

Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor

*Delbetänkande av Utredningen om utökade
möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet*

Stockholm 2014



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2014:29

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24110-3
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Justitiedepartementet

Regeringen beslutade den 19 juni 2013 att tillkalla en särskild utredare med uppdraget att överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att bli föräldrar (dir. 2013:70).

Till särskild utredare förordnades samma dag lagmannen Eva Wendel Rosberg.

Som sakkunniga att biträda utredningen förordnades från och med den 5 augusti 2013 kanslirådet Bengt Rönngren, rättssakkunniga Linnéa Brossner och ämnessakkunniga Marie Ek samt departementssekreterarna Josefin Emanuel Brattberg och Jenny Munkelt. Som experter förordnades från och med samma dag professorerna Maarit Jänterä-Jareborg (Uppsala universitet) och Eva Ryrstedt (Lunds universitet), professorn och överläkaren Ingemar Engström (Örebro läns landsting) och juristen Åsa Lindberg (Socialstyrelsen). Den 10 januari 2014 förordnades även docenten och överläkaren Britt Friberg (Skånes universitetssjukhus) som expert. Hovrättsassessorerna Johanna Lind Kallifatides och Lars Olsson är utredningens sekreterare.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor* (SOU 2014:29). Sakkunniga och experter har i allt väsentligt ställt sig bakom utredningens överväganden. Betänkandet är därför skrivet i vi-form.

Till betänkandet bifogas ett särskilt yttrande av Jenny Munkelt.

Arbetet fortsätter i enlighet med direktiven.

Malmö i maj 2014

Eva Wendel Rosberg

/Johanna Lind Kallifatides och Lars Olsson

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	15
Vissa förkortningar och begrepp	21
1 Författningsförslag	25
1.1 Förslag till lag om ändring i föräldrabalken	25
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.....	28
2 Vårt uppdrag och arbete	33
2.1 Uppdraget.....	33
2.2 Utredningens arbete	36
2.3 Betänkandets disposition.....	37
3 Ofrivillig barnlöshet	39
3.1 Definition och omfattning	39
3.2 Orsaker till barnlöshet.....	39
3.3 Behandlingar och metoder	40
4 Gällande rätt	41
4.1 Inledning.....	41
4.2 Assisterad befruktning	42

4.2.1	Hälso- och sjukvårdslagstiftningen	42
4.2.2	Allmänna förutsättningar för assisterad befruktning	44
4.2.3	Särskilda förutsättningar vid användning av donerade könsceller	46
4.2.4	Tillåtna metoder för assisterad befruktning	51
4.2.5	Vissa förbuds- och ansvarsbestämmelser	54
4.3	Moderskap, faderskap och föräldraskap	55
4.3.1	Moderskap	55
4.3.2	Faderskap	56
4.3.3	Föräldraskap	58
4.3.4	Förfarandet i socialnämnden	59
4.3.5	Förfarandet i domstol	60
5	Internationell utblick	63
5.1	Inledning	63
5.2	Internationella instrument	64
5.2.1	Barnkonventionen	64
5.2.2	Europakonventionen	67
5.2.3	Kvinnokonventionen	70
5.2.4	FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter	71
5.2.5	Europarådets biomedicinkonvention	72
5.3	EU-instrument	73
5.3.1	Rättighetsstadgan	73
5.3.2	Patientrörlighetsdirektivet	74
5.3.3	Vävnadsdirektivet	75
5.4	Andra länder	76
5.4.1	Danmark	76
5.4.2	Finland	78
5.4.3	Island	81
5.4.4	Norge	83
5.4.5	Storbritannien	85

