

Yttrande angående Justitiedepartementets utredning "Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor"

Utredningen är genomgripande, och omfattar flera frågeställningar som även har relevans inför det kommande arbetet angående surrogacy och embryodonation.

Arbetsgruppen har kommit fram till följande reflektioner och förslag.

Föräldrabegreppet

Det anges att huvudregeln ska vara att ett barn ska ha två föräldrar och att assisterad befruktning av ensamstående kvinnor ska vara ett undantag. Om man beslutar att ensamstående kvinnor ska ha **samma rätt** till assisterad befruktning som par, varför betrakta detta som ett undantag. Bör inte familjer med en förälder eller två föräldrar i så fall ses som jämlika?

Om en ensamstående kvinna efter behandlingen men före förlossningen gifter sig med en annan kvinna gäller, såvitt vi förstår, inte faderskapspresumtionen? Bör den istället kallas "föräldrapresumtion" så det blir lika för samkönade och olikkönade par?

Under punkt 7.3.3 anføres *"Utredningens förslag är inte att skapa nya möjligheter för två personer att gemensamt bli föräldrar"*.

Trots detta förs en diskussion om att om en man och en kvinna vill ha barn tillsammans, men väljer att göra det som en ensamstående kvinna och en spermiegivare, kan mannen sedan bli barnets rättsliga far.

Detta tycker vi är ytterst motsägelserfullt. Dels vet vi att det finns en hel del män som vill bli donatorer **bara** just för att dom vill bli "pappa". Vi tycker det är viktigt att påpeka för donatorerna att dom **inte** kommer att bli barnets far. Det kan finnas en risk för att det senare kan bli en intressekonflikt om barnet och donatorn träffas, **speciellt** eftersom det inte finns en annan förälder inblandad här. Antingen en press från barnet (som kanske gärna vill ha en pappa) på donatorn, alternativt en press från donatorn (som kanske gärna vill ha ett barn) på barnet eller på mamman.

Enligt forskning som presenteras i rapporten har barn till ensamstående en större benägenhet att söka upp den andra föräldern. Det kan komma att innebära att färre män vill bli donator.

Ska donatorn bli barnets far, förefaller det lämpligare med en utredning som vid adoption, inkluderande en lämplighetsprövning för spermiegivaren. Detta är i paritet med om den ensamstående kvinnan gifter sig med en annan kvinna, eller när ett samkönat par gör en insemination alternativt surrogacy utomlands. Förfarandet med adoptionsutredning minskar även risken att regelverket utnyttjas felaktigt.

Under punkt 7.4.4. föreslås att en man vars spermier har använts vid behandlingen av en ensamstående kvinna bör, under förutsättningen att mannen och kvinnan eller det myndiga barnet är överens om det, kunna fastställas som far genom bekräftelse. Vi menar att om mannen och kvinnan redan är överens om att han ska bli far finns det ingen anledning att använda samhällets resurser.

Det anges också på sid 146 att *"Om barnet är myndigt eller om det inte står under någons vårdnad är det istället barnet och spermiegivaren som ska vara överens"*. Innebär detta att

det myndiga barnet och donatorn tillsammans kan bekräfta donatorns faderskap utan att tillfråga mamman? Mamman har då plötsligt ett barn tillsammans med en man som hon aldrig har träffat.

Sociallagstiftning

I betänkandet råder inkonsekvens om vad som är ensamstående. Först införs begreppet "ensamstående kvinna" och "en rättslig förälder" i föräldrabalken, och sedan anses att den ensamstående kvinnan ska ha rätt till underhållsstöd. Om man frivilligt väljer att skaffa barn själv, bör man inte då också ha det ekonomiska ansvaret fullt ut?

Blir annars samhället den andra föräldern?

Det är även inkonsekvent att man anser att spermiegivaren ska kunna bli rättslig förälder. Får man, som ett undantag, samhällets hjälp som "ensamstående kvinna", då är man per definition ensam förälder.

Lagen om genetisk integritet mm

Det bör vara en grundprincip att ha samma regler för behandlingsmöjligheter som övriga par avseende ålder, antal behandlingar etc.

På sid 100 finns en diskussion om "striktare bedömning" vad gäller ålder, hälsa och socialt nätverk. Det blir svårt med gränsdragningar. Vad betyder tex. "växa upp under goda förhållanden", för barn till en ensamstående förälder?

Det är viktigt att behandlingsprinciper, åldersgränser, betalningsprinciper etc., harmoniseras mellan landstingen även för denna grupp av patienter, på samma sätt som i rapporten om Assisterad befruktning från SKL/Vävnadsrådet.

Spermiedonatorer bör inte få begränsa donationen till särskilda grupper, men de som redan donerat bör få en förfrågan.

Konsekvenser för andra grupper i behov av assisterad befruktning

Med ett ökat antal behandlingar kan det komma att bli brist på donerade spermier och därmed ökade väntetider för såväl ensamstående som par, som är i behov av sådan behandling.

Det är angeläget att Socialstyrelsen klargör huruvida köp av spermier från en certifierad spermabank i t ex Danmark är handel med gameter och således förbjudet.

