

28 *Legalfrågor*

MARC BYGDEMAN

Under senare år har ett antal lagar införts som reglerar utnyttjandet av olika medicinska behandlingsmetoder och ingrepp som står till vårt förfogande för att påverka både mannens och kvinnans fruktsamhet. Få länder har i detta avseende varit så aktiva som Sverige.

Lag om sterilisering

Lagens innehåll

Enligt steriliseringslagen har alla som är svenska medborgare eller som är bosatta i riket rätt till sterilisering efter 25 års ålder. Lagen innebär också att ingen kan mot sin vilja tvingas att bli steriliserad. Ett krav är att den som begär sterilisering noggrant har informerats om innebörden och följderna samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap.

Före 18 års ålder är sterilisering helt förbjudet. Mellan 18 och 25 års ålder kan Socialstyrelsen ge tillstånd till sterilisering men endast på två indikationer – genetisk, dvs. om avsevärd risk för överförande av ärftlig sjukdom föreligger, och i samband med könsbyte. För kvinnan finns också en medicinsk indikation, att en graviditet skulle innebära en allvarlig risk för kvinnans liv.

Kommentarer till lagen

För mannens del innebär 1976 års steriliseringslag en dramatisk förändring och representerar ett helt nytt synsätt. Den gamla lagen hade som utgångspunkt att skydda samhället mot att olämpliga individer fortplantade sig. I den nya lagen utgick man ifrån att varje person skulle ha rätt att bestämma över sin egen kropp. Den gamla lagen tillät sterilisering enbart på eugenisk indikation (överförande av ärftlig sjukdom) och om mannen på grund av rubbad själsverksamhet eller på grund av asocialt levnadssätt ansågs uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barnet (social indikation). Ansökan till Socialstyrelsen krävdes och kunde göras inte endast av mannen själv, utan även av t.ex. förmyndare och, om mannen var intagen på allmän anstalt, dess föreståndare och läkare. Det var inte ovanligt att man för att frigge den som begått sexualbrott som krav ställde att han skulle steriliseras.

Det ter sig fortfarande som både rätt och naturligt att en vuxen människa har rätt att bestämma om han vill genomgå en sterilisering eller ej. Det innebär dock att t.ex. en utvecklingsstörd person, som inte kan förstå vad en sterilisering innebär, inte heller kan steriliseras även om han inte kan använda preventivmedel eller har möjlighet att ta hand om ett barn.

Innan den nya lagen infördes steriliserades mellan 10 och 20 män per år. Därefter har antalet varit cirka 1 500 män per år.

Det kan nämnas i detta sammanhang att kastrering av andra än medicinska skäl inte är

tillåten. Det enda tillfälle när ett sådant ingrepp kan ske är i samband med könsbyte och då efter en flerårig utredning och tillstånd av Socialstyrelsen (kapitel 20).

Lag om insemination

Lagens innehåll

Lagen om insemination trädde ikraft 1985. Tillämpningen av lagen framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om insemination (SOSFS 1987:6). Lagen reglerar användandet av både make- (AIH) och donatorinsemination (AID) och stadgar att insemination endast kan ske om parterna är gifta eller stadigvarande sammanbor och skriftligt samtycke till behandlingen lämnats av mannen. Några särskilda kompetenskrav för att utföra AIH har inte stadgats. Sådant insemination får därför äga rum i de former och i enlighet med de regler som gäller för medicinsk behandling i allmänhet. Givarinsemination får däremot endast utföras vid allmänna sjukhus under överinseende av läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi. Sjukhuset skall också ha kapacitet att utföra de undersökningar som fordras och den prövning av båda makarnas respektive sambors medicinska, psykologiska och sociala förhållanden som lagen kräver. Det är läkaren som bestämmer om behandling med AID skall ske. Nekar läkaren paret behandling skall skälen härtil noga anges i journalen. Paret kan få ett avslag prövat av Socialstyrelsen.

Barn som tillkommer genom AID har rätt att få veta donatorns identitet. Av den anledningen fordras att givaren har en särskild journal liksom kvinnan som behandlas. I kvinnans journal anges givarens kod. Båda journalerna måste sparas i minst 70 år.

