barnrättskommittén har tolkat artikel 7 i barnkonventionen som att den skulle kunna medföra en rätt för barn som tillkommit genom assisterad befruktning att få vetskap om sitt genetiska ursprung.<sup>48</sup> Singer har argumenterat för att artikel 8 också skulle kunna anföras som stöd för detta.<sup>49</sup> I artikeln föreskrivs att konventionsstaterna ska respektera barnets rätt att behålla sin identitet, innefattande namn och släktförhållanden såsom dessa erkänns i lag, utan olagligt ingripande.

---

<sup>47</sup> SOU 1997: 116, s. 7-8

<sup>48</sup> SOU 1997: 116, s. 102, SOU 2007:3, s. 63

<sup>49</sup> Singer, 2000, s. 402 f.

# 4 Assisterad befruktning

## 4.1 Lagstiftning

Behandling mot ofrivillig barnlöshet omfattas av det offentliga åtagandet. Heterosexuella par som har försökt få barn i minst ett år utan resultat samt lesbiska kvinnor som lever i en stabil parrelation, kan söka hjälp hos sjukvården för utredning. Det finns även privata kliniker som erbjuder olika metoder för behandling av ofrivillig barnlöshet. Den privata verksamheten omfattas av samma lagar och föreskrifter som den offentliga, men bekostas helt av den enskilde.<sup>50</sup>

Inseminationslagen och lagen om befruktning utanför kroppen upphävdes den 1 juli 2006 och ersattes av bestämmelser i 6 respektive 7 kap. lagen (2006: 351) om genetisk integritet m.m. (LGI). Lagen kompletteras av förordningen (2006: 358) om genetisk integritet m.m. Verksamheten med assisterad befruktning regleras också i föreskrifter och allmänna råd utfärdade av Socialstyrelsen, främst i 4 kap. i SOSFS 2009:32 (M). Föreskrifter om vad som gäller i samband med donation återfinns i SOSFS 2009: 30 (särskilt om donation av könsceller i bilaga 4).

Till den del verksamheten med assisterad befruktning innefattar hälso- och sjukvård gäller, vid sidan om LGI, också hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982: 763) och patientsäkerhetslagen (2010: 659). Behandling av ofrivillig barnlöshet ska uppfylla kraven på god vård såsom detta definieras i dessa lagar. Det innebär bland annat att vården ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Om det inte är uppenbart obehövt ska alla som vänder sig till hälso- och sjukvården få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 a § och 2 b § HSL samt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen).

## 4.2 Allmänna förutsättningar för assisterad befruktning

Assisterad befruktning får endast utföras om kvinnan som ska föda barnet är gift, sambo eller registrerad partner.<sup>51</sup> Det krävs ett skriftligt samtycke från

---

<sup>50</sup> SKL, 2012, s. 3 ff., 22

<sup>51</sup> Lagen (1994: 1117) om registrerat partnerskap upphörde att gälla år 2009 då Sveriges äktenskapslagstiftning blev könsneutral (SFS 2009: 253), men äger fortfarande tillämpning i de fall där tidigare ingångna partnerskap inte har omvandlats till äktenskap.

den man eller kvinna som hon lever i ett parförhållande med. Samtycket utgör också grund för fastställande av faderskap eller föräldraskap efter barnets födelse.<sup>52</sup> Den ansvariga läkaren ska informera paret om samtyckets innebörd och att samtycket kan återkallas fram till behandlingen. Kvinnan som föder barnet blir barnets rättsliga mor, 1 kap. 7 § FB.

## 4.2.1 Var behandling får utföras

Vid assisterad befruktning med donerade spermier eller donerade ägg ska sjukhuset ha förutsättningar att utföra den psykosociala utredningen samt bistå med rådgivning och övrig service, bland annat att tillgodose barnets rätt till information om sitt genetiska ursprung.<sup>53</sup> Därutöver ska det avsättas resurser för uppföljning. Eventuella psykologiska och sociala konsekvenser för de inblandade parterna ska kartläggas och utvärderas. Detta gäller framför allt barnen, men även familjen som helhet och donatorn.<sup>54</sup> För att underlätta övervakningen av verksamheten med assisterad befruktning - att den bedrivs under etiskt godtagbara former och uppfyller nödvändiga medicinska krav - infördes vissa begränsningar i lagstiftningen av vilka kliniker som får ge behandling.

Givarinsemination är bara tillåtet på sjukhus som är offentligt finansierade eller som har fått tillstånd från Socialstyrelsen.<sup>55</sup> En läkare med specialistkompetens i gynekologi och obstetrik ska ansvara för behandlingen. Detta kompetenskrav infördes med tanke på den medicinska bedömning och psykosociala utredning som ska göras innan behandlingen.<sup>56</sup> Någon motsvarande reglering vid makeinsemination finns inte. Det ska dock utföras en medicinsk bedömning då också.

Befruktning utanför kroppen (samt införande av ägget) får utföras vid sjukvårdsinrättningar som har fått tillstånd från Socialstyrelsen. Tillstånd behövs inte om sjukhuset är offentligt finansierat. Om ägget inte är kvinnans eget eller om ägget befruktas med spermier från någon annan än hennes sambo eller make, får behandlingen bara utföras vid de sjukhus som bedriver läkarutbildning (universitetssjukhus).<sup>57</sup>

## 4.2.2 Medicinsk bedömning

En medicinsk bedömning ska göras av alla par som ansöker om tillgång till assisterad befruktning. Vid denna undersöks om det finns medicinska förutsättningar att uppnå graviditet genom assisterad befruktning. Om paret består av en man och en kvinna ska läkaren först bedöma om det finns

---

<sup>52</sup> 6 kap. 1 §, 7 kap. 3 § LGI, 4 kap. 3 § SOSFS 2009:32

<sup>53</sup> Prop. 1984/85: 2, s. 23-24

<sup>54</sup> Prop. 2005/06: 64, s. 183, jmf inledande kommentaren

<sup>55</sup> 6 kap. 2 § LGI, 4 kap. 1 § SOSFS 2009:32

<sup>56</sup> Prop. 1984/85: 2, s. 9

<sup>57</sup> 7 kap. 4 § LGI, 4 kap. 1 § SOSFS 2009:32



rimliga möjligheter för dem att få barn på naturlig väg. I så fall ska behandling i allmänhet inte medges.<sup>58</sup>

Den medicinska bedömningen syftar också till att säkerställa att det, med hänsyn till kvinnans och barnets säkerhet, är lämpligt att hon genomgår en graviditet. Enligt bilaga 5 i SOSFS 2009:30 ska läkaren, på grundval av parets sjukdomshistoria och terapeutiska indikationer, klarlägga och dokumentera skälen för den assisterande befruktningen samt om den är säker för mottagen och för eventuella barn som kan födas. Kvinnan ska testas för vissa smittämnen (hiv, HTLV I och II, hepatit B och C samt syfilis). Beroende på kvinnans bakgrund kan det under vissa omständigheter krävas ytterligare tester. Behandlingen får bara utföras om det bedöms som osannolikt att någon smitta eller sjukdom som anges i 4 kap. 7-8 §§ SOSFS 2009:32 kan överföras till barnet genom befruktningen. Om någon annan smitta eller sjukdom, eller graviditeten i sig, kan riskera kvinnans eller barnets liv eller hälsa, får assisterad befruktning inte utföras.<sup>59</sup>

Om befruktningen är tänkt att ske med spermier från den mottagande kvinnans make eller sambo ska han genomgå biologiska tester för samma smittämnen som kvinnan. Ytterligare tester kan krävas med hänsyn till parets bakgrund, såsom resvanor och riskexponering, eller på grund av spermans egenskaper. Positiva testresultat utgör inte nödvändigtvis hinder för assisterad befruktning med mannens spermier. Ett krav är dock att det bedöms som osannolikt att någon påvisad smitta eller sjukdom som kan riskera kvinnans eller barnets liv, överförs till kvinnan eller barnet genom befruktningen.<sup>60</sup>

### 4.3 Assisterad befruktning med donerade könsceller

Donerade spermier kan användas vid insemination och för befruktning utanför kroppen. Vid provrörsbefruktning kan också donerade ägg användas. Det är dock inte tillåtet i svensk rätt att kombinera donerade ägg och donerade spermier. Om ägget inte är kvinnans eget ska ägget ha befruktats av spermier från hennes make eller sambo, 7 kap. 3 § LGI. Det innebär att det inte heller är tillåtet att använda frysta befruktade ägg som blivit över från ett annat pars IVF – behandling (*embryodonation*). Genom denna begränsning i lagen garanteras barnet ett genetiskt samband med åtminstone en av föräldrarna, vilket var lagstiftarens avsikt.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> Prop. 1984/85: 2, s. 24, prop. 2005/06: 64, s. 182, jmf. 4 kap. 5 § SOSFS 2009:32

<sup>59</sup> 4 kap. 5-10 §§ SOSFS 2009:32

<sup>60</sup> SOSFS 2009:30, bilaga 5 (B)

<sup>61</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 38, se 2.2.2.1

### 4.3.1 Donatorn<sup>62</sup>

Läkaren som ansvarar för behandlingen väljer ägg och spermier från en donator som anses lämplig.<sup>63</sup> Normalt är paret och donatorn anonyma för varandra, men det finns inget som hindrar att givaren är en anhörig till paret.<sup>64</sup> Det är inte tillåtet att välja ut könsceller eller befruktade ägg utifrån egenskaper eller kön. Däremot är det tillåtet att selektera bort befruktade ägg som bär på anlag för vissa allvarliga sjukdomar, 4 kap. 2 § LGI. Läkaren får också tillmötesgå önskemål från paret om att välja en donator som utseendemässigt liknar någon av de blivande föräldrarna, exempelvis när det gäller hår-, hud-, ögonfärg och längd.<sup>65</sup>

Den tilltänkta donatorn ska uppfylla kraven i bilaga 5 (C) i SOSFS 2009:30. Till skillnad från vad som gäller för kvinnans make eller sambo måste personen uppvisa negativa testresultat avseende HIV 1, HIV 2, hepatit C, HTLV 1, HTLV II, syfilis, gonorré och klamydia. Eventuellt kan det bli aktuellt med ytterligare tester, beroende på vad som framkommit om personens bakgrund eller könscellernas egenskaper.

Donatorn ska informeras om de rättsliga, psykologiska och sociala konsekvenser som kan följa av en spermiedonation respektive äggdonation. Personen ifråga måste vara införstådd med att det blivande barnet har rätt att få information om sitt genetiska ursprung och kan komma att söka kontakt i framtiden. Dessutom ska han eller hon vara beredd på att bli kontaktad i framtiden för blodprovstagning eller någon annan utredning.<sup>66</sup> Donatorn har dock inga skyldigheter gentemot barnet. Uppgifter om givaren ska antecknas i en särskild journal som ska bevaras i minst 70 år.<sup>67</sup>

Sedan år 2002 får inte längre ägg eller spermier från en givare som har avlidit användas vid assisterad befruktning. Skälet till lagändringen var att ett sådant förfarande ansågs stå i strid med en humanistisk människosyn. Det var enligt lagmotiven inte heller uteslutet att det skulle kunna få negativa psykologiska konsekvenser för barnet att få veta att den genetiske föräldern var död vid befruktningen.<sup>68</sup>

---

<sup>62</sup> Numera kallas den som bidrar med tillvaratagna könsceller vid den assisterade befruktningen för donator i SOSFS 2009:30, oavsett om personen är mottagarens make/sambo eller inte. I den här uppsatsen används ”donator” i betydelsen någon annan än kvinnans partner.

<sup>63</sup> 6 kap. 4 §, 7 kap. 6 § LGI

<sup>64</sup> 21 av 85 äggdonationer gjordes av känd/anhörig donator enligt Socialstyrelsen, Officiell statistik Hälsa och sjukdom 2008: 3 Assisterad befruktning 2005.

<sup>65</sup> Prop. 1984/85: s. 12 ff.

<sup>66</sup> 4 kap. 4 § SOSFS 2009:30

<sup>67</sup> 6 kap. 4 §, 7 kap. 6 § LGI, 5 kap. 3 § SOSFS 2009:32

<sup>68</sup> 6 kap. 4 §, 7 kap. 6 § LGI, 4 kap. 14 § SOSFS 2009:32, prop. 2001/02:89, s. 44

## 4.3.2 Särskild prövning

Vid assisterad befruktning med användning av donerade könsceller ska det utföras en särskild prövning av paret, utöver den grundläggande medicinska bedömningen. Det innebär att den ansvariga läkaren ska undersöka om parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är sådana att det bedöms som lämpligt att en assisterad befruktning äger rum. Behandlingen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.<sup>69</sup>

Innehållet i särskilda prövningen vid assisterad befruktning med donerade spermier eller donerade ägg regleras i föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.<sup>70</sup> Enligt 4 kap. 12 § SOSFS 2009: 32 ska det fastställas och dokumenteras rutiner för hur den särskilda prövningen ska genomföras. Det bör medverka en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens vid prövningen av de psykosociala faktorerna. Vidare rekommenderas att det hålls samtal både med paret tillsammans och med var och en för sig. De faktorer som enligt SOSFS bör vägas in vid bedömningen är parets ålder, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, parets inbördes relation, levnadsförhållanden samt deras inställning till att berätta för barnet om dess genetiska ursprung. Bedömningen bör utgå från parets möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt.

I november 2008 uppmärksammades i media att par hade nekats assisterad befruktning med egna ägg och spermier, med hänvisning till mannens hälsotillstånd. Med anledning av detta skickade Socialstyrelsen ut information om regelverket vid assisterad befruktning till landets fertilitetskliniker. I meddelandebladet betonades att den särskilda prövningen samt vidhängande rekommendationer om bedömning av ålder och hälsotillstånd enbart avsåg par som skulle ta emot donerade ägg eller spermier.<sup>71</sup>

### 4.3.2.1 Ålder

#### Tidigare rekommendationer

Smer utgick i sin rapport 1995 ifrån att befruktning utanför kroppen i kombination med äggdonation inte bör erbjudas kvinnor efter menopaus, vilken bedömdes infalla vid i genomsnitt 51 års ålder. I sådana fall skulle det inte längre handla om att undanröja hinder för naturlig befruktning, utan om att gå utöver vad de naturliga livsprocesserna tillåter. Det konstaterades att det häri fanns en skillnad mellan kvinnor och män, eftersom män kan bli fäder i hög ålder. Ett annat skäl som framfördes var att graviditeter för kvinnor efter menopaus innebär ökade risker för missfall och skador på de

<sup>69</sup> 6 kap. 3 § och 7 kap. 5 § LGI, 4 kap. 11 § SOSFS 2009:32

<sup>70</sup> Socialstyrelsens föreskrifter är bindande regler medan de allmänna råden utgör rekommendationer.