Europarådets biomedicinkonvention som förbjuder kommersialisering av människokroppen och dess delar tillämpas inte på fortplantningsorgan- och vävnader. Innebär det att import av gameter kan vara tillåtet?

Att kunna utföra 15 donationer per donator är högt räknat, snarare får ca 10 behandlingar ses som realistiskt. 5000 behandlingar innebär behov av minst 500 nya donatorer. Det är viktigt att beakta att för varje donator som godkänns så är det en som inte godkänns. Det innebär att man, för att få in 500 nya donatorer, behöver screena uppemot 1000 potentiella donatorer. Screening innebär hälsostatus, social bedömning, provfrysning av spermaprov etc.).

Långa väntetider kan också medföra att par och ensamstående som, enligt patientrörlighetsdirektivet, har rätt att söka likvärdig behandling i EU väljer att göra så.

De ekonomiska konsekvenserna av detta bör också analyseras. Vem ska stå för kostnaderna?

Medicinsk infertilitet definieras, på sidan 39, i en egen grupp, som personer som av medicinska skäl inte kan få barn. Hit hör t ex män med avsaknad av spermier. Till denna grupp räknas inte, enligt uppställningen, samkönade par, ensamstående eller transgenderpersoner. Skall olika regler avseende kösystem och rätt till offentlig finansiering gälla för dessa olika grupper? Man kan jämföra med plastikkirurgi där viss korrigering kirurgi på medicinsk indikation finansieras av offentliga medel och annan icke strikt medicinsk motiverad behandling får finansieras av individen själv. Olikkönade par med manlig infertilitet har ofta flera år av graviditetsförsök och utredning bakom sig innan paret erbjuds behandling med donerade spermier. Samkönade par och ensamstående har inte varit igenom ett sådant förlopp och har därför en kortare tid mellan önskan om barn och behandling. Detta innebär diskriminering av gruppen med medicinsk infertilitet. Kan man tänka sig olika köer för dessa grupper?

Inseminationsbehandling med donerade spermier får idag, efter tillstånd från IVO, ske på andra vårdinrättningar än universitetssjukhus. Detta anser vi bör gälla även IVF-behandling med donerade gameter. Alla dessa behandlingar rapporteras ju idag till kvalitetsregistret Q-IVF, vilket ger full möjlighet till kontroll, uppföljning och insyn, även för patienter som behandlats vid andra vårdinrättningar än universitetssjukhusen. Det är samtidigt viktigt att då reglera eventuella risker för kommersialisering med köp och sälj av gameter. Det skulle kunna åstadkommas genom införande av en central spermiebank, alternativt en harmonisering av ersättningen till donatorer över hela landet.

Konsekvenser för vårdgivare

1. Redan idag råder brist på spermiedonatorer i hela Sverige. Antalet behandlingar med spermiedonation beräknas öka från dagens ca 1000 till upp emot 5000. Detta innebär en kraftigt ökad efterfrågan på donatorer där vi idag inte vet om det är möjligt att rekrytera fler.
2. hantering av donerade spermier är resurskrävande och ska göras i samma laboratorier och med samma personal som arbetar med vanlig IVF. Detta kräver ökade resurser på alla plan, vad avser personal, lokaler, utrustning. Det finns därför en risk för en undanträngningseffekt av andra grupper och att väntetiden ökar för alla typer av assisterad befruktning, även de som idag behandlas enligt nu gällande regler.
3. väntetiderna till basal utredning för alla personer som ska genomgå assisterad befruktning kommer att öka då samma utredningsresurser ska tas i anspråk av alla personer med graviditetsönskan, såväl par som ensamstående och oavsett om det föreligger medicinsk infertilitet eller inte.
4. samtliga ensamstående kvinnor ska, enligt förslaget, genomgå en bedömning av beteendevetare inför assisterad befruktning med donerade spermier. 2011 gjordes i ca 1000 behandlingar med donerade spermier. Enligt delbetänkandet kommer antalet ensamstående kvinnor som önskar behandling att vara ca 1500-2000, vilket också innebär kraftigt ökad efterfrågan avseende medicinsk och psykosocial utredning. Även donatorer genomgår en psykosocial utredning som kräver beteendevetenskaplig kompetens. Fler donatorer ställer ytterligare ökade krav på sådan resurs.

5. Utredningen har utgått från att 80 procent av behandlingarna utgörs av insemination och 20 procent av IVF. Detta är baserat på ett underlag från svenska kvinnor som åker till Danmark för behandling. Detta underlag blir sannolikt fel och bör istället baseras på de behandlingar som görs i Sverige på samkönade par. Många kvinnor som reser till Danmark för behandling och där rekommenderas IVF, väljer sannolikt att avstå av kostnadsskäl. Det finns ingen anledning att tro att ensamstående kvinnor kommer ha färre fertilitetsproblem, som kräver IVF, än de samkönade. Dessutom kommer dom troligen att vara äldre (Se Femmis enkät, de flesta var 36-40 år). Man bör istället beräkna att hälften kommer att vara IVF, vilket innebär betydligt högre kostnader än beräknat.