På grund av HIV-risken får vid AID endast fryst sperma användas och donatorn genomgå HIV-test vid provlämningen och sex månader efter det att provet lämnats innan det får användas. För att med säkerhet kunna identifiera

vilken givare som blir far till barnet föreskrivs också att sperma från olika givare inte får blandas och att under en och samma menstruationscykel endast sperma från en givare får utnyttjas.

Den läkare som är ansvarig för behandlingen väljer donator och bör därvid eftersträva att donatorn liknar den blivande sociale fadern med avseende på ögonfärg, hårfärg och kroppskonstitution. Det är givet att donatorn skall ha ett bra spermaprov, är frisk, att några ärftliga sjukdomar inte kan påvisas och att givaren accepterar att barnet får kännedom om givarens identitet. Enligt Socialstyrelsens anvisningar är det lämpligt att givaren inte är äldre än 50 år, att han inte ger upphov till fler än sex barn och att hans eventuella familj är informerad om att han ämnar fungera som donator. Lagen tillåter import av fryst sperma efter tillstånd av Socialstyrelsen.

Kommentarer till lagen

Inseminationslagen speglar i någon mån en ny samhällsattityd. Barnets rätt började alltmer att betonas, vilket också återspeglas i lagen. Genom lagen fick de barn som tillkommit efter AID samma legala status som biologiska och adopterade barn. Genom sitt skriftliga samtycke påtar sig den sociale fadern samma skyldigheter och rättigheter som en biologisk fader. För att samtycket skall sluta gälla fordras att han skriftligen återkallar detsamma. Läkaren har skyldighet att förvisa sig om att den aktuella mannen är i livet vid behandlingstillfället. Enklast sker det genom att han alltid är med när behandlingen utförs.

Fastställandet av faderskap efter givarinsemination kan vara komplicerat. Det bästa är att mannen och kvinnan är gifta. Då utgår man från att mannen är barnets far. Är paret sambo måste faderskapet fastställas av socialnämnden på den ort där barnet är kyrkobokfört. Det är viktigt att paret får denna information redan innan behandlingen inleds. Någon talan om faderskap kan aldrig föras mot donatorn. Donatorn kan dock frivilligt ta på sig ett faderskap. Förutsättningen för detta är att det i

strid mot vad lagen föreskriver inte finns något samtycke från den man kvinnan var gift med eller sammanboende med när inseminationen utfördes.

Som framgår av lagen bör det par som skall behandlas med AID uppfylla vissa krav med avseende på hälsotillståndet. Enligt Socialstyrelsens råd och anvisningar, som också har stöd i förarbetena till lagen, bör dessa vara i överensstämmelse med de föreskrifter som gäller för adoption. De sjukdomstillstånd som är aktuella är sådana som allvarligt kan påverka mannens eller kvinnans hälsotillstånd och återstående livslängd. Bakgrunden är uppfattningen att det är till barnets bästa att få växa upp med två föräldrar.

En fråga som har varit föremål för en hel del diskussion är handläggningen av par som önskar AID på grund av att mannen är HIV-positiv. Enligt uppgift varierar denna handläggning mellan olika sjukhus i Sverige. Tyvärr har ännu inget par, som nekats AID av denna anledning, hittills överklagat beslutet till Socialstyrelsen, varför ett principbeslut från Socialstyrelsen ännu så länge saknas. Betydelsen av en komplett familj för barnets utveckling är också orsaken till att ensamstående kvinnor inte har rätt till AID-behandling.

På två punkter är lagen kontroversiell. Det gäller dels att AID endast får användas vid sjukhus, dels att barnet när det är moget härför, ungefär i 18-årsåldern, har rätt att få veta donatorns identitet. Före lagens tillkomst bedrev åtminstone några privatpraktiserande gynekologer en relativt omfattande AID-verksamhet, en verksamhet som vid lagens tillkomst blev förbjuden. Ett alternativ hade här varit att överlåta till Socialstyrelsen att i varje enskilt fall avgöra om verksamheten uppfyllde de krav som lagen ställde.