<sup>71</sup> Socialstyrelsen, Meddelandeblad, 2008

barn som föds. Det ansågs inte heller förenligt med barnets bästa att tillåta att barn som föds genom assisterad befruktning får sämre förutsättningar att få behålla sina föräldrar under uppväxten, än barn som föds av yngre mödrar. Rådet kommenterade också att samhället av samma skäl intog en restriktiv hållning till att låta kvinnor över 40 år, och män över 50 år, adoptera små barn.<sup>72</sup>

I samband med att lagen utvidgades så att befruktning utanför kroppen fick ske med donerade ägg eller spermier, utarbetades ett lagförslag om att införa en åldersgräns på 42 år för IVF – behandling, om inte synnerliga skäl förelåg.<sup>73</sup> Förslaget fick mycket kritik av remissinstanserna. Regeringen instämde i de invändningar som framfördes om att de individuella variationerna är stora beträffande den ålder då menstruationen definitivt upphör. Därför ansågs det inte lämpligt att ange en åldersgräns i lagen. Istället förordades att åldern skulle beaktas som en del i lämplighetsprövningen vid assisterad befruktning med donerade celler. Vid bedömningen skulle både kvinnans och mannens ålder beaktas. Det fastslogs att det var viktigt att behandlingen inte gavs till kvinnor som har passerat den ålder då kvinnors fertilitet normalt avtar. Även i propositionen anmärktes att en jämförelse kunde göras med den bedömning av de sökandes ålder som görs vid adoptioner av små barn. Däremot ansågs mannens eller kvinnans ålder inte motivera någon särskild bedömning i de fall en särskild prövning inte ska ske, det vill säga när den assisterade befruktningen ska ske med parets egna ägg och spermier.<sup>74</sup>

Socialstyrelsens rekommendation var tidigare att kvinnan som mottog behandling (även insemination) med donerade könsceller, inte skulle ha kommit in i den ålder då fertiliteten normalt anses vara i starkt avtagande. Den mottagande kvinnans make, registrerade partner eller sambo skulle inte vara äldre än att han, eller hon, bedömdes kunna ta sitt föräldraansvar fullt ut under barnets hela uppväxt.<sup>75</sup> Sedan april 2010 ges inte längre några anvisningar från Socialstyrelsen ifråga om hur åldern ska bedömas. Åldern är dock fortfarande ett kriterium som bör tillmätas betydelse i den särskilda prövning som ska föregå assisterad befruktning med användning av ägg eller spermier från en utomstående givare.

### **Landstingens åldersgränser för kvinnan som ska föda barnet**

Inom den offentligt finansierade vården har varje landsting rätt att införa egna åldersgränser för assisterad befruktning. Enligt en kartläggning från september 2012 utförd av SKL varierade den övre åldersgränsen för att få tillgång till assisterad befruktning från 37 till 41 år för den mottagande kvinnan.<sup>76</sup> Det påpekades i studien att skillnaden måste ses i ljuset av att

---

<sup>72</sup> Smer 1995, s. 34

<sup>73</sup> Ds 2000:51

<sup>74</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 35-39

<sup>75</sup> SOSFS 2002:13 (M), upphävd 1 april 2010

<sup>76</sup> SKL 2012. En enkät skickades ut till landets samtliga landsting med sista svarsdatum 1 oktober 2012. Det enda landsting som valde att inte delta i enkäten var Gävleborg, s. 30.

tillämpningen av den angivna åldersgränsen varierade mellan landstingen. I vissa landsting var kravet att kvinnan måste vara under den angivna åldern när den första behandlingen inleddes, medan i andra handlade det om den högsta tillåtna åldern för att påbörja varje enskild behandling.

På privata kliniker i andra länder erbjuds vanligtvis assisterad befruktning till kvinnor upp till 50 – 55 års ålder. Åldersgränsen är satt med hänsyn till de medicinska riskerna för kvinnan och med tanke på barnets bästa. Privata kliniker i Sverige har satt åldersgränsen betydligt lägre, runt 43 år. Det beror på att därefter är möjligheterna att uppnå graviditet med egna ägg begränsade och äggdonation är enligt den svenska lagstiftningen inte tillåtet inom den privata vården.<sup>77</sup> IVF med donerade ägg är enbart tillåtet på universitetssjukhus inom den offentliga vården. Åldersgränserna vid behandling med äggdonation är desamma som vid övrig IVF – behandling inom landstingen. De är inte satta utifrån de medicinska möjligheterna att behandlingen ska lyckas, vilket fick en avgörande betydelse i nedan beskrivna rättsfall.

#### *Åldersgräns ej i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet*

En dom från mars 2009 handlade om rätt till ersättning för kostnader som ett par hade haft för befruktning utanför kroppen utförd i Finland. Avgörande för frågan om de hade rätt till ersättning från Försäkringskassan för EU/EES – vård var om den vård som paret fått i den andra medlemsstaten motsvarade den vård som, med hänsyn till hur den svenska sjukvården är organiserad och finansierad, skulle ha bekostats genom det allmännas försorg här i Sverige.<sup>78</sup> Paret hade vägrats ersättning på grund av att kvinnan hade passerat åldersgränsen på 37 år i hennes hemlandsting. Då behandlingen utfördes var hon 39 år.

Kammarätten inhämtade ett yttrande från Socialstyrelsen, som i sin tur lät höra ett vetenskapligt råd i gynekologi och obstetrik. Han anförde att vid fastställelse av en övre åldersgräns för IVF måste de risker som en sådan behandling innebär vägas in. Behandlingen måste vara medicinskt försvarbar. Den biologiska åldern avseende äggstockarnas funktion och äggen kvalitet kan dock variera med flera år mellan olika individer. Vidare konstaterade han att de flesta sjukhus i Sverige hade satt åldergränsen till 37-39 år, vilket han menade byggde mer på sjukvårdsekonomiska beslut än på modern vetenskap och senare års beprövade erfarenhet.

Enligt statistik från Socialstyrelsen avseende assisterad befruktning utförd under år 2000 låg chansen att få barn genom IVF på i genomsnitt 25 procent per äggåterförande. Vid 37 års ålder var chansen 20 procent och först vid en ålder på 42 år hade chansen sjunkit till mindre än 10 procent. I sammanhanget noterades att de flesta privata kliniker hade en åldersgräns på 42-45 år. En åldersgräns på 37 år kunde enligt rådet inte anses vara i

---

<sup>77</sup> Smer 2013, s. 206

<sup>78</sup> RÅ 2004 ref 41

enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Mot bakgrund av detta, tillerkände kammarrätten paret rätt till ersättning för sina vårdkostnader.<sup>79</sup>

I en senare dom meddelad i mars 2011 prövades frågan om en åldersgräns på 42 år kunde anses vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Klagande yrkade ersättning för assisterad befruktning genom äggdonation som hade utförts i en annan medlemsstat. Hon var 42 år när behandlingen påbörjades i Finland. Enligt reglerna för äggdonation i det landsting där hon var bosatt fick kvinnan vara högst 38 år då remissen skrevs och 40 år vid behandlingens utförande. Förvaltningsrätten uttalade att landstingets åldersgränser stämde väl överens med vad som tidigare bedömts vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som grund för bedömningen hänvisades till Socialstyrelsens yttrande i 2009 års fall.<sup>80</sup>

I en förvaltningsdom från december 2012 yrkades ersättning för vårdkostnader i Danmark. Kvinnan hade påbörjat behandling med IVF i Sverige innan hon hade passerat landstingets åldersgräns på 42 år. När hon genomgick behandlingen i Danmark hade hon hunnit bli 44 år. Försäkringskassan påpekade att en kvinnas fruktsamhet är i starkt avtagande redan från 40 års ålder och hänvisade till ett svar från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) upplysningstjänst. SBU hade utrett frågan om sambandet mellan framgångsrik IVF – behandling och stigande ålder. Ifråga om befruktning utanför kroppen med användning av egna ägg hade det visats att ju äldre kvinnan är, desto svårare har hon att bli gravid. SBU ville dock inte uttala sig om vad som vore en lämplig åldersgräns. Försäkringskassan anförde att det måste visas i det enskilda fallet att det förelåg förutsättningar för framgångsrik behandling och menade att den klagande inte hade visat att det var medicinskt motiverat för henne att få den behandling för vilken hon sökte ersättning.

Domstolen uttalade att den inte fann skäl att frånga Försäkringskassans bedömning, så till vida att en förutsättning för ersättning var att den klagande kunde visa att det ur ett internationellt perspektiv var medicinskt motiverat för henne att få vården. Beslutet upphävdes och målet återförvisades till Försäkringskassan för vidare utredning och ny prövning, med motiveringen att det var Försäkringskassan som första instans som skulle utreda och pröva om förutsättningarna för att bevilja ersättning för sökt vård var uppfyllda.<sup>81</sup> Beslutet att vägra kvinnan ersättning med hänvisning till hennes ålder kommenterades inte.

### **Landstingens åldersgränser för kvinnans partner**

De flesta landsting har också satt upp åldersgränser för den man eller kvinna som den mottagande kvinnans lever i ett parförhållande med och som också ska bli barnets förälder. Enligt SKL:s kartläggning varierande åldersgränsen för män från 54 till 56 år. För kvinnor låg åldersgränsen på 39 till och med

---

<sup>79</sup> Mål nr 1207-08

<sup>80</sup> Mål nr 9548-10

<sup>81</sup> Mål nr 17067 - 12

56 år. Den åtskillnad på grund av kön som tillämpades i vissa landsting hade sin grund i att lesbiska par tilläts dela på inseminationsförsöken respektive IVF – försöken. Majoriteten av landstingen tillämpade samma åldersgräns för maken eller sambon oavsett kön. Vissa landsting uppgav att åldersgränsen gällde män och att det inte fanns någon fastställd åldersgräns för den andra kvinnan i ett samkönat par.<sup>82</sup>

### **4.3.2.2 Inställning till att berätta om barnets genetiska ursprung**

#### **Barnets rätt till information**

När barnets rätt att få reda på sitt genetiska ursprung infördes i 1985 års inseminationslag framstod detta som kontroversiellt, både i Sverige och internationellt. I dag är det en väl etablerad princip i svensk rätt. I två avgöranden från januari 2013 uttalade förvaltningsdomstolen att ett barns rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung är grundläggande inom svensk rätt, och grundas särskilt i barnets rätt till integritet och rättvisa.<sup>83</sup> Flera andra länder har infört liknande bestämmelser i sin lagstiftning, exempelvis Storbritannien, Nederländerna, Norge och Finland.

Barnets rätt till information om givaren återfinns numera i 6 kap. 4 § och 7 kap 6 § LGI. I bestämmelserna anges att barn som har tillkommit genom givarinsemination eller genom befruktning utanför kroppen i Sverige, med ägg eller spermier från någon annan än sina rättsliga föräldrar, har rätt att ta del av de uppgifter om givaren som antecknats i sjukhusets särskilda journal. Vidare stadgas att socialnämnden är skyldig att på begäran hjälpa till att skaffa fram sådan information, om någon har anledning att anta att han eller hon har avlats genom assisterad befruktning.

Vad som skulle kunna utgöra ”skäl att anta” preciseras inte i förarbetena. Lagrådet anförde att det torde krävas att det finns en rimlig grund för antagandet och att avsikten med bestämmelsen fick antas vara att markera socialnämndens ansvar att medverka till att barn som kommit till genom assisterad befruktning får tillgång till uppgifter om givaren, om de har önskemål om detta.<sup>84</sup>

#### **Föräldrarnas ansvar att berätta**

Barnets möjligheter att få kunskap om givaren är i praktiken beroende av att föräldrarna berättar för barnet att han eller hon har kommit till med hjälp av assisterad befruktning och att det finns en donator. Det finns ingen lagstadgad upplysningsplikt för föräldrarna, men vikten av att de är ärliga mot barnet betonas starkt i förarbetena. Där sägs det att det är normalt föräldrarna som bör berätta för barnet om hur det har kommit till och att det

---

<sup>82</sup> SKL, 2012, s. 33

<sup>83</sup> Mål nr 17698 -12 samt 1931-12

<sup>84</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 86

också är föräldrarna som måste avgöra vid vilken tidpunkt det är lämpligt att upplysningen framförs, så att barnet inte påtvingas information som han eller hon inte är mogen att hantera. Därför har det inte ansetts lämpligt att införa någon bestämmelse i lagen om detta.<sup>85</sup>

Som ett led i att öka föräldrarnas benägenhet att berätta för barnet har det i förarbetena förordats att Socialstyrelsen ska medverka till att rutiner och metoder inrättas, som syftar till att hjälpa föräldrarna att på ett tidigt stadium och under lämpliga former informera barnet om omständigheterna kring tillkomsten.<sup>86</sup> Socialstyrelsen rekommenderade tidigare att paret skulle erbjudas samtal med en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens, både före och efter en assisterad befruktning. Samtalen skulle handla om det kommande barnets situation och vikten av öppenhet om dess genetiska ursprung.<sup>87</sup> I SOSFS 2009: 32 ges inga uttryckliga råd eller föreskrifter om hur föräldrarna ska påverkas att berätta för barnet om hur det har kommit till. Pares inställning i öppenhetsfrågan ska dock tillmätas betydelse vid bedömningen av deras lämplighet som föräldrar.

I specialmotiveringen till inseminationslagen uttalade departementschefen att vid prövningen av om barnet kan antas komma att växa upp under goda förhållanden ska inte enbart paret psykologiska och sociala förhållanden bedömas. Även deras förmåga att skapa ett ärligt och tillitsfullt förhållande till barnet måste vägas in i bedömningen.<sup>88</sup> Det framhålls i en senare proposition att en anledning till att det är föräldrarna som bör berätta för barnet om dess ursprung, är att det är viktigt att förhållandet mellan barn och föräldrar präglas av ärlighet och tillit.<sup>89</sup>

#### 4.3.2.3 Övriga faktorer

Förutom ålder och paret inställning till att berätta, bör hänsyn tas till paret hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, inbördes relation samt levnadsförhållanden. Bedömningen ska utgå från paret möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt.

Enligt de allmänna råden i tidigare gällande SOSFS 2002:13 (M) skulle läkaren bland annat försäkra sig om att paret inbördes relation var stabil och bestående samt att paret var medvetet om och kunde hantera den ojämlikhet som kan uppstå genom att enbart den ena föräldern kommer att vara det genetiska ursprunget till barnet. Förekomst av somatiska och psykiska sjukdomar eller störningar och funktionshinder hos paret skulle utredas och bedömas som en del av den medicinska prövningen. Om något av detta bedömdes kunna påverka barnets uppväxtvillkor på ett negativt sätt, skulle ett utlåtande inhämtas från en annan läkare eller en yrkesutövare med

---

<sup>85</sup> Prop. 1984/85: 2, s. 15 ff.