6	Tidigare utgångspunkter.....	89
6.1	Inledning.....	89
6.2	Förarbetsuttalanden.....	90
6.2.1	Den första inseminationsregleringen i Sverige	90
6.2.2	Befruktning utanför kroppen godtas och regleras.....	91
6.2.3	Assisterad befruktning med donerade ägg.....	92
6.2.4	Assisterad befruktning för samkönade par	93
6.3	Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor	94
6.3.1	De senaste årens debatt	94
6.3.2	Riksdagens tillkännagivande	97
6.3.3	En ny rapport från Statens medicinsk-etiska råd.....	98
7	Överväganden	103
7.1	Inledning.....	103
7.2	Våra utgångspunkter.....	104
7.3	Ändringar i regleringen om assisterad befruktning	107
7.3.1	Inledning	107
7.3.2	Begreppet ensamstående kvinna	108
7.3.3	En möjlighet att bli ensam förälder	109
7.3.4	Regleringens utformning	110
7.4	Nödvändiga följdändringar i föräldrabalken	134
7.4.1	Inledning	134
7.4.2	En rättslig förälder.....	135
7.4.3	Inget undantag från faderskapspresumtionen	136
7.4.4	Faderskap eller föräldraskap behöver normalt inte fastställas.....	140
7.4.5	Socialnämndens utredningsskyldighet	149
7.5	Andra nödvändiga följdändringar	156
7.5.1	Inledning	156
7.5.2	Ärvidabalken	157
7.5.3	Socialförsäkringsbalken.....	160
8	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	163

9	Konsekvenser	165
9.1	Inledning.....	165
9.2	Antalet kvinnor och behandlingar.....	166
9.2.1	Beräkningsmodeller	166
9.2.2	Antalet kvinnor	167
9.2.3	Antalet behandlingar.....	168
9.2.4	Faktorer som påverkar antalet kvinnor och behandlingar	169
9.2.5	Våra bedömningar och uppskattningar.....	170
9.3	Konsekvenser för hälso- och sjukvården	172
9.4	Konsekvenser för socialnämnderna	175
9.5	Konsekvenser för andra myndigheter och domstolarna	176
9.6	Konsekvenser för ensamstående kvinnor och deras barn....	178
9.7	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	180
9.8	Andra konsekvenser.....	180
10	Författningskommentarer.....	183
10.1	Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken.....	183
10.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.	187
	Särskilt yttrande.....	193
	Bilagor	
	Bilaga 1 Kommittédirektiv 2013:70.....	195
	Bilaga 2 Hearing.....	209

Sammanfattning

Utredningens uppdrag

Utredningens övergripande uppdrag är att överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att kunna bli föräldrar. Vi ska i ett delbetänkande lämna förslag som ger ensamstående en möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor. I delbetänkandet ska vi också föreslå nödvändiga följdändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen och i annan lagstiftning. Uppdraget i övrigt, som bl.a. innefattar frågor om surrogatmoderskap, ska redovisas senast den 24 juni 2015.

Avgränsningar

I detta delbetänkande lämnar vi endast förslag som ger ensamstående kvinnor en möjlighet till insemination och befruktning utanför kroppen (IVF) inom den svenska hälso- och sjukvården samt förslag till nödvändiga följdändringar. Vi lämnar således inga förslag till ändringar i de regler som gäller när ett barn har kommit till genom behandling av en ensamstående kvinna i utlandet eller i egen regi. Vi behandlar dessutom i princip bara sådana frågor som är specifika för ensamstående kvinnor. Frågor som har betydelse för både par och ensamstående, t.ex. frågan om det bör vara tillåtet att utföra en assisterad befruktning med både donerade ägg och donerade spermier, behandlas först i vårt slutbetänkande.

Utredningens uppdrag, såvitt avser delbetänkandet, är inte att föreslå nya möjligheter för två personer att gemensamt bli föräldrar genom en assisterad befruktning. Några sådana förslag lämnas därför inte.

När det gäller personer som har ändrat könstillhörighet och behållit sin fortplantningsförmåga, anser vi att det som tidigare sagts – dvs. att befintliga regler kan tillämpas direkt eller analogt

(se bl.a. prop. 2012/13:107) – bör gälla till dess att vi i slutbetänkandet har tagit ställning i frågan om nuvarande ordning kan medföra problem vid tillämpningen av olika författningar. Detta innebär att det som i delbetänkandet anges om kvinnor också gäller för de personer som har ändrat könstillhörighet från kvinna till man (KtM-personer) och behållit sin fortplantningsförmåga.