Barnets rätt att få reda på givarens identitet grundas på det faktum att adoptivbarn ibland söker sina rötter. Att detta också skulle gälla barn som tillkommit genom AID har inte varit föremål för någon närmare utredning och är inte givet. Relationen till föräldrarna är ju anorlunda – modern är barnets biologiska mor och den sociale fadern har upplevt hela gravi-

diteten och förlossningen och känner sig utan tvekan som far till barnet. För honom kan barnets rätt till givarens identitet kännas som ett, visserligen orealistiskt, hot mot hans fadersroll. En förutsättning för att barnet över huvud taget skall efterforska donatorn är att barnet vet att det tillkommit genom givarinsemination. I lagen finns inte inskrivet någon skyldighet för föräldrarna att informera barnet om sitt tillkomstsätt. Det är dock viktigt för barnets utveckling och acceptans av sitt tillkomstsätt att denna information ges. Tidpunkten är naturligtvis svår att fastställa men kan lämpligen ske så snart barnet börjar ställa sådana frågor, vilket ofta sker redan i förskoleåldern.

Inseminationslagen har inneburit att antalet barn som årligen föds efter AID har minskat, liksom antalet sjukhus som ger denna behandling. En orsak är säkert att lagens införande tidsmässigt kom att sammanfalla med kunskapen om risken för överföring av HIV. Endast sjukhus med utrustning för frysning av sperma kunde fortsätta att använda denna behandlingsform. Det är också sannolikt att många par avstår från AID-behandling eller söker behandling i andra länder för att de inte accepterar barnets rätt att få reda på donators identitet. Frågan har väckts om det är moraliskt eller juridiskt oriktigt att remittera par för AID-behandling till utlandet. Enligt min uppfattning är vi enligt Hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att informera om de behandlingsmöjligheter som står till buds, liksom att ge par en sammanfattning av de utredningar som gjorts på grund av deras barnlöshet. Paren bör dock själva stå för kontakten med den medicinska enhet i utlandet som de önskar skall ge behandlingen. En uppenbar effekt av att donatorns identitet kan avslöjas för barnet är att rekryteringen av donatorer avsevärt har försämrats. Det innebär ett mer omfattande arbete och ett större engagemang av den klinik som önskar inkludera AID i sin behandlingsarsenal än före lagens tillkomst.

Som nämnts tidigare tillåter lagen import av fryst sperma efter tillstånd av Socialstyrelsen. I teorin skulle detta kunna underlätta behandlingen av t.ex. invandrare, där det kan vara svårt att finna en lämplig inhemsk donator. I

praktiken har denna möjlighet inte kunnat utnyttjas eftersom få länder delar Sveriges uppfattning att donatorns identitet skall vara känd. Av intresse att notera är också att i lagen inte anges någon tidsgräns för hur länge fryst sperma får förvaras. En tidsgräns på ett år diskuterades i förarbetena till lagen, men det slutgiltiga ställningstagandet blev att det är läkaren som bestämmer om en längre förvaringstid är motiverad. Så torde generellt bli fallet eftersom den frysta sperman ju inte kan användas förrän sex månader passerat. Att någon maximal frystid inte bestämts möjliggör också för en man som t.ex. drabbas av malign sjukdom, där behandlingen leder till sterilitet, att samla sperma för senare användning. En förutsättning för att sperma skall få utnyttjas, vilket gäller för både AIH och AID, är att mannen själv eller donatorn är i livet vid behandlingstillfället.

Lag om befruktning utanför kroppen

Lagens innehåll

Lag om befruktning utanför kroppen har gällt sedan den 1 januari 1989. Den består dels av en ny bestämmelse i Föräldrabalken som innebär att barn som tillkommit efter in vitro-fertilisering (IVF) med samtycke av moderns make eller sambo får samma rättsliga ställning som om barnet hade tillkommit på naturlig väg, dels av en ny lag som reglerar verksamheten som sådan. Lagen om befruktning utanför kroppen gäller enbart användningen av befruktade ägg i barnalstringssyfte, men inte för t.ex. diagnos och terapi av ärftliga defekter eller sjukdomar eller forskningsprojekt. Enligt denna lag får IVF-behandling endast utföras på en kvinna som är gift eller sambo och endast med makens eller sambons sperma. Ett ägg som befruktas utanför kroppen får endast införas i den kvinna som ägget härrör från. En förutsättning är vidare att mannen skriftligen samtycker till behandlingen. Detta betyder att

både äggdonation och spermiedonation i samband med IVF är förbjudna.