<sup>86</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 45-48

<sup>87</sup> 10 kap. 1 § SOSFS 2002: 13 (M)

<sup>88</sup> Prop. 1984/85: 2, s. 25

<sup>89</sup> Prop. 2001/02: 89, s. 46 ff.



en i sammanhanget lämplig kompetens. Utlåtandet skulle innehålla en bedömning av sjukdomens respektive funktionshindrets inverkan på paret förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt.<sup>90</sup>

### 4.3.3 Prövning av läkarens beslut

Paret ska få individuellt anpassad information om resultatet av den särskilda prövningen. Om bedömningen är att de inte anses lämpliga för behandlingen ska läkaren informera paret om skälen för detta. Beslutet att inte medge assisterad befruktning samt skälen för detta ska dokumenteras. Paret ska också informeras om att de kan begära att Socialstyrelsen prövar frågan. Socialstyrelsens beslut kan i sin tur överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. För prövning i kammarrätt krävs prövningstillstånd.<sup>91</sup>

I en artikel publicerad i Svensk Juristtidning 2012 presenteras en informell undersökning som genomfördes i november 2011. Undersökningen omfattade samtliga överprövningsärenden som inkommit till Socialstyrelsen sedan den 1 mars 1985, när lagen om insemination trädde i kraft. Det var sammanlagt fem ärenden<sup>92</sup> och Socialstyrelsen avslag paret begäran i samtliga fall.

I ett fall från 1998 hade ett par nekats donatorinsemination med hänvisning till medicinska skäl, på grund av att mannens sperma inte bedömdes vara orsak till barnlösheten. Kravet på att ofruktbarheten skulle finnas hos mannen avskaffades när äggdonation blev tillåtet. Två av ärendena, inkomna 1998 respektive 2003, rörde avslag på ansökan om tillgång till givarinsemination på grund av för hög ålder hos mannen. I det första fallet var mannen 62 år. Socialstyrelsen uttalade att riktlinjen var att mannen i parförhållandet inte bör vara äldre än 55 år då behandling med assisterad befruktning aktualiseras. I det andra fallet var mannen 56 år och då hänvisades till ett råd från Socialstyrelsen om att maken, registrerade partnern eller sambon inte bör vara äldre än att han eller hon bedöms kunna ta sitt fulla föräldraansvar under hela barnets uppväxt.

Två ärenden från 2011 rörande samma par<sup>93</sup> gällde avslag på grund av psykosociala skäl. Skälen är sekretessbelagda, men det inhämtades ett psykiaterutlåtande i båda fallen. I det första ärendet yttrade psykiatern att något absolut hinder för assisterad befruktning inte förelåg. Läkaren nekade dock paret behandling på grund av den ytterligare påfrestning som IVF – behandling och vården av ett barn skulle innebära för paret ifråga.

---

<sup>90</sup> Allmänna råd till 4 kap. 1 § SOSFS 2002:13 (M). Ersattes i april 2010 av SOSFS 2009:32.

<sup>91</sup> 6 kap. 3 §, 7 kap. 5 §, 8 kap. 1 § LGI, 4 kap. 13 § SOSFS 2009: 32

<sup>92</sup> Det ska egentligen ha inkommit 8 ärenden fram till idag, varav det sista är fallet som överklagades till förvaltningsdomstol 2011. Uppgifter lämnade på min förfrågan av Regina Gustafson och Christian Mallengren på Socialstyrelsen den 20 maj 2013.

<sup>93</sup> Detta framgår inte av artikeln. Uppgiften är lämnad av Regina Gustafsson den 6 maj 2013.

Socialstyrelsen gjorde samma bedömning. Vid den andra prövningen angav läkaren som skäl för att behandling inte medgavs att den ena föräldern befarades få ta ”mer än ett normalt stort ansvar för barnet”. Därtill kom att enskilda samtal med den ena i paret inte kunnat genomföras, på grund av att personen av psykiska skäl fann läkarbesök obehagliga. Socialstyrelsen påpekade att en behandling med assisterad befruktning förutsätter ett antal läkarbesök.

Sörgjerd diskuterar i sin artikel det anmärkningsvärda i att endast fem beslut har överprövats av Socialstyrelsen. Hon skriver att en tänkbar anledning är att läkaren i första hand är inriktad på att ge medicinsk behandling och att det är ovanligt att par blir nekade assisterade befruktning. En annan möjlighet som framförs är att par som fått avslag väljer att söka vård utomlands, istället för att driva ärendet vidare.<sup>94</sup> Gränsöverskridande vård behandlas närmare i avsnitt 6.3.

Det kan också noteras att bara ett enda ärende har överklagats hos allmän förvaltningsdomstol, sedan möjligheten att överklaga infördes genom en lagändring år 2002. 2011 års ärende överklagades till förvaltningsdomstol. Domstolen avlog överklagandet, med hänvisning till utredningen i målet och barnets bästa. I domskälet citerades de allmänna råden i SOSFS 2006:10 avseende den medicinska samt den psykologiska och sociala prövningen. Det ges ingen motivering till domstolens beslut, men bakgrunden i målet kan tolkas motsatsvis för att få en fingervisning om parets situation. Paret anför i målet att deras livssituation har förändrats på en rad sätt, bland annat genom att de har flyttat ihop, att de har funnit sig till rätta med sina tidigare kontakter med öppenvården, att den ena har skaffat praktikplats samt busskort och att han inte längre har några betänkligheter beträffande äggdonation.<sup>95</sup>

## 4.4 Utvecklingen framöver

Lagstiftningen på området har sedan införandet förändrats fortlöpande i takt med att nya tekniker utvecklas och värderingar i samhället förändras. I Sverige, liksom i många andra länder, har den samhälleliga attityden till assisterad befruktning gradvis gått i en alltmer tillåtande riktning.

Enligt svensk rätt är assisterad befruktning än så länge bara tillåtet för människor som lever i parförhållande. En majoritet av riksdagen beslutade i mars 2012, på initiativ av Socialutskottet, att regeringen ska komma med ett lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor får rätt till givarinsemination på samma villkor som kvinnor som lever i ett parförhållande. Socialutskottet konstaterade i betänkandet att ensamstående inte hade rätt till assisterad befruktning, men rätt att adoptera. Det påpekades också att det numera var normalt förekommande att barn växte

---

<sup>94</sup> Sörgjerd, SvJT 2012, s. 691-692

<sup>95</sup> Mål nr 13856 - 11

upp i andra familjekonstellationer än den traditionella kärnfamiljen. Vidare anfördes att ensamstående skaffade barn på andra sätt och att de barn som föddes genom assisterad befruktning i andra länder i många fall inte fick någon möjlighet att få kännedom om sitt genetiska ursprung.<sup>96</sup> Ärendet är under beredning inom regeringskansliet.

Assisterad befruktning var tidigare uteslutet för personer som hade genomgått könsbyte, på grund av att ingreppet var förenat med ett krav på sterilisering. Steriliseringskravet har numera hävts och lagändringen förväntas träda i kraft i juli 2013.<sup>97</sup> Det innebär att någon som bytt kön från kvinna till man kan behålla sin livmoder och/eller äggceller och möjligtvis skulle kunna bli gravid med hjälp av assisterad befruktning. Hur den svenska rätten förhåller sig till detta är än så länge oklart.

Den 1 januari 2013 ändrades diskrimineringslagen så att skyddet mot diskriminering på grund av ålder utvidgades till att omfatta fler samhällsområden, däribland hälso- och sjukvården. Förbudet mot diskriminering som har samband med ålder hindrar inte tillämpning av bestämmelser i lag som föreskriver viss ålder eller annan särbehandling på grund av ålder om den har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet (13 b). Frågan är vilken betydelse denna utvidgning kan komma att ha för äldre kvinnor som nekas behandling på grund av landstingens åldersgränser. IVF – behandling ska, som all vård, ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (1 § HSL).

## Smer

Smer presenterade i februari i år en ny rapport, *Assisterad befruktning – etiska aspekter*. I denna öppnar de för att tillåta flera metoder för att behandla ofrivillig barnlöshet i svensk rätt. Till dem hör surrogatmoderskap, under förutsättning att det inte finns något kommersiellt syfte och att surrogatmamman är en närstående till de blivande föräldrarna. Donation av befruktade ägg bör enligt Smer också tillåtas. Det betyder att rådet har ändrat ståndpunkt, från att tidigare ha fastslagit att det inte kan anses etiskt godtagbart att tillåta metoder som innebär att barnet saknar genetiskt samband med båda föräldrarna. Rådets nya inställning är att även om genetiskt samband kan ha betydelse, väger sociala band mellan föräldrar och barn tyngre. Vidare uttalar sig rådet om att nedfrysning av ägg enligt deras mening är etiskt godtagbart, inte bara vid medicinska skäl, utan även som en fertilitetsbevarande metod för kvinnor som av olika skäl inte är redo att skaffa barn i den ålder då de är som mest fertila.

I fråga om vem som ska få tillgång till behandling är Smer kritisk till det nuvarande regelsystemet med en mer omfattande särskild prövning vid användning av donerade könsceller. Rådet anser att det istället bör införas

---

<sup>96</sup> Bet. 2011/12: SoU26. Samtidigt uppmanades regeringen att utreda frågan om tillåtande av surrogatmoderskap. Rskr. 2011/12: 180

<sup>97</sup> Lagrådsremiss, Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet, 14 februari 2013.

en obligatorisk, allmän bedömning vid alla former av assisterad befruktning. Bedömningen bör utgå från barnets bästa och ta hänsyn till personernas individuella förutsättningar att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt.

Detta gäller, enligt rådets uppfattning, även ifråga om människors ålder. Människor åldras individuellt och rådet anser därför att det ur etisk synpunkt inte är motiverat att ha särskilda åldersgränser. Utgångspunkten bör vara att åtminstone en av föräldrarna bedöms kunna ta ansvar för barnet till vuxen ålder. Syftet med rapporten är delvis att utgöra underlag för framtida reglering. Om den kommer att få lika stor betydelse för lagstiftningen som 2010 års rapport återstår att se.

# 5 Adoption

## 5.1 Allmänt

I Sverige förekommer både nationella och internationella adoptioner. Den vanligaste typen av nationell adoption är adoption av ett barn till en make eller maka. Internationell adoption, det vill säga adoption av barn som befinner sig utomlands, framhålls ofta i förarbetena som ett alternativ till assisterad befruktning. Medan assisterad befruktning blir allt vanligare, har antalet internationella adoptioner successivt minskat under de senaste åren. I dag beräknas cirka 800 barn per år adopteras från utlandet till Sverige.<sup>98</sup> Flera länder prioriterar i allt större utsträckning adoptioner inom det egna landet, vilket har lett till att antalet människor som godkänns som adoptivföräldrar vida överstiger antalet barn som finns tillgängliga för adoption.<sup>99</sup> I det här kapitlet beskrivs adoptionsproceduren vid internationella adoptioner och den lämplighetsprövning som utförs av den som vill adoptera.

### Regelsystemet

Målsättningen med adoption är att skapa trygga uppväxtförhållanden för barnet. Regelsystemet är konstruerat för att uppnå detta syfte. Enligt svensk lag och internationella konventioner får inga andra intressen sättas före eller jämföras med barnets när det gäller adoption. Artikel 21 i barnkonventionen fastslår att konventionsstater som tillåter adoption ska säkerställa att barnets bästa är det som sätts främst vid alla överväganden som rör adoptionen. Kravet är ställt högre än i den allmänna uppmaningen i artikel 3 att beakta barnets intressen. I 1993 års Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner anges att mottagarländerna ansvarar för att de blivande adoptivföräldrarna har fått rådgivning och är lämpliga att ta emot barn för adoption.<sup>100</sup>

Adoption regleras i svensk rätt genom bestämmelserna i 4 kap. FB. De närmare föreskrifterna för hur utredningen bör genomföras återfinns i 6 kap. socialtjänstlag (2001:453) samt i SOSFS 2008:8 och i *Adoption – Handbok för socialtjänsten* (2008).

### Adoptionsprocessen

Många parter är inblandade i en adoptionsprocess. Den som önskar adoptera måste först ansöka om ett generellt medgivande hos socialnämnden. Om ansökan avser att få adoptera ett barn med hemvist i ett annat land än

---

<sup>98</sup> [www.mia.eu](http://www.mia.eu)

<sup>99</sup> Socialstyrelsen 2008.

<sup>100</sup> Konventionen har gjorts till svensk lag. SFS (1997: 191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

Sverige, ska den sökande ha genomgått en av kommunen anvisad föräldrautbildning för blivande adoptivföräldrar. Adoptionsansökningen till utlandet förmedlas i normala fall av en auktoriserad adoptionsorganisation.

Organisationen kan informera om egna krav som deras samarbetskontakter i barnens ursprungsländer ställer på den som vill adoptera. Barnen företräds i ursprungsländerna av olika myndigheter och organisationer. Ansökningarna granskas och godkänns av barnens företrädare i ursprungsländerna. De kan ha egna regler och policys i fråga om kraven på de sökande, avseende exempelvis hälsotillstånd eller sexuell läggning. Därför kan det i praktiken vara svårt för bland annat ensamstående och homosexuella män att få tillstånd en adoption.<sup>101</sup> Slutligen krävs, om inget annat föreskrivs, rättens tillstånd för att adoptera ett visst barn (4 kap. 1 § FB).

## 5.2 Vem får adoptera?

Adoption kan enligt FB 4 kap. 1 och 3-4 §§ sökas av par som är gifta eller som har ingått registrerat partnerskap<sup>102</sup> samt av ensamstående. Möjligheten för samkönade par att adoptera infördes år 2003. Sammanboende par som inte har ingått äktenskap får inte adoptera gemensamt, utan kan endast ansöka om adoption var för sig.

Möjligheten för en ensamstående person att prövas som adoptivförälder har funnits sedan adoptionsinstitutet inrättades i och med adoptionslagen år 1917. Det hängde samman med att adoption från början gick ut på att åstadkomma drägliga levnadsvillkor för barn. Det ansågs bättre för ett barn att få *en* förälder än ingen alls, särskilt om alternativet var att växa upp på en institution.<sup>103</sup>

### 5.2.1 Åldersgräns

Enligt huvudregeln i FB 4 kap. 1 § är den nedre åldersgränsen för att få adoptera 25 år. Numera motiveras kravet av att det generellt sett krävs en ”särskilt stor mognad” hos adoptivföräldrar, med hänsyn till barnet och den speciella situation som en adoption innebär.<sup>104</sup> De undantag som föreskrivs gäller i huvudsak nationella adoptioner.

Det finns ingen lagstadgad övre åldersgräns, men åldern är en faktor som vägs in i socialnämndens bedömning av sökandens lämplighet som adoptivförälder. En riktlinje är att den som vill adoptera får vara högst 42 år vid ansökan hos socialnämnden. Efter utrednings- och väntetid innebär detta

---

<sup>101</sup> Adoption – Handbok för socialtjänsten, 2008, s. 16

<sup>102</sup> Lagen om partnerskap avskaffades 2009 då Sveriges äktenskapslag blev könsneutral, men det finns fortfarande svenska par som är registrerade som partners.

<sup>103</sup> LU 1908:19 s. 7

<sup>104</sup> SOU 2009: 61 s. 17. Singer anför dock att regeln ursprungligen syftade till att skydda eventuella biologiska barns ekonomiska intressen, 2000, s. 268-269

i praktiken att adoptanten kan vara upp mot 45 år när själva adoptionen genomförs. Riktlinjen kan frångås om det finns särskilda omständigheter som talar för detta, som exempelvis att bara den ena i ett par hunnit passera 42 år vid en gemensam ansökan.<sup>105</sup> Regeringsrätten har i ett avgörande (RÅ 1995 ref. 67) anslutit sig till ståndpunkten att ett generellt medgivande i allmänhet inte bör medges till personer över 45 år.