Utredningens utgångspunkter

Vår uppfattning är att människovärdesprincipen är central i frågor som rör assisterad befruktning, att det aldrig kan vara en mänsklig rättighet att till varje pris få föda ett eget barn och att barn som kommer till genom en assisterad befruktning inte får utsättas för större risker än andra barn. Vi anser också att en försiktighetsprincip bör tillämpas när nya grupper ges tillgång till assisterad befruktning. Det finns även andra principer som är centrala i frågor om assisterad befruktning. Som exempel kan nämnas principerna om barnets bästa, lika vård på lika villkor, icke-diskriminering och krav på informerat samtycke.

Vid ställningstaganden i frågor som rör assisterad befruktning måste det alltid ske en avvägning mellan olika intressen, varvid principen om barnets bästa bör tillmätas en särskild vikt. Samhället har i dessa fall ett särskilt ansvar för att bevaka och tillvarata det blivande barnets intressen.

Huvudregeln bör även fortsättningsvis vara att ett barn ska ha rätt till två föräldrar och dessutom garanteras två rättsliga föräldrar redan från födseln. En reglering om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör således betraktas som ett undantag från det som annars gäller.

Ändringar i lagen om genetisk integritet m.m.

De centrala reglerna om assisterad befruktning finns i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Reglerna innebär att gifta, registrerade partner och sambor kan genomgå en insemination eller befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Vårt uppdrag är, som tidigare nämnts, att ge ensamstående kvinnor en möjlighet att genomgå assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta och sambor.

Vi föreslår inledningsvis att det införs ett nytt begrepp i lagen, nämligen begreppet ”ensamstående kvinna”, och att begreppet definieras i 1 kap. 5 § lagen. Definitionen innebär att begreppet innefattar varje kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo. Vi föreslår också att bestämmelser om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor tas in som ett andra stycke i 6 kap. 1 § lagen (insemination) och 7 kap. 3 § lagen (befruktning utanför kroppen) samt att det nuvarande andra stycket i 6 kap. 1 § blir tredje stycket i samma paragraf.

I dag finns det ett krav på genetisk koppling vid assisterad befruktning. Kravet innebär att det vid en behandling inte är tillåtet att använda både donerade ägg och donerade spermier. Frågan om detta krav ska behållas eller inte kommer att behandlas i vårt slutbetänkande. Den omständigheten att kravet på genetisk koppling behålls tills vidare, föranleder ett tillägg i 7 kap. 3 § andra stycket lagen. Vi föreslår således att det där införs en bestämmelse om att det vid behandling av en ensamstående kvinna bara är tillåtet att använda kvinnans eget ägg.

Om ett par vill genomgå en behandling med donerade könsceller, ska den ansvariga läkaren pröva om det med hänsyn till parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. En behandling får bara utföras om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden (6 kap. 3 § och 7 kap. 5 § lagen). Vi har övervägt om införandet av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor föranleder några sakliga ändringar i dessa regler, och har kommit fram till att så inte är fallet. Vi föreslår därför att bestämmelserna bara ändras på så sätt att de också blir tillämpliga vid behandling av ensamstående kvinnor.

Ett par som vägras behandling har möjlighet att begära Socialstyrelsens prövning av frågan. En sådan möjlighet till överprövning bör naturligtvis finnas också för en ensamstående kvinna som vägras behandling. Detta föranleder ändringar i 6 kap. 3 § andra stycket och 7 kap. 5 § andra stycket lagen.

I 7 kap. 2 § lagen anges det, såvitt avser befruktning utanför kroppen, att en givare av ägg eller spermier ska vara myndig, att givaren ska lämna skriftligt samtycke till att ägget får befruktas eller att spermier får användas för befruktning samt att givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess befruktning skett. Det som i lagrummet anges om en spermiegivare bör i tillämpliga delar gälla också vid insemination. Vi föreslår därför att det införs en ny para-

graf i lagen, 6 kap. 1 a §, och att det i paragrafen föreskrivs att en givare av spermier ska vara myndig, att givaren ska lämna ett skriftligt samtycke till att hans spermier får användas för insemination och att en spermiegivare får återkalla sitt samtycke fram till dess att inseminationen har skett.