Surrogatmoderskap, dvs. att ett befruktat ägg införs i en annan kvinnas livmoder och som bär fram graviditeten, är inte heller tillåtet.

Lag om åtgärder med befruktade mänskliga ägg i forsknings- eller behandlingssyfte

Lagens innehåll

Lagen om åtgärder med befruktade mänskliga ägg i forsknings- och behandlingssyfte trädde i kraft den 1 oktober 1991 och har i viss omfattning betydelse för möjligheterna att tillämpa IVF kliniskt. I lagen stadgas att ett fryst befruktat ägg bara får förvaras i ett år. Finns synnerliga skäl får Socialstyrelsen i särskilda fall medge att tiden för förvaring i fryst tillstånd förlängs. Lagen förbjuder också att ett befruktat ägg som varit föremål för försök i forsknings- eller behandlingssyfte får återföras till kvinnan. Detsamma gäller om ägget före befruktningen eller de spermier som används vid befruktningen har varit föremål för försök.

Kommentar till båda lagarna

Lagarna vad gäller IVF ter sig i flera avseenden ologiska i jämförelse med inseminationslagen. Redan vid IVF-lagens tillkomst konstaterade professor Holstein Fagerberg och jag i ett särskilt yttrande, att det i princip inte är någon skillnad mellan spermadonation vid insemination och vid IVF vare sig från etisk eller praktisk synpunkt. Det förefaller som om det finns ett motstånd mot tekniska manipulationer i samband med behandling av fertilitetsproblem och att spermiedonation i samband med insemination endast tilläts på grund av risken för ett illegalt användande. Att spermiedonation

förbjöds i samband med IVF innebar ett förbud också mot äggdonation. Äggdonation är visserligen en något mer komplicerad procedur eftersom det fordras en ultraljudsledd punktion av follikeln, eventuellt efter stimulering, för att erhålla flera ägg. Idag är det dock ett rutinmässigt ingrepp med mycket liten risk för komplikationer. Utländska erfarenheter visar att för kvinnor med ovariell dysgenesi (t.ex. Turners syndrom) är IVF i kombination med äggdonation ett effektivt sätt att uppnå en efterlängtd graviditet. För denna patientgrupp är det av naturliga skäl svårt att förstå varför de skall förhindras att bli gravida, när spermiedonation är tillåten i de fall mannen drabbas av ett motsvarande sjukdomstillstånd, t.ex. Klinefelters syndrom, där insemination kan användas.

Fryst sperma används vid AID och vid speciella förhållanden vid AIH. I lagen finns ingen tidsgräns angiven, medan vid IVF det befruktade ägget inte får förvaras i mer än ett år om inte synnerliga skäl föreligger, och då först efter tillstånd av Socialstyrelsen. Skälet till denna skillnad är oklar. I båda fallen tillåts frysning för att underlätta behandlingen. En

förklaring kan vara att frysning av befruktade ägg är en relativt ny teknik och erfarenheterna vid lagens tillkomst var begränsade. En naturlig slutsats är att bestämmelser av denna typ knappast lämpar sig för laglig reglering. Ett bättre alternativ är att ge Socialstyrelsen i uppdrag att reglera verksamheten med föreskrifter som kan ändras i takt med den medicinska utvecklingen.

Lagstiftning i andra nordiska länder

Danmark har inte infört några lagar som reglerar givarinsemination eller IVF. Detsamma gäller, åtminstone för närvarande, i Finland även om frågan där diskuterats livligt. I Norge får givarinsemination och IVF bara utföras på godkända sjukhus. Vid givarinsemination är till skillnad från i Sverige givaren anonym. Import av spermaprov kan ske men fordrar tillstånd av Helsedirektoratet. Vid IVF är både ägg- och spermadonation förbjudna. Nedfrysning av befruktade ägg är tillåtet, men frystiden är begränsad till ett år.