I förarbetena framhålls att det är viktigt att föräldrarna inte har en alltför hög ålder i förhållande till barnets, eftersom de under många år framåt ska ha styrka och flexibilitet att möta barnets särskilda behov. Vidare anförs att risken för sjukdom ökar med stigande ålder och även risken för att nätverket runt familjen är så pass åldrat att barnet inte får tillgång till nära släktrelationer, exempelvis med mor- och farföräldrar. Ett förslag om att införa en åldersgräns på 43 år för medgivande från socialnämnden har dock avvisats.<sup>106</sup> Vilken betydelse som ska tillmätas någons ålder får avgöras i det enskilda fallet vid en helhetsbedömning av personens föräldraförmåga, det vill säga individuella förutsättningar att tillgodose adoptivbarns behov.<sup>107</sup> Adoptantens ålder kan också få betydelse vid domstolens bedömning av om adoptionen är lämplig.

## 5.2.2 Socialnämndens medgivandeutredning

Kravet på medgivande för att få ta emot ett barn innebär att det normalt utförs en mycket grundlig utredning av det blivande hemmet och föräldrarna. Utredningen består i samtal med sökandena, hembesök, nätverksmöten, inhämtandet av intyg, registeruppgifter och referenser med mera.<sup>108</sup> Socialtjänstens medgivandeutredning ligger till grund för beslutet om medgivande och är samtidigt en del av föräldraförberedelsen.

Enligt 6 kap. 12 § SoL får medgivande lämnas bara om den sökande är lämpad att adoptera. Vid bedömningen ska särskild hänsyn tas till sökandens kunskaper och insikter om adoptivbarn och deras behov och den planerade adoptionens innebörd, sökandens ålder, hälsotillstånd, personliga egenskaper och sociala nätverk. Vidare föreskrivs i socialtjänstens handbok att sökandens motiv för att adoptera och förväntningar på barnet bör tas upp i utredningen inför lämplighetsbedömningen. Utredaren bör undersöka om det finns riskfaktorer som kan inverka på sökandens förmåga att tillgodose ett adopterat barns särskilda behov. Det är viktigt att den sökande har bearbetat en eventuell sorg över att inte kunna få ett biologiskt barn. Personens värderingar, exempelvis kring religion och livsåskådning, kan ha betydelse för organisationerna i ursprungsländerna. Det kan också påverka socialnämndens bedömning, i den mån det berör människosyn och närliggande frågor.<sup>109</sup>

---

<sup>105</sup> SOSFS 2008:8

<sup>106</sup> Prop. 2003/04: 131, s. 60-61

<sup>107</sup> Adoption – Handbok för socialtjänsten, s. 66-68

<sup>108</sup> A.a. s. 51 ff.

<sup>109</sup> A.a. s. 48-110, SOSFS 2008:8

Om den sökande lever i en parrelation, bör utredaren undersöka om relationen är stabil. Detsamma gäller om personen har barn sedan tidigare. I fråga om ensamstående ställs särskilda krav på sökandens sociala nätverk, vad gäller personer som är beredda att ställa upp som stöd och avlastning. Ett uttalat syfte vid utredningen är också att få en uppfattning om personens förmåga och inställning till nära relationer.<sup>110</sup>

### 5.2.3 Domstolens lämplighetsprövning

Reglerna för hur adoptionsbeslutet ska fattas beror på vilket land barnet kommer ifrån. Ett beslut om adoption som utfärdas i ett land som är anslutet till 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner gäller automatiskt i Sverige. Om barnet kommer från ett land där det inte meddelas något adoptionsbeslut ska adoptionen genomföras i svensk domstol. Detsamma gäller om adoptionsbeslutet i det andra landet inte har samma rättsverkningar som en svensk adoption.<sup>111</sup> Domstolen ska i sådana fall kontrollera att de formella kraven för adoptionen är uppfyllda. Därefter ska domstolen göra en bedömning av syftet med adoptionen och pröva om det är lämpligt att den äger rum. Adoptionen får medges endast om den är till fördel för barnet i det individuella fallet. Det måste finnas en särskild anledning till adoptionen med hänsyn till det personliga förhållandet mellan sökanden och barnet, så som att sökanden vill uppfostra barnet (FB 4 kap. 6 §).

---

<sup>110</sup> Adoption – Handbok för socialtjänsten, 2008, s. 90-93

<sup>111</sup> En adoption i svensk rätt innebär att barnet får samma rättsliga ställning i förhållande till sina adoptivföräldrar som ett biologiskt barn och att de juridiska banden mellan barnet och dess biologiska familj upphör.



## 6 Utländsk rätt

Det finns inte någon gemensam europeisk lagstiftning inom området assisterad befruktning. Frågan om en stat måste tillhandahålla olika former av assisterad befruktning har prövats av Europadomstolen i målet S.H. m.fl. mot Österrike (dom 03.11.2011). Domstolen fann att så länge det inte finns någon gemensam europeisk värdegrund i dessa frågor är varje konventionsstat fri att bestämma sin egen policy på området. Det innebär inte en kränkning av rättigheterna i artikel 8 i Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.

### 6.1 Likheter och skillnader mellan de nordiska länderna

De nordiska rättssystemen klassificeras ibland som en egen rättsfamilj på grund av en del gemensamma specifika drag. När det gäller regleringen av reproduktionsteknologi har det dock funnits tydliga skillnader i synsätt. Det finns ingen sammanhållen nordisk politik på området. Finland intog länge en liberal hållning styrd av läkarprofessionen mer än av politikerna, medan Norge och Sverige införde en striktare reglering. Danmark kan sägas ha haft en förhållandevis restriktiv reglering, vid sidan av en mer tillåtande praxis. Först under senare år har de nordiska ländernas lagstiftning börjat närma sig varandra och en viss synkronisering kunnat skönjas.

Assisterad befruktning i form av insemination och IVF är tillåtet i alla nordiska länder. Befruktningen kan ske med donerade spermier eller, vid IVF, med donerade ägg. Det är numera enbart Norge som inte tillåter äggdonation, medan Sverige har begränsat användningen till universitetssjukhus. Donation av befruktade ägg är än så länge bara tillåtet i Finland. Inom hela Norden är det den kvinna som föder barnet som blir barnets rättsliga moder. Surrogatmoderskap är för närvarande under utredning i Finland och Island.<sup>112</sup> En majoritet i Smer är för att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap Sverige.<sup>113</sup>

Lesbiska par har möjlighet att få assisterad befruktning på samma villkor som heterosexuella par i samtliga nordiska länder. En lagändring är på gång i Sverige om att även ensamstående kvinnor ska få tillgång till assisterad befruktning. Danmark och Finland tillåter redan behandling av ensamstående. Båda länderna har regler om faderskapsfastställelse som innebär att om mottagaren är en ensamstående kvinna har spermagivaren möjlighet att samtycka till att fastställas som barnets rättsliga far.<sup>114</sup>

---

<sup>112</sup> Smer 2013, s. 79-84

<sup>113</sup> A. a., s. 154

<sup>114</sup> A. a., s. 79-84

Rätt för barn som tillkommit genom assisterad befruktning att få tillgång till registrerade uppgifter om donatorn infördes i Norge år 2005 och i Finland 2007. Danmark, som är ett världens främsta exportländer av donatorsperma, är numera det enda av de nordiska länderna som har ett lagstadgat anonymitetsskydd för donatorer av ägg eller spermier. 2012 ändrades lagen så att ägg- och spermiedonatorer själva kan välja om de vill vara anonyma eller inte. Donatorn kan avtala om vilka upplysningar som barnet eller föräldrarna ska få tillgång till, samt hur och när detta i så fall ska ske. Om en spermiedonator väljer att donera sina könsceller till en bestämd person får han enligt huvudregeln ställning som barnets rättslige far. Detsamma gäller inte för äggdonatorer. Det är alltid den kvinna som föder barnet som blir barnets rättsliga mor.<sup>115</sup>

### 6.1.1 Norge

Norge var det första av de nordiska länderna som införde en samlad lagstiftning om assisterad befruktning.<sup>116</sup> Den norska lagstiftaren har utmärkt sig genom att inta en restriktiv hållning till reproduktionsteknologi. Det finns olika förklaringar till Norges begränsande lagstiftning, bland annat att det konservativa *Kristelig Folkeparti* under lång tid har haft en avgörande vågmästarroll i det norska parlamentet.<sup>117</sup>

Assisterad befruktning regleras i *Lov 2003-12-05 nr 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)* kapitel 2. Lesbiska par fick rätt till insemination på samma villkor som heterosexuella par den 1 januari 2009, samtidigt som *ekteskapsloven* ändrades så att homosexuella par jämställdes med heterosexuella par. Provrörsbefruktning erbjuds på både offentliga och privata sjukhus. År 2010 föddes ca 1 750 barn genom IVF – behandling, vilket utgör cirka tre procent av alla barn som föddes i Norge.<sup>118</sup> Äggdonation är inte tillåtet i Norge, men en lagändring diskuteras i dagsläget. En majoritet i *Bioteknologinemnda* är för ett slopande av förbudet. Nämnden yttrade i november 2011 att en viktig grund för ställningstagandet är att infertila män och kvinnor, respektive manliga och kvinnliga könsceller, bör värderas lika.<sup>119</sup>

Donatorer var anonyma i Norge fram till januari 2005. Alla spermiedonatorer registreras numera med namn och adress i ett centralt register. Den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade spermier har rätt att få information från registret vid 18 års ålder (2-7 § *bioteknologiloven*). Föräldrarna har, liksom i Sverige, ingen

---

<sup>115</sup> A. a., s. 79-84

<sup>116</sup> Lov 1991-04-07 nr 47.

<sup>117</sup> Nordiska ministerrådet 2006, s. 31

<sup>118</sup> <http://www.bion.no/temaer/assistert-befruktning> (2013-05-26)

<sup>119</sup> <http://www.bion.no/filarkiv/2011/11/Bioteknologinemndas-uttalelse-om-eggdonasjon.pdf> (2013-05-26)

skyldighet att berätta för barnet att det har kommit till genom givarinsemination.<sup>120</sup>

### Lämplighetsprövningen

Assisterad befruktning får ges till kvinnor som är gifta eller samboende med någon under äktenskapsliknande former (2-2 § *bioteknologloven*). Det krävs skriftligt samtycke från kvinnan och hennes partner inför varje enskild behandling. Paret bör få information om de medicinska och juridiska konsekvenserna av behandlingen. Informationen ska också innehålla uppgifter om adoption, som ett alternativ till assisterad befruktning (2-5 §). Läkaren som i sådana fall kommer att utföra behandlingen fattar beslut om huruvida ett par ska medges assisterad befruktning. Beslutet ska grundas på en medicinsk och psykosocial bedömning av paret och deras situation. Tonvikten ska ligga på parets föräldraförmåga och barnets bästa (2-6 §).

I förarbetena anges att vid bedömningen av om relationen uppfyller det lagstadgade kravet på stabilitet ska bland annat förhållandets varaktighet beaktas. 3-5 år har angetts som en allmän riktlinje. Det betonas att det dock inte ska tolkas som ett absolut krav. Vid den medicinska bedömningen ska hänsyn tas till kvinnans ålder, eftersom chansen till graviditet minskar med åldern. Kvinnan bör vara mellan 25 och 40 år, och mannens ålder bör ligga inom ett rimligt åldersspann i förhållande till hennes. Inte heller detta är menat som en absolut gräns.<sup>121</sup>

Läkaren ska också bedöma parets psykologiska och sociala förhållanden, vilket bland annat innefattar att bedöma om paret är mentalt lämpade att genomgå behandlingen, och om de kan ge barnet en god uppväxt. Syftet med bedömningen är i första hand att identifiera par som inte bör få behandling, eller som inte är ägnade att vara föräldrar. Läkaren bör överväga om det finns behov av att anlita andra specialister - till exempel psykolog, psykiater eller socialarbetare - för att få dokumentation som är relevant för bedömningen. Om det kan vara aktuellt att använda donatorsperma vid behandlingen, är det viktigt att läkaren försäkras om att paret är införstådda med att barnet en dag kan vilja ta reda på spermagivarens identitet.<sup>122</sup> *Helse-og omsorgsdepartementet* arbetar med att ta fram närmare riktlinjer för lämplighetsprövningen.

## 6.1.2 Danmark

Den första statliga utredningen om assisterad befruktning i Danmark kom år 1984. Det dröjde dock tretton år innan man hade enats om en samlad lagstiftning. År 1997 infördes *Lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v.*<sup>123</sup> Fram till dess pågick

<sup>120</sup> Nordiska ministerrådet 2006, s. 34-35

<sup>121</sup> Ot.prp.nr. 37 (1993-94), s. 48

<sup>122</sup> A.a. s. 49 ff.

<sup>123</sup> Lov nr. 460 af 10. Juni 1997.

verksamheten under relativt fria former. Ensamstående kvinnor och lesbiska par fick behandling på privata kliniker och det förekom arrangemang med surrogatmoderskap. Assisterad befruktning betraktades i allmänhet som ett område inom hälsa - och sjukvård. *Etiske Råds* har verkat för att betona de etiska aspekterna av verksamheten och det anses på senare tid ha skett en gradvis attitydförändring till dessa frågor.<sup>124</sup>

När lagen infördes var det bara heterosexuella par som tilläts behandling med assisterad befruktning. Den förhållandevis strikta regleringen följdes dock av en mer tillåtande praxis. På grund av en lucka i lagen kunde ensamstående kvinnor och lesbiska par fortsätta insemineras på privata kliniker i Danmark, förutsatt att behandlingen utfördes av barnmorskor. I januari 2007 ändrades lagen så att det blev tillåtet för ensamstående och lesbiska par att få tillgång till assisterad befruktning. Frågan om att ge ensamstående kvinnor tillgång till givarinsemination ska inte ha varit föremål för någon större debatt i Danmark, troligtvis för att det varit vanligt förekommit under lång tid.<sup>125</sup> Rent praktiskt blev skillnaden den att de kunde söka vård också inom den offentliga sjukvården och få den utförd av läkare. På privata kliniker erbjuds numera assisterad befruktning till patienter från de övriga nordiska länderna, vilket har lockat främst ensamstående kvinnor och lesbiska par.

Den övre åldersgränsen för infertilitetsbehandling av kvinnor är 45 år (2 kap. 6 a § Lov nr. 460). För mannen finns ingen åldersgräns. Om den ansvariga läkaren bedömer att det finns uppenbart tvivel rörande en kvinnas eller ett pars förmåga att ta hand om ett barn ska läkaren, med kvinnans eller parets samtycke, skicka ärendet vidare till statsförvaltningen med en begäran om att en särskild utredning ska ske. Om kvinnan eller paret vägrar ge sitt samtycke till detta ska läkaren vägra behandling. Statsförvaltningen gör en lämplighetsprövning och kan anlita sakkunniga vid bedömningen (2 kap. 6 a §).