Det finns enligt lagen om genetisk integritet m.m. ingen möjlighet för en spermiegivare att begränsa sitt samtycke på så sätt att hans spermier bara får användas vid behandling av t.ex. olikkönade par. Det finns inte heller någon föreskrift som innebär att man vid behandling av samkönade par måste inhämta ett särskilt samtycke från spermiegivaren. Införandet av en möjlighet till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor föranleder inget behov av att ändra det som nu gäller. Det bör alltså inte införas någon föreskrift som innebär att en spermiegivare t.ex. kan välja bort ensamstående kvinnor som mottagare av hans spermier. Vi återkommer under rubriken Ikraftträdande och övergångsbestämmelser till vad som bör gälla för spermier som har donerats före de nya reglernas ikraftträdande.

I övriga avseenden bör det som nu gäller för par också gälla för ensamstående kvinnor. Detta innebär bl.a. att behandlingar av ensamstående kvinnor bör få utföras vid de sjukvårdsinrättningar som i dag får utföra motsvarande behandlingar av par.

Följändringar i föräldrabalken

Vi har övervägt vilka ändringar i föräldrabalken (FB) som är nödvändiga att genomföra med anledning av ändringarna i lagen om genetisk integritet m.m., och har kommit fram till att ändringsbehovet är begränsat.

Utgångspunkten bör vara att barnet i dessa fall bara får en rättslig förälder, nämligen modern. Vi har, med hänsyn till denna utgångspunkt, övervägt om det i föräldrabalken behöver införas undantag från det som nu gäller i vissa avseenden, dvs. särregleringar som bara blir tillämpliga när ett barn har tillkommit genom behandling av en ensamstående kvinna. Övervägandena har resulterat i bedömningen att så inte är fallet. Vi anser således att det inte behöver införas ett undantag från den faderskapspresumtion som innebär att en kvinnas make, oavsett om han är barnets biologiska far eller inte, per automatik ska anses som barnets far. I de undantagsfall där en kvinna gifter sig med en man mellan den assisterade befrukt-

ningen som ensamstående och barnets födelse, kan presumtionen – på samma sätt som i andra fall där presumtionen ger ett ”felaktigt” resultat – hävas med stöd av 1 kap. 2 § FB. Det bör inte heller införas ett förbud mot att fastställa spermiegivaren som far i sådana fall där en kvinna har genomgått en behandling som ensamstående. En man, vars spermier har använts vid behandlingen av en ensamstående kvinna, bör alltså – under förutsättningen att mannen och kvinnan eller det myndiga barnet är överens om det – kunna fastställas som far genom bekräftelse (se 1 kap. 4 § FB).

Frågan är då vad som bör gälla för den majoritet av fall i vilka en kvinna har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående och det t.ex. inte finns en make som på grund av faderskapspresumtionen ska anses som barnets far. Utgångspunkten bör i sådana fall vara att det inte behöver fastställas något faderskap eller föräldraskap. Vi föreslår därför att det i föräldraskapen införs en ny paragraf, 1 kap. 3 a § FB, i vilken det anges att faderskap eller föräldraskap inte behöver fastställas om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Användningen av ordet ”behöver” innebär här att det, även om förutsättningarna i paragrafen är uppfyllda, finns en möjlighet att genom bekräftelse fastställa spermiegivaren som barnets far (se ovan).

Det förhållandet att det i majoriteten av fall inte behöver fastställas något faderskap eller föräldraskap föranleder vissa ändringar i 2 kap. FB. Vi föreslår att det i 2 kap. 7 § FB införs ett nytt andra stycke där det anges att socialnämnden *ska* lägga ner en påbörjad faderskaps- eller föräldraskapsutredning om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda. Det nuvarande andra stycket i paragrafen blir då tredje stycket i samma paragraf. En ändring i 2 kap. 9 § andra stycket FB innebär att det som anges i 2 kap. 7 § andra stycket FB också ska gälla i sådana utredningar som inleds med stöd av den förstnämnda paragrafen. I övrigt bör det som anges i 2 kap. FB gälla också i här aktuella utredningar, om än i tillämpliga delar.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Författningsändringarna bör träda i kraft den 1 juli 2015. För att tillgodose det inom hälso- och sjukvården centrala kravet på informerat samtycke, föreslår vi att det i lagen om genetisk integritet m.m. införs en övergångsbestämmelse. Bestämmelsen innebär att spermier som har donerats före de nya reglernas ikraftträdande inte utan skriftligt samtycke från donatorn får användas vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