### 6.1.3 Finland

I stark kontrast till Norge med sin tidiga och restriktiva lagstiftning står Finland, som fram till 2007 saknade en samlad lagstiftning kring assisterad befruktning. Försök att introducera en sådan hade pågått sedan 1980 – talet, men det fanns ett starkt motstånd från professionen mot en lagreglering. Ett av skälen var att en stelbent lagstiftning befarades stå i vägen för den medicinska utvecklingen. Det ansågs inte heller förekomma några exempel på missbruk. Olika metoder tillämpades relativt fritt, vilket även innefattade surrogatmoderskap. Kravet var att metoderna skulle stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Finland har lyfts fram som ett exempel på att självreglering kring assisterad befruktning kan fungera.<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Smer, 2013, s. 80-81, Nordiska Ministerrådet 2006, s. 62

<sup>125</sup> Singer, JT, s. 414

<sup>126</sup> Smer, 2013, s. 82, Nordiska Ministerrådet 2006, s. 72

Sedan den finska lagen om assisterad befruktning (22.12.2006/1237) infördes är surrogatmoderskap inte längre tillåtet i Finland. Frågan om att eventuellt tillåta surrogatmoderskap är för närvarande under utredning.<sup>127</sup> Behandling med assisterad befruktning får ges till par som är gifta eller samboende och till ensamstående kvinnor. Det anges ingen bestämd åldersgräns i den finska lagen eller i förarbetena för när en kvinna får genomgå behandling med assisterad befruktning. Innan 2007 års lag var rekommendationen 46 år.<sup>128</sup>

I 2 kap. 8 § framgår att om graviditeten på grund av ”kvinnans ålder eller hälsotillstånd kan medföra betydande fara för kvinnans eller barnets bästa” får assisterad befruktning inte utföras. Behandling får inte heller utföras om det är uppenbart att barnet inte kan garanteras en balanserad uppväxt eller om det finns anledning att anta att barnet kommer att adopteras bort. Det senare syftar främst på misstanke om att det finns ett surrogatavtal i bakgrunden. Det är läkaren som utför behandlingen som ansvarar för att förutsättningarna för behandling är uppfyllda, 2 kap. 11 §.

Tidigare var de flesta donatorer anonyma, utom i de fall där paret och donatorn känt varandra sedan tidigare. Sedan 2007 ska personuppgifter om donatorer av ägg och spermier införas i ett särskilt register. Den som har fötts genom assisterad befruktning har rätt att få veta donators identitet vid 18 års ålder. Vid spermiedonation till ett samkönat par eller till en ensamstående kvinna kan mannen välja att ge sitt samtycke till att fastställas som far till det barn som föds. I sådana fall har även barnets mor rätt att få veta givarens identitet. År 2009 tillkom cirka 4, 2 procent av alla nyfödda barn i Finland med hjälp av assisterad befruktning.<sup>129</sup>

## 6.2 Storbritannien

Det första barnet i världen som tillkom genom IVF föddes i Storbritannien år 1978. Assisterad befruktning regleras i *The Human Fertilisation and Embryology Act 1990*. Den utgör en av de mest tillåtande regleringarna inom Europa. Bland annat får ensamstående kvinnor genomgå IVF med donerade befruktade ägg. *Human Fertilisation and Embryology Authority*, HFEA, är ett organ som har till uppgift att utöva tillsyn, licensiera kliniker och utfärda föreskrifter och riktlinjer om hur bland annat barnets bästa ska tillgodoses i samband med assisterad befruktning. HFEA arbetar också för att motverka privata, icke-licensierade kliniker som erbjuder metoder som inte är tillåtna i landet.<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> <http://oikeusministerio.fi/sv/index/underarbete/lakihankkeet/henkilo-perhe-ja/sijaissyntyysjarjestelyt.html> (2013-05-26)

<sup>128</sup> SKL 2012, s. 26

<sup>129</sup> [http://www.thl.fi/sv\\_SE/web/sv/statistik/amne/reproduktiv\\_halsa/assisterad\\_befruktning](http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/statistik/amne/reproduktiv_halsa/assisterad_befruktning) (Hämtad 2013-05-25)

<sup>130</sup> Smer 2013, s. 84, <http://www.hfea.gov.uk/25.html> (2013-05-13)

Altruistiskt surrogatmoderskap<sup>131</sup> är tillåtet, dock bara för de egna medborgarna. HFEA utfärdar inga kompletterande regler kring metoden. Fertilitetskliniker får inte själva vara inblandade i förmedlingen av surrogatmödrar, utan detta sköts av privata organisationer och föreningar. Innan barnet är fött har de tilltänkta föräldrarna inga rättigheter ifråga om barnet, även om de är barnets genetiska föräldrar. De kan ansöka om att föräldrarättigheterna ska övergå till dem sex veckor efter att barnet har fötts. Först om de godkänns som föräldrar upphävs surrogatmoderns rättigheter ifråga om barnet.<sup>132</sup>

Det finns inget krav på parförhållande för att få tillgång till assisterad befruktning. Det anges dock i *Section 13(5) Human Fertilisation and Embryology Act 1990* att en kvinna inte får ges behandling med assisterad befruktning om inte hänsyn har tagit till det blivande barnets bästa (inklusive det barnets behov av gott föräldraskap), eller andra barn som kan bli påverkade av födseln. I bestämmelsens tidigare lydelse gällde kravet på lämplighetsprövning om den assisterade befruktningen skulle ske med könsceller som blivit donerade eller som varit nedfrysta. Det behövdes inte vid insemination inom ett parförhållande, förutsatt att spermier var färska. Istället för gott föräldraskap (*supporting parenting*) talades det om behov av en fadersfigur.

### Lämplighetsprövningen

HFEA har utfärdat riktlinjer i sin *Code of practice* för hur licensierade kliniker ska uppfylla sin förpliktelse enligt *Section 13 (5) Human Fertilisation and Embryology Act 1990*.<sup>133</sup> Kliniken ska ha dokumenterade rutiner för lämplighetsprövningen (*The welfare of the child assessment process*) (8.2). Prövningen går ut på att bedöma både patienten, och dennes partner (om de har någon) för att avgöra om det föreligger någon betydande risk för skada eller försummelse vad gäller barnet som kan födas genom behandlingen, eller något annat barn som kan bli påverkat av födseln (8.3). Om det är fråga om ett arrangemang med surrogatmoderskap bör även förmedlarna, surrogatmodern (och hennes partner, om hon har någon) inkluderas i bedömningen (8.4). Kliniken bör bedöma risken för att avtalet hävs och vilka följder det skulle kunna få för barnet som föds. Om surrogatmodern har barn ska även riskerna för det barnet beaktas vid bedömningen (8.12).

Gott föräldraskap definieras som ett engagemang i barnets hälsa, välmående och utveckling. Alla presumtiva föräldrar förmodas bli goda föräldrar, i avsaknad av skälig anledning att befara att ett barn som skulle födas, eller något annat barn, riskerar att utsättas för betydande skada eller försummelse. Om kliniken har betänkligheter kring om detta engagemang finns, kan de välja att beakta andra familjemedlemmar och sociala nätverk som barnet kommer att växa upp i. (8.11)

---

<sup>131</sup> Det innebär att det inte får finnas ekonomiska vinstsyften bakom överenskommelsen.

<sup>132</sup> Smer, 2013, s. 84

<sup>133</sup> <http://www.hfea.gov.uk/5473.html> (2013-05-17)

Kliniken bör informera sig om patientens (eller parets) medicinska och sociala förhållanden. Om lämpligt, ska samtalen föras med var och en för sig (8.9). Faktorer som ska beaktas vid bedömningen är bland annat omständigheter som talar för att barnet, eller barnen, kan utsättas för allvarlig fysisk eller psykisk skada eller vanvård (såsom tidigare domar om barnmisshandel); omständigheter som sannolikt kan medföra en oförmåga att ta hand om det blivande barnet under uppväxten eller som redan försämrar vården av ett existerande barn (exempelvis mentala eller fysiska funktionshinder) samt missbruk och medicinsk bakgrund som indikerar att barnet sannolikt skulle födas med något allvarligt sjukdomstillstånd (8.10). Bedömningen ska ske på ett icke – diskriminerande sätt. Särskilt får ingen diskrimineras på grund av kön, etnisk tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, religiös övertygelse eller ålder (8.7).

Prövningen bör göras om ifall kliniken och patienten inte har haft någon kontakt på två år, om patienten har fått barn eller en ny partner sedan den förra bedömningen, eller om kliniken har någon anledning att tro att patientens medicinska eller sociala förhållanden har förändrats (8.6). Kliniken bör inhämta ett samtycke från patienten till att kontakta personer, företag eller myndigheter för sakuppgifter som behövs för vidare utredning om det framkommer uppgifter från patienten (eller partnern) som antyder en risk för betydande skada eller försummelse av något barn, eller om de inte har tillhandahållit den information som har begärts, alternativt om informationen är motsägelsefull eller framstår som vilseledande (8.13).

Kliniken bör vägra behandling om de bedömer att det föreligger en risk för att barnet som skulle födas, eller barn som redan finns i familjen, skulle utsättas för skada eller försummelse. Behandling bör inte heller medges om kliniken inte kan få tillgång till den information som behövs för att utesluta en sådan risk (8.15). Vid ett beslut om avslag ska kliniken ta hänsyn till synpunkter från all personal som har varit involverade samt ge de sökande möjlighet att bemöta grunderna för beslutet innan kliniken fattar sitt slutliga beslut (8.16). Kliniken ska i skriftlig form förklara skälen till att behandling vägras, om det finns några omständigheter som skulle få dem att ompröva sitt beslut, om det finns några alternativa lösningar samt om möjligheter att få stödsamtal (8.17).

I slutet av 2012 höjdes åldersgränsen för kvinnor som söker assisterad befruktning från 39 år till 42 år i riktlinjerna för assisterad befruktning. Numera får kvinnor som är upp till 39 år tre IVF – försök. Från 40 till 42 år erbjuds ett IVF – försök. Åldersgränserna och antalet försök som erbjuds bygger på kostnadseffektivitetsanalyser, presenterade av *The National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE. Lesbiska kvinnor samt kvinnor som lider av medicinska svårigheter erbjuds insemination innan IVF – försök. Som huvudregel bör bara ett befruktat ägg återföras. Två

befruktade ägg får bara användas om kvinnan är 40 – 42 år eller om hon sedan tidigare har genomgått IVF – försök utan resultat.<sup>134</sup>

### *Donatorn*

Efter en lagändring år 2005 registreras alla donatorer. De som har donerat spermier eller ägg före år 2005 har möjlighet att få anonymiteten upphävd om de vill. Det är möjligt för par som får assisterad befruktning att välja en känd donator. Barnet har rätt att få tillgång till uppgifter om sitt genetiska ursprung vid 18 års ålder. Om en ensamstående kvinna föder ett barn efter IVF - behandling är det mer osäkert vem som blir barnets rättsliga far. Det är tillåtet att använda spermier och befruktade ägg från avlidna personer om vissa villkor är uppfyllda, bland annat att donatorn har gett sitt samtycke till att så sker.<sup>135</sup>

## 6.3 Gränsöverskridande vård

Det finns stora skillnader mellan olika länders reglering vad gäller behandling av ofrivillig barnlöshet. Vilka metoder som tillåts och villkoren för att få behandling kan ha avgörande betydelse för människors möjligheter att bli föräldrar. En restriktiv lagstiftning eller begränsad tillgänglighet i det egna hemlandet hindrar dock inte människor från att söka vård i andra länder. I dessa sammanhang brukar man tala om gränsöverskridande vård eller medicinsk turism. Tillgängligheten har underlättats avsevärt av internet. Flera fertilitetskliniker marknadsför numera sina tjänster till människor i andra länder på en rad olika språk, bland annat svenska.

Det finns ingen tillförlitlig statistik kring fertilitetsresor över gränserna. Även om det förs statistik i de länder där ingreppen utförs, finns det ingen datainsamling av från vilket land de ofrivilligt barnlösa personerna kommer. En fertilitetsklinik i Danmark, Storkliniken, har uppgett att antalet ensamstående kvinnor från Sverige som sökte behandling hos dem hade ökat från 388 år 2006 till 712 år 2010.<sup>136</sup> Smer återger i sin rapport vissa siffror från en studie utförd av *European Society of Human Reproduction and Embryology*, ESHRE. Eftersom underlaget är så bristfälligt ska de tolkas mer som en fingervisning än som statistik. Minst 11 000 – 14 000 barnlösa per år antas söka behandling i ett annat EU-land än det egna. Av svenskarna reste 92 % till Danmark och 43 % av dem var ensamstående kvinnor. En annan stor andel bestod av homosexuella par.

Det vanligaste skälet till att man sökte assisterad befruktning utomlands var på grund av legala hinder i hemlandet, såsom krav på parförhållande och en partner av motsatt kön. Personer från Sverige och Norge uppgav också att de föredrog att få behandlingen utförd i ett land med anonyma donatorer.

---

<sup>134</sup> SKL 2012, s. 20

<sup>135</sup> Smer 2013, s. 84

<sup>136</sup> Smer 2013, s. 212-213



Andra skäl som uppgavs av de tillfrågade i undersökningen var tillgänglighet och kvalitet på vården.<sup>137</sup> Väntetiden till att få behandling kan vara betydligt kortare i vissa länder än i andra. För äldre kvinnor är möjligheterna att uppnå graviditet med hjälp av assisterad befruktning i Sverige begränsade, på grund av att äggdonation bara är tillåtet på universitetssjukhus och landstingens låga åldersgränser.

Assisterad befruktning som har utförts utomlands kan ge upphov till juridiska spörsmål i det egna hemlandet. Barnets möjligheter att få kännedom om sitt genetiska ursprung blir då beroende av vilka regler som gäller i landet där behandlingen utfördes. Detta var ett av skälen som framfördes för att tillåta assisterad befruktning för ensamstående i Sverige. På samma sätt har vikten av att säkerställa barnets familjerättsliga ställning kommit att utgöra ett argument för att tillåta surrogatmoderskap i svensk rätt. Det kan i nuläget vara komplicerat att fastställa rättsligt föräldraskap för barn som har tillkommit genom surrogatmoderskap i andra länder.<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> A.a., s. 87-88

<sup>138</sup> Se bet. 2011/12: SoU26.

# 7 Analys

## 7.1 Villkor för att få tillgång till assisterad befruktning

Den inledande frågeställningen för uppsatsen var vad som krävs för att anses lämpad för behandling med assisterad befruktning. Gällande bestämmelser redogörs för i kapitel 4. Sammanfattningsvis sker en första utgallring genom de begränsningar som lagstiftaren har infört ifråga om vilka som överhuvudtaget kan komma ifråga för assisterad befruktning. Den som ska motta behandlingen och föda barnet måste vara en kvinna. Man skulle också kunna säga att den enda vägen för en man att bli förälder genom assisterad befruktning går via ett parförhållande med denna kvinna. För homosexuella män finns ingen tillåten metod för behandling av ofrivillig barnlöshet, varken i Sverige eller i något av de andra nordiska länderna.