Konsekvenserna av våra förslag

Förslagen kommer att innebära en ökad efterfrågan på assisterad befruktning med donerade spermier inom svensk hälso- och sjukvård. Om denna efterfrågan tillgodoses fullt ut, kan kostnadsökningen för hälso- och sjukvården som helhet uppskattas till 60–80 miljoner kronor. Det blir, på samma sätt som vid tidigare författningsändringar på området, upp till varje landsting att bestämma hur tillgängliga resurser ska fördelas och att bestämma om möjligheten att få assisterad befruktning kan ske inom den befintliga verksamheten eller om denna typ av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna.

Förslagen bedöms i övrigt inte få annat än mindre eller marginella konsekvenser. Eventuella kostnadsökningar bedöms kunna hanteras med befintliga resurser eller inom befintliga ramar.

Vi vill samtidigt framhålla vikten av att det genomförs mer forskning på detta område och särskilt forskning som avser svenska förhållanden och konsekvenserna för barnen.

Summary

Inquiry remit

The overall remit of the inquiry is to consider different ways of increasing the possibilities for involuntarily childless people to become parents. We are to submit an interim report containing proposals to offer single women the possibility of assisted fertilisation to correspond to the possibilities for married and cohabiting couples. In the interim report, we are also to propose necessary consequential amendments to regulations concerning parenthood and other legislation. The other parts of the remit, which include issues to do with surrogacy, are to be reported on no later than 24 June 2015.

Scope

In this interim report, we offer only proposals that give single women the possibility of insemination and *in vitro* fertilisation (IVF) within the Swedish health care system, and proposals for necessary consequential amendments. We do not, therefore, offer proposals for changes in the regulations that apply when a child is conceived by a single woman following treatment abroad or by her own means. Furthermore, in principle we only deal with issues that are specific to single women. Issues that are of significance to both couples and single women, e.g. the question of whether assisted fertilisation using both donated eggs and donated sperm should be permitted, will not be tackled until the final report.

With respect to the interim report, the inquiry is not expected to propose new possibilities for two people to jointly become parents via assisted fertilisation. For this reason, no such proposals are made.

For people who have changed gender and retained their reproductive capacity, we consider that what has previously been stated – i.e. that the existing rules can be applied directly or analogically (see, for example, Government Bill 2012/13:107) – should apply until we take a position in the final report on the question of whether the current arrangements may cause problems in the application of various statutes. This means that all statements made concerning women in the interim report also apply to people who have changed gender from female to male (FTM) and retained their reproductive capacity.

The inquiry's starting points

In our view, the principle of human dignity is crucial in issues concerning assisted fertilisation; it can never be a human right to bear one's own child at any cost, and children conceived through assisted fertilisation must not be exposed to greater risks than other children. We also feel that the precautionary principle should be applied when giving new groups access to assisted fertilisation. Other principles are also crucial in issues to do with assisted fertilisation. These include the best interests of the child, equal care on equal terms, non-discrimination and the requirement of informed consent.

When taking positions on questions concerning assisted fertilisation, the various interests must always be weighed up, and the principle of the best interests of the child should be accorded particular importance. In such cases, society has a particular responsibility to oversee and safeguard the best interests of the prospective child.

The general rule should continue to be that a child has a right to two parents, and is guaranteed two legal parents, from birth. Regulations on assisted fertilisation for single women should therefore be seen as an exception to what otherwise applies.

Amendments to the Genetic Integrity Act

The key regulations concerning assisted fertilisation are found in the Genetic Integrity Act (2006:351). The regulations mean that married couples, registered partners and cohabiting partners can

undergo insemination or *in vitro* fertilisation within the Swedish health care system. As outlined above, our remit is to give single women a possibility to undergo assisted fertilisation corresponding to that available to married and cohabiting couples.