Det finns ett riksdagsbeslut om att ensamstående kvinnor ska få tillgång till assisterad befruktning, men som lagstiftningen ser ut i nuläget måste kvinnan ha en partner. Om det är en man eller en kvinna spelar ingen roll. De måste vara gifta eller samboende (eventuellt registrerade partners sedan tidigare). Vidare ska de vara överens om att de vill ha barn och tänker utöva föräldraskapet tillsammans.

Paret måste först genomgå en medicinsk bedömning. En läkare undersöker paret och deras förutsättningar att uppnå graviditet genom assisterad befruktning och i så fall vilken metod som är lämplig. Assisterad befruktning är avsedd som behandling för barnlösa människor och inte för par med rimliga möjligheter att skaffa barn genom samlag. Kvinnan som ska föda barnet får lämna tester för att kontrollera att hon inte bär på några smittämnen eller sjukdomar som kan överföras på barnet. Om befruktningen är tänkt att ske med spermier från hennes man ska han genomgå liknande tester. Läkaren bedömer om det är lämpligt att en behandling äger rum, med hänsyn till kvinnans och barnets säkerhet. Här slutar prövningen för de par som har utsikter att uppnå graviditet med användning av egna ägg och spermier.

Det gör den också för de par där infertiliteten beror på både kvinnan och mannen, eftersom donerade ägg och donerade spermier inte får kombineras enligt svensk lag. Någon i paret måste vara fertil för att de ska kunna få barn genom assisterad befruktning. Om ofruktsamheten beror på något annat hos kvinnan, såsom avsaknad av livmoder, kan assisterad befruktning inte heller lösa problemet eftersom hon då inte är hjälpt av äggdonation. Om det handlar om två kvinnor och båda är beroende av äggdonation för att behandlingen ska ha utsikter att lyckas är assisterad befruktning inte ett

alternativ, eftersom någon i paret måste kunna bidra med könsceller vid befruktningen.

### **Den särskilda prövningen**

Om läkaren kommer fram till att den assisterade befruktningen - insemination eller IVF – bör ske med donerade celler tar en särskild prövning vid. Utöver den medicinska bedömningen ska även parets psykologiska och sociala förhållanden prövas. En faktor som enligt Socialstyrelsen bör vägas in vid bedömningen är ålder. Gränsen tycks gå någonstans mellan 25 – 43 år för kvinnan som ska genomgå behandlingen. Beroende på reglerna i hennes hemlandsting kan den övre gränsen vara så låg som 37 år. För hennes partner är den övre åldergränsen högre, runt 55 år. Skillnaden beror på att denna åldersgräns är satt efter personens förväntade föräldraförmåga, medan den förra är satt efter kvinnans utsikter att bli gravid genom assisterad befruktning (eller efter landstingets resurser).

Eftersom äggkvaliteten hos kvinnor generellt avtar redan i 30 – 40 års ålder och det finns begränsade möjligheter att få tillgång till äggdonation i Sverige har äldre kvinnor små möjligheter att få barn genom assisterad befruktning här. I förarbetena finns stöd för att kvinnor som passerat 40 år inte bör få behandling med assisterad befruktning. Äggdonation var avsedd som befruktningsmetod för kvinnor i fertil ålder och skulle uttryckligen inte användas för att hjälpa äldre kvinnor att bli föräldrar. Socialstyrelsen ger inte längre några anvisningar om hur åldern ska bedömas, mer än att den ska beaktas i förhållande till parets föräldraförmåga under barnets hela uppväxt. Det är oklart vilken betydelse som ska tillmätas de tidigare förarbetsuttalanden i dag.

## **7.2 Överväganden och principer bakom lagstiftningen**

I detta avsnitt redogörs för de etiska överväganden, utgångspunkter och principer som legat till grund för lagstiftningen. Vid framväxten av den svenska regleringen av assisterad befruktning framträder framför allt tre parallella intressen som har påverkat lagstiftningen. För det första intresset av att tillgodose barnets bästa. Det har varit den uttalade ledstjärnan för lagstiftningsarbetet sedan området lagreglerades. För det andra intresset av att slå vakt om vissa etiska värden som har med naturlighet och människosyn att göra. För det tredje intresset av att hjälpa de människor som lider av ofrivillig barnlöshet. Betoningen av respektive intresse har dock varierat över tid.

Lagstiftarens utgångspunkt då området först lagreglerades var att verksamheten med assisterad befruktning skulle tillåtas enbart om, och i den utsträckning som, det kunde antas att barnen som tillkom på detta sätt skulle växa upp under goda förhållanden. En annan utgångspunkt var att all

assisterad befruktning utgör manipulation av livsprocesserna. Vid bedömningen av vilka metoder som skulle tillåtas i svensk rätt och på vilka villkor, skulle också avgöras vilken teknik som i sig kunde anses ligga inom ramen för vad som var etiskt godtagbart.

### **Människosynen**

Avsikten att begränsa manipulationen med livsprocesserna hänger ihop med en oro för att tillåta metoder som kan skada en humanistisk människosyn, i betydelsen att varje människa anses ha ett inneboende värde. Det har bland annat talats om risker för en ”teknifierad” människosyn och att människor, eller könsceller, kan ses som medicinska objekt eller medel för att tillgodose de barnlösa människornas intressen. Det har också uttryckts oro för vad tekniken kan komma att innebära för framtiden i form av möjligheter att godtyckligt selektera arvsceller.

Eftersom insemination är en enkel procedur som kan utföras utan hjälp av läkarexpertis och som till sin form ligger nära det naturliga samlaget, aktualiserades diskussionen kring vad som är ett otillbörligt manipulerande med livsprocesserna först vid utredningen av befruktning utanför kroppen. Det berodde inte enbart på att den metoden är tekniskt mer komplicerad. I förarbetena går att utläsa en strävan efter att metoden även i övrigt skulle ligga så nära det naturliga som möjligt, det vill säga med en kvinna i fertil ålder som föder sin makes eller samboende mans barn. Graden av manipulation bedömdes i förhållande till avståndet från den naturliga livsprocessen. Det handlade till stor del om betydelsen av genetiskt samband mellan barn och föräldrar.

### **Barnets bästa**

Betydelsen av genetiskt samband har gjort att det hittills har varit assisterad befruktning med donerade celler som har bedömts som mest problematiskt.<sup>139</sup> Det gäller också i förhållande till frågan om barnets bästa. Barn som föds med hjälp av donerade könsceller har ofta blivit jämförda med adoptivbarn. I brist på forskning kring barn som kommit till genom assisterad befruktning har det till stor del varit studier och vetenskap inom psykologin beträffande adoptivbarn som legat till grund för lagstiftarens resonemang kring vad som kan anses vara barnets bästa. Socialnämndens medgivandeutredning inför beslut om adoption inspirerade till införandet av en särskild lämplighetsprövning vid assisterad befruktning med donerade celler. Vidare hänvisades till forskning om adopterade för att påvisa att barn har behov av kunskap om sitt ursprung, liksom att barn inte har behov av föräldrar som är av olika kön.

I senare förarbeten hänvisas också till Sveriges skyldigheter enligt barnkonventionen. Det innebär bland annat att barnets bästa ska beaktas och väga tungt vid alla beslut och åtgärder som rör barn. Barnets rätt till

---

<sup>139</sup> Det kommer förmodligen att förändras om surrogatmoderskap blir aktuellt som metod för assisterad befruktning i Sverige.

ursprung har blivit flitigt omskriven och beskrivs som grundläggande i svensk rätt, såväl i förarbeten och doktrin, som i rättsfall. Barnets rätt till liv och utveckling medför bland annat ett ansvar att så långt möjligt identifiera risker för barnet i samband med mödravård och förlossning.

En utgångspunkt är att barn som föds med hjälp av assisterad befruktning inte ska utsättas för större risker än andra barn. Med hänsyn till detta har det ibland förmanats om att tillämpa en försiktighetsprincip vid utformningen av lagstiftningen, vilket innebär att alla risker nog ska övervägas innan förändringar införs.

### **De ofrivilligt barnlösa**

När Smer började påverka utformningen av lagstiftningen under senare hälften av 90 – talet talades det för första gången om de ofrivilligt barnlösa situation som ett eget och beaktansvärt intresse. Utgångspunkten var att det inte är någon mänsklig rättighet att föda barn. Godhetsprincipen, självbestämmandeprincipen och principen om att minska lidande talade dock för att assisterad befruktning kunde vara etiskt godtagbart under vissa former. Rättvisepincipen talade för att de barnlösa paren inte skulle behandlas sinsemellan olika beroende av orsakerna till deras barnlöshet. De barnlösa situation kom att bli det intresse mot vilket de invändningar som kunde göras, särskilt med hänsyn till barnet, skulle vägas. Riksdagsåret 1996/1997 fattades ett beslut om att klassificera ofrivillig barnlöshet som en sjukdom. Ofrivillig barnlösa placerades i prioriteringsgrupp III, för vård av mindre akuta och kroniska sjukdomar.<sup>140</sup>

## **7.3 Kraven för att få adoptera - skillnader**

Barnets bästa har förklarats som den överordnade och vägledande principen för lagstiftningen kring både adoptionsverksamhet och assisterad befruktning. Det har också funnits en uttalad avsikt att så långt möjligt tillförsäkra barnen ifråga lämpliga föräldrar och en god uppväxt. Ändå skiljer sig kraven för att få tillgång till assisterad befruktning i flera avseenden från kraven för att få adoptera. I detta avsnitt diskuteras dessa skillnader och vad de kan bero på.

### **Ensamstående**

Ensamstående har haft möjlighet att adoptera sedan adoptionsinstitutet infördes, men än så länge har ensamstående inte haft tillgång till insemination. Någon förklaring till denna skillnad finns inte i förarbetena. När reglerna om assisterad befruktning infördes antogs barn ha behov av två föräldrar, i form av en kvinna och en man som levde tillsammans. Samhället skulle inte medverka till att barnet fick en annan start i livet, sades det. Det ansågs också att assisterad befruktning enbart skulle fungera som en

---

<sup>140</sup> Ds. 2004: 19, s. 75

ersättning för samlag mellan en man och en kvinna som levde tillsammans - vad som betraktades som det naturliga och därmed önskvärda sättet att skaffa barn på.<sup>141</sup>

I Adoptionshandboken uttrycks det en oro för att en ensamståendes motiv för adoption kan vara att barnet ensamt ska fylla den sökandes behov av närhet och det rekommenderas att utredaren noga utreder personens sociala nätverk och förmåga till nära relationer. Enligt Singer framgår det dock ingen skepsis i förarbeten eller praxis mot lämpligheten av att en ensam person adopterar utan då är det i allmänhet andra omständigheter, exempelvis ålder, som uppmärksammas.<sup>142</sup> Singer beskriver det som att reglerna om adoption när de infördes var helt inriktade på att ”ge” barn föräldrar och att tillgodoseendet av adoptivföräldrarnas önskan att ”få” barn mest betraktades som en positiv sidoeffekt. Viljan att ta hand om barnet utgjorde också en förutsättning för att barnet skulle komma att få goda uppväxtförhållanden.<sup>143</sup>

En orsak till skillnaden i bedömning kan vara att det har ansetts som mera angeläget att medverka till att ett föräldralöst barn får föräldrar, än att medverka till att ett barn blir till. Denna principiella skillnad framhölls i förarbetena, vid bedömningen av om homosexuella inte bara skulle få adoptera, utan även få tillgång till assisterad befruktning. Kommittén menade att när samhället tillåter att ett barn blir till på artificiell väg, har samhället ett *särskilt* stort ansvar för att barnet kommer att växa upp under bästa tänkbara förhållanden.<sup>144</sup>

## Samboende

Ett annat exempel är att samboende par har möjlighet att skaffa barn tillsammans genom assisterad befruktning, men inte genom adoption. Inseminationsutredningen uppmärksammade detta vid utformningen av lagen. Adoptionslagstiftningen ansågs i det avseendet inte ligga i linje med den moderna familjerätten, som garanterar barn samma rättigheter oberoende av föräldrarnas civilstånd. Utredningen poängterade att lagen borde följa samhällsutvecklingen, genom att inte särbehandla par på grund av deras samlevnadsform.<sup>145</sup>

Av någon anledning kvarstår dock regeln om att ogifta sambor inte kan adoptera gemensamt. Det kan enligt Singer hänga ihop med andra länders krav för förmedling av adoptivbarn och att samboende som samlevnadsform inte betraktas på samma sätt som i Sverige. I många länder ses äktenskapet i högre grad som en garanti för en god och stabil relation.<sup>146</sup>

---

<sup>141</sup> Jmf prop. 1984/85: 2 s. 10

<sup>142</sup> Singer, 2000, s. 320

<sup>143</sup> Singer, 2000, s. 300-301

<sup>144</sup> SOU 2001: 10, s. 21-22

<sup>145</sup> SOU 1983: 42, s. 68-69

<sup>146</sup> Singer, 2000, s. 260-261

## **Ålder**

För adoption finns en lagfäst nedre åldersgräns på 25 år. Det finns inte för assisterad befruktning. Åldern ska dock beaktas innan behandling med donerade könsceller. Det sägs i förarbetena att det vid avsaknad av speciella skäl torde krävas att båda parter ska ha fyllt 25 år.

Det finns ingen övre åldersgräns vid adoption. Åldern har dock betydelse vid utredningen av den sökandes föräldraförmåga och kan även beaktas vid domstolens lämplighetsprövning. Riktlinjen är att personen inte ska vara äldre än 42 år vid ansökan till socialnämnden, vilket i praktiken betyder att personen kan vara runt 45 år vid adoptionen.

Vid assisterad befruktning med parets egna könsceller tillmäts ålder ingen egen betydelse i lagstiftningen. Läkaren ska dock göra bedömningen att det ur ett medicinskt perspektiv är lämpligt att kvinnan genomgår en graviditet, med hänsyn till barnets och hennes egen säkerhet. Om befruktningen ska involvera användning av donerade celler bör åldern bedömas i förhållande till personens möjlighet och förmåga att fungera som förälder under barnets hela uppväxt. Landstingens åldersgränser på omkring 37-42 år för kvinnan som ska genomgå behandling och runt 55 år för den andra föräldern hade tidigare stöd i Socialstyrelsens rekommendationer, som gjorde skillnad på män och kvinnor. Kvinnans åldersgräns kopplades till den ålder då fertiliteten hos kvinnor i allmänhet avtar, motiverat dels av medicinska risker och dels av etiska överväganden. Mannens åldersgräns hängde ihop med hans förväntade förmåga att ta hand om barnet under hela uppväxten, vilket resulterade i en praxis på runt 55 år.

Det är mer eller mindre 10 år högre än åldersgränsen för adoption, trots att den också är kopplad till den förväntade föräldraförmågan. Skillnaden berodde möjligtvis på att mannen skulle dela föräldraansvaret med en kvinna i fertil ålder. Det sägs i SOU 2009:61 (om adoption) att det kan finnas utrymme för en mer flexibel åldersbedömning om bara den ena maken överskrider den övre åldersgränsen. Båda makarna ska dock var och en för sig ha förmågan att tillgodose barnets behov under uppväxten.<sup>147</sup>

## **Lämplighetsprövningen**

Även lämplighetsprövningen på de två områdena ser olika ut. Den mest uppenbara skillnaden är att socialnämndens utredning inför en adoption är betydligt mer grundlig och omfattande. Adoptionen involverar också normalt flera instanser, såsom svensk domstol och myndigheter eller organisationer i andra länder som kan ha ytterligare krav för att godkänna adoptionen. Den särskilda prövningen som ska företas innan assisterad befruktning utförs på ett sjukhus genom ett eller flera samtal med den ansvariga läkaren och gärna en beteendevetenskaplig expert.

---

<sup>147</sup> Enligt uttalande i Smer 1995 har det dock funnits en tendens att sätta åldersgränsen någonstans strax över 40 år för kvinnor och över 50 år för män, även vid adoption.

Sörgjerd förklarar denna skillnad med att adoption avser ett barn som redan finns och att adoptivbarn kan ha särskilda behov på grund av svåra upplevelser tidigare i livet.<sup>148</sup> Det faktum att adoption avser redan födda barn i behov av föräldrar tycks alltså kunna anföras som skäl för såväl strängare som lägre krav på de tilltänkta föräldrarna. Det är också tänkbart att det hade en viss praktisk betydelse att prövningen överläts på sjukhusen istället för socialtjänsten, så som inseminationsutredningen föreslog. Den liberala inställningen till assisterad befruktning i Finland har förklarats med att det länge var professionen och inte politikerna som satte gränserna. Det gjorde att assisterad befruktning betraktades som ett medicinskt ingrepp, snarare än ett offentligträttsligt ingripande i livets mysterier och ett barns livsförutsättningar.

### **Samhällets ansvar**

Människor som vill skaffa barn genom adoption eller assisterad befruktning blir föremål för krav och utredningar som människor som skaffar barn genom samlag inte blir. Det brukar motiveras med att samhällets medverkan medför ett särskilt ansvar för barnet ifråga och i viss mån även övriga inblandande som kan tänkas påverkas av åtgärden. Barnets bästa ska vara utgångspunkten då samhället vidtar åtgärder för att hjälpa människor att bli föräldrar. Ett annat sätt att se det på är förstås att det är då som det är praktiskt möjligt att påverka vilka som blir föräldrar. Det har dock blivit allt vanligare att människor som nekas behandling i Sverige skaffar barn genom assisterad befruktning i andra länder.

I vilket fall som helst kan det tyckas motsägelsefullt att samhället bara tar ansvar för att föräldrarna ska vara lämpliga och ha förutsättningar att ge barnet en god uppväxt då den assisterade befruktningen utförs med donerade könsceller. Om befruktningen sker med parets egna ägg och spermier genomförs endast en medicinsk bedömning för att trygga kvinnans och barnets säkerhet, trots att samhället medverkar till att skapa liv då med. Det principiellt diskutabla i att särbehandla par efter om befruktningen utförs med donerade celler eller inte, har på senare tid uppmärksammats från flera håll.<sup>149</sup>

Inseminationsutredningen som argumenterade för att ett annorlunda synsätt skulle anläggas på assisterad befruktning med donerade spermier utgick ifrån att det inte spelade någon roll för barnet om spermier infördes i modern på naturlig eller konstlad väg. Insemination mellan makar betraktades som en enkel gynekologisk åtgärd. Den särskiljande faktorn ifråga om givarinsemination var att barnet då skulle komma att sakna genetiskt band med fadern. Det var detta faktum som lades till grund för jämförelsen med adoption och den vidhängande lämplighetsutredningen.

Risken för att avsaknaden av genetiskt band skulle ge upphov till problem var det som präglade de allmänna råden kring lämplighetsprövningen i

---

<sup>148</sup> Sörgjerd, 2012, s. 696

<sup>149</sup> Smer, 2013, s. 219-222; Sörgjerd, 2012; Singer, JT 2009-10



tidigare SOSFS. Rekommendationerna byggde till stor del på de resonemang som fördes kring detta i förarbetena.<sup>150</sup> Singer skriver att en motsvarande oro inte går att återfinna i samband med att adoptionsreglerna har behandlats. Inte heller farhågorna beträffande den ojämlikhet som uppstår mellan föräldrarna i förhållande till barnet, har framförts vid utformningen av reglerna om styvbarnsadoption.<sup>151</sup>

Sammanfattningsvis kan konstateras att assisterad befruktning involverar medicinska aspekter som inte adoption gör. Reproduktionsteknologi har också för många människor en etisk dimension med existentiella övertoner som handlar om naturlighet och människosyn. Det har till viss del påverkat bedömningen av vem som anses lämplig att bli förälder på det ena eller andra sättet, men framför allt har det påverkat argumentationen bakom .

Betoningen av de risker som avsaknaden av ett genetiskt samband mellan barn och förälder kan innebära har tonats ned på senaste tiden, såväl i förarbetena som i Socialstyrelsens allmänna råd. Smer har i sin rapport från 2013 öppet tagit avstånd från sin tidigare inställning (1995) och fastslagit att de anser att det är det sociala bandet mellan barn och föräldrar som är avgörande. På det sättet har synen på vem som är lämplig att bli förälder genom assisterad befruktning närmast sig synsättet på den som är lämplig att bli förälder genom adoption.

## 7.4 Barnets bästa och andra intressen

### Vad är barnets bästa?

För att kunna besvara frågan hur barnets bästa tillgodoses genom den gällande regleringen måste det finnas en definition av barnets bästa att utgå ifrån. Vilka särskilda behov och intressen har barn som föds med hjälp av assisterad befruktning? Ett genomgående problem för de utredningar som har arbetat med lagstiftningen kring assisterad befruktning har varit att det inte har funnits någon nämnvärd beprövad erfarenhet att utgå ifrån och ett ofött barn kan inte göra sin röst hörd. I Smer: s senaste rapport hänvisas kort till undersökningar som visar på en god social och psykisk utveckling hos barn som kommit till genom assisterad befruktning, även med donerade celler. Det påpekas att det än så länge saknas långtidsuppföljningar av äldre barn.<sup>152</sup>

Man kan dock utgå från de behov som alla barn anses ha och som anges som rättigheter i barnkonventionen, bland annat om barnets rätt till liv och utveckling och rätt till kunskap om sitt ursprung. Det har funnits ett tydligt barnperspektiv vid lagstiftningsarbetet avseende assisterad befruktning i

---

<sup>150</sup> Jmf SOU 1983:42 s. 88, prop. 1984/85:2 s. 11-12 och 23 ff. SOSFS 2002:13 s. 14 ff samt avsnitt 2.2.3.

<sup>151</sup> Singer, 2000 s. 324-325

<sup>152</sup> Smer, 2013, s. 131-132

Sverige. Lagstiftningen har till största delen utformats med hänvisning till vad som kan antas vara barnets bästa. Användningen av assisterad befruktning, med undantag för makeinsemination, begränsades till offentligt finansierade sjukhus samt kliniker som har fått Socialstyrelsens tillstånd, bland annat för att konsekvenserna för barnen skulle kunna följas upp och utvärderas. Nedan redogörs för andra bestämmelser som har införts i syfte att tillgodose barnets bästa i samband med assisterad befruktning.

### *Medicinska risker*

En utredning av de medicinska aspekterna av assisterad befruktning faller utanför den här uppsatsens syfte, men kort kan sägas att en central fråga i diskussioner om assisterad befruktning har varit om tekniken i sig innebär några risker för barnet och barnets hälsa. Insemination anses inte medföra några speciella risker. Provrörbefruktning förknippas med vissa mindre risker, främst i samband med att fler ägg än ett återförs i kvinnan, vilket ökar risken för flerbarnsgraviditeter. Därför infördes en regel 1993 om att som huvudregel ska bara ett ägg återföras.<sup>153</sup>

Risken för graviditetskomplikationer, både för kvinnan själv och för barnet, ökar med kvinnans ålder. När kvinnan passerat 50 år talas det om högriskgraviditeter. Den svenska regleringen är dock utformad så att äldre kvinnor har begränsade möjligheter att få barn genom assisterad befruktning.

Läkaren som utför och ansvarar för behandlingen ska alltid göra en medicinsk bedömning av de involverade parterna för att bedöma om en behandling och graviditet är lämplig, med hänsyn till barnets och kvinnans säkerhet. Kraven på säkerhet avseende risken för att mannen kan komma att överföra någon smitta eller sjukdom är något lägre om befruktningen ska ske med spermier från kvinnans make eller sambo, än om spermier kommer från en donator.<sup>154</sup>

### *Två lämpliga föräldrar varav den ena är biologisk mor*

Kravet för att få tillgång till assisterad befruktning är än så länge att det ska finnas två personer som samtycker till att gemensamt ta på sig ansvaret som barnets framtida föräldrar. Den ena av dessa ska vara den kvinna som kommer att föda barnet. Reglerna om fastställande av föräldraskap har stor betydelse för barnet eftersom de innebär att någon får ansvar för honom eller henne, både socialt och rättsligt. Om barnet inte tillkommer genom parets egna könsceller utförs också en särskild prövning av parets möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt. Behandlingen får bara utföras om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

### *Delvis bevarat, samt information om, genetiskt ursprung*

---

<sup>153</sup> Smer, 2013, s. 58-59

<sup>154</sup> Se avsnitt 4.2.2

Avsaknaden av genetiskt släktskap med den ena, eller båda, föräldrarna är det som skiljer barn som kommer till genom assisterad befruktning från andra barn, som antas veta vilka deras genetiska föräldrar är. Förutsatt att barnet upplever detta som en belastning kan antas att det ligger i barnets intresse att ha ett genetiskt samband med åtminstone en av föräldrarna. Det intresset tillgodoses genom bestämmelsen i 7 kap. 3 § LGI om att vid befruktningen måste antingen ägg eller spermier komma från någon av föräldrarna.

Om barnet vill och har uppnått tillräcklig mognad har han eller hon rätt att ta del av annars sekretessbelagda uppgifter som ska antecknas om givaren i en särskild journal på sjukhuset där den assisterade befruktningen har utförts. Denna bestämmelse infördes för att tillgodose barns bästa i samband med assisterad befruktning och tillmäts stor betydelse i svensk rätt.

Barnets rätt till kunskap om sitt genetiska ursprung förutsätter dock att föräldrarna berättar för barnet om dess tillkomstsätt. Det finns ingen lagfäst upplysningsplikt för föräldrarna, men Socialstyrelsen rekommenderar att parets inställning till att vara öppna och ärliga mot barnet ska beaktas vid bedömningen av om det är lämpligt att de får möjlighet att skaffa barn genom assisterad befruktning. Detta ska för lagstiftaren inte bara ha ett instrumentellt värde, utan också vittna om parets lämplighet som föräldrar i fråga om vilja och förmåga att ha en ärlig och öppen relation med barnet.

## **Andra intressen**

### *Viljan att bli förälder*

Som beskrivits i avsnitt 7.2 kan skönjas ytterligare två intressen bakom lagstiftningens framväxt. Syftet med assisterad befruktning är att hjälpa ofrivilligt barnlösa att få barn. Till skillnad från vid internationella adoptioner finns det inget motsvarande behov hos (de ofödda) barnen av att få föräldrar. Därför talas det ibland om de barnlösas önskan om att få barn som ett motstående intresse. Det gäller åtminstone i de fall det handlar om människor som av ett eller annat skäl inte kan bli föräldrar genom assisterad befruktning i Sverige så som regleringen ser ut. Sedan lagen om insemination infördes har det rests anspråk på att fler och fler begränsningar i fråga om vilka som får tillgång till assisterad befruktning ska tas bort. Eftersom orsaken till barnlösheten varierar mellan olika individer har även vilka metoder som tillåts och på vilka villkor avgörande betydelse för vem som kan få barn genom assisterad befruktning.

2005 fick homosexuella par tillgång till assisterad befruktning på samma villkor som heterosexuella och 2012 fattades ett riksdagsbeslut om att kravet på parförhållande ska tas bort. I kölvattnet av de debatter som förts har det i doktrinen framförts kritik mot att tyngdpunkten har kommit att hamna på ”rätten” att bli förälder och krav på likabehandling. Sörgjerd skriver att det har uppstått en rättighetsdiskurs i föräldraskapsdebatten när det gäller

tillgången till assisterad befruktning, som riskerar att tränga undan barnperspektivet.<sup>155</sup>

### *Människosynen*

Under 80-talet hade argumentationen kring vad som var naturligt och risken för att tillåta metoder som kan skada människosynen en mer framträdande roll vid den etiska bedömningen av assisterad befruktning. Att skydda människosynen är ett allmänt samhällsintresse, men det vävdes i argumentationen in som en del i barnets behov och intressen. Naturlighetsargumentet färgade av sig på begreppet barnets bästa på så sätt att det förutsattes att samhällets strävan efter naturlighet, vilket innefattade ett genetiskt samband mellan barn och föräldrar, också utgjorde de bästa livsförutsättningarna för barnet. Tyngdpunkten i den reproduktionspolitiska diskursen har på senare tid förskjutits till att handla om barnets bästa och de ofrivilligt barnlösas situation. Ifråga om barnets bästa har fokus kommit att riktas mer på det sociala föräldraskapet och den individuella föräldraförmågan än vikten av genetiskt släktskap.

En annan aspekt av människovärdesprincipen är *likbehandlingsprincipen* - eftersom alla människor har samma värde ska alla människor behandlas lika. Denna princip har också utgjort en ledstjärna i den svenska rättsutvecklingen, om än inte uttryckligen i samband med lagstiftningen om assisterad befruktning. Sörgjerd och Singer menar att den dock har bidragit till att föräldraskap i media och i den politiska debatten har kommit att diskuteras i termer av en rättighet för vuxna.<sup>156</sup>

Då det har argumenterats för att lagstiftningen ska utvidgas så att den inkluderar möjlighet för flera människor att få tillgång till assisterad befruktning (exempelvis ensamstående eller homosexuella) eller att fler metoder ska tillåtas (som surrogatmoderskap), har funnits en viss tendens att hänvisa till de bestämmelser i lagstiftningen som är avsedda att tillvarata barnets intressen. Det gäller särskilt barnets rätt till information om sitt genetiska ursprung. Möjligheterna att få behandling utförd i något annat land har medfört att vissa barn i Sverige som har fötts som ett resultat av assisterad befruktning inte kan garanteras denna rättighet.

## **7.5 Utländsk rätt**

### **Lämplighetsprövningen i de nordiska länderna**

I jämförelse med de övriga nordiska länderna har Sverige, tillsammans med Norge, tidigt positionerat sig åt det mera restriktiva hållet. Det gäller både vilka metoder som har tillåtits och villkoren för att få tillgång till dessa metoder. Enligt den svenska rätten har vattendelaren dock utgjorts av

---

<sup>155</sup> Sörgjerd 2012, s. 684-686, Singer, 2009, s. 411-429

<sup>156</sup> Se fotnot ovan.

användningen av donerade ägg eller spermier, vilket inte går att uttyda av det jag har hittat om den norska rätten. Norge har ett liknande krav på lämplighetsprövning vid all form av assisterad befruktning, med skillnaden att om befruktningen ska ske med donerade spermier ska paret informeras om barnets rätt till information om sitt genetiska ursprung.