Firstly, we propose that a new term, 'single woman', be introduced into the Act and that the term be defined in Chapter 1, Section 5 of the Act. The definition includes any woman who is not married, a registered partner or a cohabiting partner. We also propose that the provisions concerning assisted fertilisation for single women be incorporated as a second paragraph in Chapter 6, Section 1 (insemination) and Chapter 7, Section 3 of the Act (*in vitro* fertilisation), and that the current second paragraph of Chapter 6, Section 1 become the third paragraph.

At present, there is a genetic link requirement associated with assisted fertilisation. This requirement means that treatment using both donated eggs and donated sperm is not permitted. The question of whether this requirement should be retained or not will be dealt with in our final report. The fact that the genetic link requirement will be retained for the time being necessitates an addendum in Chapter 7, Section 3, second paragraph of the Act. We therefore propose that a provision be inserted there to the effect that treatment of a single woman is only permitted using the woman's own egg.

If a couple wish to undergo treatment using donated reproductive cells, the responsible doctor must assess whether it is appropriate for treatment to take place, taking account of the couple's medical, psychological and social circumstances. Treatment may only take place if it can be assumed that the prospective child will grow up in favourable conditions (Chapter 6, Section 3 and Chapter 7, Section 5 of the Act). We have considered whether the introduction of the possibility of assisted fertilisation for single women requires any changes in substance to these regulations, and have concluded that it does not. We therefore propose that the provisions only be amended such that they will also be applicable to the treatment of single women.

A couple who are refused treatment have the possibility to request a review of their case by the National Board of Health and Welfare. Naturally, such a possibility of a review should also be available to a single woman who is refused treatment. This requires amendments to Chapter 6, Section 3, second paragraph and Chapter 7, Section 5, second paragraph of the Act.

In the case of *in vitro* fertilisation, Chapter 7, Section 2 of the Act states that a donor of eggs or sperm must be of age, must give consent in writing to the egg being fertilised or to the sperm being used for fertilisation, and may retract their consent up to the point of fertilisation. What is stated in the section of law concerning sperm donors should also apply, where relevant, to insemination. We therefore propose that a new section of law, Chapter 6, Section 1a, be introduced into the Act prescribing that a sperm donor must be of age, that the donor must give consent in writing to his sperm being used for insemination, and that a sperm donor may retract his consent up to the point of insemination.

Under the Genetic Integrity Act, there is no possibility for a sperm donor to limit his consent such that his sperm may only be used for the treatment of, for example, different-sex couples. Nor is there any provision to the effect that treatment of same-sex couples requires special consent to be obtained from the sperm donor. The introduction of the possibility of assisted fertilisation for single women does not require any amendment to the rules that currently apply. This means that no regulation should be introduced whereby a sperm donor can exclude single women as recipients of his sperm. We will address what rules should apply to sperm donated prior to the entry into force of the new regulations in the section 'Entry into force and transitional provisions'.

In all other respects, the rules that currently apply to couples should also apply to single women. This means, among other things, that it should be possible to treat single women at those medical facilities that are currently permitted to carry out equivalent treatment on couples.

Consequential amendments to the Children and Parents Code

We have considered what amendments are necessary to the Children and Parents Code in light of the amendments to the Genetic Integrity Act, and have concluded that the need for amendments is limited.

The basic premise should be that the child in these cases will only have one legal parent, the mother. In light of this premise, we have considered whether there is a need to introduce exceptions in the Children and Parents Code to the rules that currently apply in

some respects, i.e. special rules that are only applicable in cases where a child is conceived through treatment of a single woman. Our conclusion is that there is no need for this. We believe that there is no need to introduce an exception to the presumption of paternity whereby a woman's husband is automatically considered the child's father regardless of whether or not he is the child's biological father. In exceptional cases where a woman marries a man between an assisted fertilisation as a single woman and the birth of the child, the presumption can – in the same way as in other cases where it produces an 'incorrect' result – be annulled pursuant to Chapter 1, Section 2 of the Children and Parents Code. Nor should any prohibition be introduced on confirming that the sperm donor is the father in cases where a woman has undergone treatment when single. In other words, it should be possible to establish that a man whose sperm has been used in treatment of a single woman is the father via a confirmation process, provided that the man and woman, or the child, if of age, agree to this (see Chapter 1, Section 4 of the Children and Parents Code).