I Finland och till viss del Danmark tycks förhållningssättet till assisterad befruktning ha mera likheter med det svenska synsättet på behandling med ett par egna könsceller, det vill säga mer som en medicinsk åtgärd än en barnrättslig och etisk fråga. Beslutet att tillåta behandling eller inte fattas av läkaren som ansvarar för behandlingen, men kravet är formulerat mer åt en riskbedömning. Läkaren ska vägra behandling om det finns något som talar för att den, eller de, sökande är olämpliga. Det ska vara ”uppenbart”. I Danmark kan detta i så fall utgöra grund för en lämplighetsprövning utförd av annat organ. I Finland som tidigare har tillåtit, eller i vart fall inte reglerat, surrogatmoderskap verkar det också finnas en oro för att sådana arrangemang fortfarande förekommer i det tysta.

### **Storbritannien**

Trots att namnet (*the welfare of the child assessment process*) antyder något annat förefaller lämplighetsbedömningen i Storbritannien i grunden handla om en riskbedömning. Utgångspunkten är att människor ska antas vara lämpliga som föräldrar, om det inte finns något konkret skäl att misstänka något annat. Det finns dock ett utförligt reglerat prövningsförfarande. Till skillnad från i det svenska regelverket betonas genomgående att vid bedömningen ska hänsyn tas även till andra barn som kan tänkas påverkas av att behandlingen äger rum. Assisterad befruktning är i Sverige avsedd som behandlingsmetod för barnlösa människor.<sup>157</sup>

### **Åldersgränser**

På grund av bristande material är det svårt att föra någon diskussion kring hur andra länder förhåller sig till åldersgränser, särskilt ifråga om den av de blivande föräldrarna som inte ska genomgå någon behandling. I den mån den tillmäts någon betydelse alls får antas att det är i förhållande till personens förväntade föräldraförmåga. När det gäller kvinnan som ska behandlas kommer även medicinska – och ekonomiska – aspekter in i bilden, eftersom äggkvaliteten i allmänhet försämras från 30 till 40 års ålder. Det innebär att kvinnor som passerat 40 år normalt är beroende av att befruktningen kombineras med andra metoder, såsom äggdonation eller nedfrysning av ägg, för att behandlingen ska nå framgång. Möjligheten att kombinera metoder i Storbritannien har dock inte ha lett till någon högre åldersgräns på de licensierade klinikerna, än vad som satts av vissa landsting i Sverige.

---

<sup>157</sup> Se avsnitt 4.2.2.

## 7.6 Synen på föräldraskap och barnets bästa

### *Den naturliga familjen och det genetiska bandet*

När assisterad befruktning först reglerades i svensk rätt var kravet att barnet skulle få två föräldrar av olika kön, det vill säga en far och en mor. Modern skulle vara den kvinna som hade fött barnet. Helst skulle spermier som användes vid befruktningen komma från fadern så att barnet garanterades genetiskt släktskap med båda sina föräldrar. Idealet var en familjekonstellation som låg så nära den naturliga som möjligt. Även avsaknad av genetiskt band mellan far och barn kunde vara acceptabelt, förutsatt att barnet fick rätt till information om donatorn. Just avsaknaden av det genetiska bandet var dock det faktum som motiverade ett helt annorlunda synsätt, där givarinsemination ansågs ha mer gemensamt med adoption än med makeinsemination.

När äggdonation tilläts i svensk rätt innebar det att barnet istället kunde sakna genetiskt band med sin mor. Barnet skulle i sådana fall fortfarande vara genetiskt släkt med den andra föräldern, det vill säga fadern, och modern skulle fortfarande vara den biologiska modern genom att föda barnet. Det är fortfarande grundkravet i den svenska lagstiftningen, vilket signalerar att det genetiska bandet har betydelse för relationen mellan barn och förälder. Barnets rätt till information om givaren är också en indikation på den betydelse som fortfarande tillmäts det genetiska släktskapet.

### *Tvåsamhetskravet och den biologiska modern*

Kravet att det skulle ingå en man i parförhållandet hade sitt ursprung i uppfattningen att barn behöver en manlig förebild i form av en fadersgestalt. När lesbiska par fick tillgång till assisterad befruktning på samma villkor som kvinnor som levde med män hade lagstiftaren ändrat inställning, på så sätt att det inte längre ansågs avgörande att barn har föräldrar av båda könen. Däremot ansågs det bästa för barnet fortfarande vara att ha två föräldrar, varav en skulle vara kvinnan som föder barnet.

Eftersom det finns ett riksdagsbeslut om att ensamstående kvinnor ska få tillgång till assisterad befruktning kan lagstiftningen snart bara sägas ge uttryck för ett formellt krav, oavhängigt den individuella föräldraförmågan. Det är att en av barnets föräldrar ska vara den biologiska modern, det vill säga kvinnan som föder barnet. Eller från ett annat perspektiv – att barn behöver en mor. I dagsläget utgör detta ett gemensamt grundvillkor i alla nordiska länder. Om surrogatmoderskap skulle tillåtas skulle det innebära att även den förutsättningen bortfaller. Det som återstår är i så fall ett genetiskt band mellan barnet och en av föräldrarna. Annars skulle föräldraskapet, liksom adoption, grundas enbart på föräldrarnas samtycke till att vara barnets framtida förälder.

### *Den individuella föräldraförmågan och viljan att vara förälder*

Lagstiftningen har steg för steg skalat av de formella kraven för att bli förälder genom assisterad befruktning. En möjlig tolkning är att lagstiftaren – tvärtemot vad den hävdar – inte har ändrat uppfattning om vad som är barnets bästa. Istället har barnets behov och intressen fått stå tillbaka till förmån för de barnlösas intresse av att skaffa barn eller för målsättningen att behandla alla människor lika. Ett annat sätt att tolka det på är att synen på vad som är en lämplig förälder och vad som utgör goda uppväxtvillkor för barn har förändrats. Det traditionella kärnfamiljsidealet och vikten av det genetiska släktskapet har ersatts av en ökad betoning på individuell lämplighet och socialt föräldraskap.

Åldersbedömningen av den kvinna som ska motta behandling med donerade könsceller kan sägas ha följt samma linje - från en generell gräns till en individuell bedömning . Från början stod ålder i SOSFS utformat som ett eget kriterium, kopplat till den ålder då kvinnors fertilitet normalt avtar. Enligt nu gällande SOSFS 2009:32 ingår ålder numera enbart som en faktor av flera att ta hänsyn till vid den individuella bedömningen av sökandens medicinska, psykologiska och sociala förhållanden.

Vid assisterad befruktning – dock enbart i samband med donation – utförs en särskild prövning av parets lämplighet. Vad som enligt Socialstyrelsens råd bör tas hänsyn till är personliga förutsättningar (ålder, hälsotillstånd, eventuella funktionsnedsättningar) och yttre förutsättningar (parets inbördes relation och levnadsförhållanden). Därtill ska parets inställning till att berätta för barnet om dess biologiska ursprung beaktas.

Om ensamstående får möjlighet att skaffa barn genom assisterad befruktning kommer de yttre förutsättningarna in i bilden på ett annat sätt. Även om kvinnan själv är lämpad som förälder finns det ingen ytterligare person att dela föräldraansvaret med. Det kan i alla fall inte utan vidare utgå ifrån att så är fallet. Därför har det förespråkats en mera grundlig prövning av ensamstående, både avseende hennes egen funktionalitet (ålder och hälsa) och hennes levnadsförhållanden, såsom ekonomiska förutsättningar och tillgång till stöd från närstående.<sup>158</sup>

### **Avslutande reflektion**

Sammanfattningsvis kan sägas att samhällets normer och värderingar kring föräldraskap och assisterad befruktning har förändrats kontinuerligt sedan lagen om insemination infördes. Vad som varit konstant är en uttalad ambition att beakta barnen. Uppfattningen om att barn behöver trygghet, vård, respekt och kärlek får också sägas vara konstant.

Ett tänkbart framtidsscenario är att assisterad befruktning kommer ”normaliseras” och med tiden betraktas som en medicinsk åtgärd bland

---

<sup>158</sup> Sörgjerd, 2012; Singer, 2009, s. 427

andra. Det offentligrättsliga ansvaret för barnet ifråga skulle utlösas vid grundad misstanke om missförhållanden, på samma sätt som för barn som tillkommer genom samlag. Läkarens ansvar skulle vara att inte ge behandling i fall där det bedöms som olämpligt eller oetiskt, som vid annan vård. En annan möjlighet är att framtida uppföljning och forskning kommer att visa att barnen som tillkommer genom assisterad befruktning tar skada eller löper risker som andra barn inte gör. Då skulle samhället tvingas ompröva sin syn på föräldraskap och barns bästa. Ett annat alternativ är att samhället kommer att uppleva att den medicinska utvecklingen går för långt och att det uppstår en motreaktion, där den traditionella kärnfamiljen återupprättas som ideal eller de genetiska bandens betydelse tillmäts förnyad vikt.

Det finns inga tecken på att intresset för att få tillgång till assisterad befruktning kommer att avta. I takt med att det blir vanligare och de som föds genom assisterad befruktning växer upp kommer vi förhoppningsvis att få mer på fötterna avseende vad som kan anses vara barnens bästa i dessa frågor. Något som kan vara värt att ha i åtanke är att lagar konstrueras av politiker, som ofta har flera intressen att ta hänsyn till och väga mot varandra. Det är inte givet att en "barnrättighet" består i något som barn verkligen har behov eller intresse av. Det är lätt att projicera egna rädslor i begreppet eller att tillskriva barn intressen utifrån personliga värderingar. Men om vi vill veta vad som är barnets bästa bör vi nog försöka skilja på vad som är vad - så att vi är mottagliga för vilka behov och intressen som barnen själva ger uttryck för.



# Källförteckning

## Offentligt tryck

### *Betänkande*

Bet. 1908/19: LU. Lagutskottets betänkande utlåtande, i anledning af väckt motion om skrifvelse av Konungen angående lag om adoption. Lagutskottet  
Bet. 1984/85:2:LU. Artificiella inseminationer. Lagutskottet.  
Bet. 2011/12: SoU26. Assisterad befruktning. Socialutskottet

### *Statens offentliga utredningar*

SOU 1953:9 Förslag till lagstiftning om insemination  
SOU 1983:42 Barn genom insemination  
SOU 1985:5 Barn genom befruktning utanför kroppen m.m.  
SOU 1997:116 Barnets bästa i främsta rummet  
SOU 2009:61 Modernare adoptionsregler  
SOU 2001: 10 Barn i homosexuella familjer

### *Departementsserien*

Ds 2000:51 Behandling av ofrivillig barnlöshet  
Ds 2004:19 Föräldraskap vid assisterad befruktning för homosexuella

### *Direktiv*

Dir. 1981:72 Artificiella inseminationer  
Dir. 1999:5 Barn i homosexuella familjer

### *Propositioner*

Prop. 1984/85:2 Artificiella inseminationer  
Prop. 1987/88:160 Befruktning utanför kroppen  
Prop. 2001/02:89 Behandling av ofrivillig barnlöshet  
Prop. 2003/04:131 Internationella adoptionsfrågor  
Prop. 2004/05:137 Assisterad befruktning och föräldraskap  
Prop. 2005/06:64 Genetisk integritet m.m.

Lagrådsremiss, Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet, 14 februari 2013.

### *Myndighetspublikationer*

Socialstyrelsen, Folkhälsorapport. Rapport, 2005  
Folkhälsorapport, Rapport 2009  
Socialstyrelsen, Adoption – Handbok för socialtjänsten, 2008  
Socialstyrelsen, Information om särskild prövning vid assisterad befruktning. Meddelandeblad 2008  
Socialstyrelsen, Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2010 – Assisterad befruktning 1991–2009. Rapport, 2012  
SOSFS 2002:13 (M) – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om assisterad befruktning.

SOSFS 2009:30 (M) – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler.

SOSFS 2009:32 (M) - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso-och sjukvården och vid klinisk forskning.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Assisterad befruktning - Synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen. Rapport 1995

Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Assisterad befruktning - Etiska aspekter. Rapport 2013

Sveriges kommuner och landsting (SKL), Assisterad befruktning.

Kartläggning och landstingens erbjudanden. Rapport 2012

Nordiska ministerrådet, Assisted Reproduction in the Nordic Countries. A comparative study of policies and regulation. *Tema Nord*. 2006:505.

*Norge*

Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi. Ot.prp.nr.37 (1993-94). SHD (1994)

## **Litteratur**

Mattsson, Titti, *Barnet och rättsprocessen: rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*, Juristförl., Diss. Lund: Univ., 2002, Lund, 2002

Singer, Anna, *Barnets bästa: om barns rättsliga ställning i familj och samhälle*, 6 uppl., Norstedts juridik, Stockholm, 2012

Singer, Anna, *Barns rätt till två föräldrar – en överspelad grundregel?* JT 2009-10

Singer, Anna, *Föräldraskap i rättslig belysning*, Uppsala: Uppsala universitet, 2000

Sörgjerd, Caroline, *Rätten att bli förälder - en analys av reglerna om assisterad befruktning och adoption*, Svensk Juristtidning 2012

## **Elektroniska källor**

*Bioteknologinemnda*, hämtad den 26 maj 2013 från:

<http://www.bion.no/temaer/assistert-befruktning>

<http://www.bion.no/filarkiv/2011/11/Bioteknologinemndas-uttalelse-om-eggdonasjon.pdf>

*Human Fertilisation Embryology Authority (HFEA)*, hämtad den 17 maj 2013 från: <http://www.hfea.gov.uk>

*Institutet för hälsa och välfärd*, hämtad den 25 maj 2013 från:

[http://www.thl.fi/sv\\_SE/web/sv/statistik/amne/reproduktiv\\_halsa/assisterad\\_befruktning](http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/statistik/amne/reproduktiv_halsa/assisterad_befruktning)

*Justitieministeriet* hämtad den 26 maj 2013 från

<http://oikeusministerio.fi/sv/index/underarbete/lakihankkeet/henkilo-perhe-ja/sijaissyntytysjarjestelyt.html>

*Kvalitetsregistret Q – IVF*, hämtad den 1 maj 2013 från:

<http://www.ucr.uu.se>

*Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)*, hämtad den 25 april 2013 från: <http://mia.eu>

# Rättsfallsförteckning

Kammarrätten i Sundsvall, mål nr 1207-08, dom 2009-03-25

Förvaltningsrätten i Göteborg, mål nr 9548-10, dom 2011-06-07

Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 13856-11, dom 2011-08-31

Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 17067-12, dom 2012-12-19

Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 17698-12, dom 2013-01-28

Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 19311-12, dom 2013-01-28

RÅ 2004 ref 41

RÅ 1995 ref 67

Europadomstolen i målet S.H. m.fl. mot Österrike (dom 2011-03-11)