The question then remains what rules should apply in the majority of cases, where a woman has undergone assisted fertilisation while single and, for example, there is no husband to be considered the father of the child. In such cases, the basic premise should be that there is no need to establish paternity or parenthood. We therefore propose that a new section of law, Chapter 1, Section 3a, be introduced into the Children and Parents Code, stating that there is no need to establish paternity or parenthood if the mother has undergone insemination or *in vitro* fertilisation in accordance with the Genetic Integrity Act, she was single at the time of treatment in accordance with Chapter 1, Section 5 of that Act, and it is likely, in view of all of the circumstances, that the child was conceived via that treatment. The use of the term 'no need to' means that even if the conditions in the section are fulfilled, a possibility remains open to establish the sperm donor as the father of the child via a confirmation process (see above).

The fact that the majority of cases will not require paternity or parenthood to be established necessitates certain amendments to Chapter 2 of the Children and Parents Code. We propose that a new second paragraph be introduced into Chapter 2, Section 7 of the Code, stating that the Social Welfare Committee *must* discontinue any investigation of paternity or parenthood that has

already begun if the conditions in Chapter 1, Section 3a are fulfilled. The current second paragraph of this section would then become the third paragraph. An amendment should be made to Chapter 2, Section 9 of the Code, to the effect that what is stated in Chapter 2, Section 7 also applies to investigations initiated under Chapter 2, Section 9. In all other respects, what is stated in Chapter 2 of the Children and Parents Code should also apply to investigations in these cases, as far as is relevant.

Entry into force and transitional provisions

The legislative amendments should come into force on 1 July 2015. In order to satisfy the requirement of informed consent within the health care system, we propose that a transitional provision be introduced into the Genetic Integrity Act. Under this provision, sperm donated prior to the entry into force of the new regulations may not be used in assisted fertilisation of single women without express consent in writing from the donor.

Consequences of our proposals

The proposals will lead to increased demand within the health care system for assisted fertilisation using donated sperm. If this demand were met in full, the estimated cost increase for the health care system as a whole would be SEK 60–80 million. As was the case with previous legislative amendments in this area, it will be up to each county council to decide how available resources are to be allocated, and whether assisted fertilisation can be offered within existing activities or whether patients should be charged a fee for this type of treatment.

In all other respects, it is estimated that the consequences of these proposals will be small or marginal. It is estimated that any cost increases should be manageable using existing resources or within existing frameworks.

Nonetheless, we would like to emphasise the importance of further research in this area, and in particular research concerning the conditions in Sweden and the consequences for the children.

Vissa förkortningar och begrepp

Assisterad befruktning	Befruktning där spermier eller ägg hanteras utanför kroppen. Samlingsnamn på metoder för behandling av ofrivillig barnlöshet.
Barnkonventionen	FN:s konvention om barnets rättigheter från den 20 november 1989
bet.	betänkande
Biomedicinkonventionen	Europarådets konvention angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin
Donatorinsemination	Insemination med spermier från någon annan än kvinnans make eller sambo.
Ds	Departementsserien
EG	Europeiska gemenskaperna
Ensamstående kvinna	En kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo.

EU	Europeiska unionen
Europadomstolen	Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna
Europakonventionen	Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
EU:s rättighetsstadga	Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna
FB	Föräldrabalken (1949:381)
FN	Förenta nationerna
Givarinsemination	Se donatorinsemination.
HIV 1 och HIV 2	Två varianter av humant immunbristvirus.
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HTLV I och HTLV II	Två varianter av humant T-lymfotropt virus.
Insemination	En metod för assisterad befruktning som innebär att spermier förs in i livmodern via vaginan med tekniska hjälpmedel.
In vitro fertilisering (IVF)	En metod för assisterad befruktning som innebär att ett ägg befruktas utanför kroppen och sedan förs in i livmodern.

IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KtM-person	En person som har ändrat könstillhörighet från kvinna till man.
Kvinnokonventionen	FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor
Könsceller	Celler som används till befruktning, dvs. obefrukta ägg och spermier.
LU	Lagutskottet
Makeinsemination	Insemination med spermier från en kvinnas make eller sambo.
MtK-person	En person som har ändrat könstillhörighet från man till kvinna.
NJA	Nytt juridiskt arkiv
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
prop.	proposition
Q-IVF	Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning
RFSL	Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter

RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
rskr.	riksdagsskrivelse
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Smer	Statens medicinsk-etiska råd
SOSFS	Socialstyrelsens författnings-samling
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet
Spermiedonator och spermiegivare	En person som donerar sina spermier.
SvJT	Svensk Juristtidning
ÄB	Ärvdabalken (1958:637)
Äggdonator	En person som donerar sina ägg.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i föräldrabalken

Härigenom föreskrivs i fråga om föräldrabalken dels att 2 kap. 7 och 9 §§ ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 1 kap. 3 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 a §

Faderskap eller föräldraskap behöver inte fastställas om

– modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.,

– hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen, och

– det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen.

2 kap.

7 §¹

Socialnämnden får lägga *ned* en påbörjad utredning om faderskapet, om det

1. visar sig omöjligt att få *erforderliga* upplysningar för bedömning av faderskapsfrågan,

2. framstår som utsiktslöst att av domstol,

3. har lämnats samtycke av modern eller en särskilt förordnad vårdnadshavare enligt 4 kap. 5 a § till adoption av barnet, eller

4. av särskilda skäl finns anledning att anta att fortsatt utredning eller rättegång skulle vara till men för barnet eller utsetta modern för påfrestningar som innebär fara för hennes psykiska hälsa.

Socialnämndens beslut att lägga *ned* en påbörjad faderskapsutredning får överklagas *hos* länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas *hos* allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kamrarrätten.

Socialnämnden får lägga *ner* en påbörjad utredning om faderskapet, om det

1. visar sig omöjligt att få *tillräckliga* upplysningar för bedömning av faderskapsfrågan,

försöka få faderskapet fastställt

3. har lämnats *ett* samtycke av modern eller en särskilt förordnad vårdnadshavare enligt 4 kap. 5 a § till adoption av barnet, eller

4. av särskilda skäl finns anledning att anta att *en* fortsatt utredning eller *en* rättegång skulle vara till men för barnet eller utsetta modern för påfrestningar som innebär fara för hennes psykiska hälsa.

Socialnämnden ska lägga ner en påbörjad utredning om faderskapet om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda.

Socialnämndens beslut att lägga *ner* en påbörjad faderskapsutredning får överklagas *till* länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kamrarrätten.

¹ Senaste lydelse 1994:1433.

9 §²

Skall en viss man enligt 1 kap. 1 § anses som far till ett barn som står under någons vårdnad och har *barnet* hemvist i Sverige, *skall* socialnämnden, om vårdnadshavaren eller någon av vårdnadshavarna eller mannen begär det och det är lämpligt, utreda om någon annan man kan vara far till barnet eller om en kvinna *skall* anses som barnets förälder enligt 1 kap. 9 §.

I fråga om utredningen tillämpas 2–6 och 8 §§. Utredningen får läggas *ned*, om det finns skäl som anges i 7 § första stycket 1 eller 4 eller om det annars är lämpligt. *Vid utredning av en kvinnas föräldraskap tillämpas dock inte 6 §.*

Socialnämndens beslut att inte påbörja en utredning enligt denna paragraf eller att lägga *ned* en påbörjad utredning får överklagas *hos* länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas *hos* allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Om en viss man enligt 1 kap. 1 § *ska* anses som far till ett barn som står under någons vårdnad och *som* har hemvist i Sverige, *ska* socialnämnden, om vårdnadshavaren eller någon av vårdnadshavarna eller mannen begär det och det är lämpligt, utreda om någon annan man kan vara far till barnet eller om en kvinna *ska* anses som barnets förälder enligt 1 kap. 9 §.

I fråga om utredningen tillämpas 2–6 och 8 §§. *Vid utredning av en kvinnas föräldraskap tillämpas dock inte 6 §.* Utredningen får läggas *ner*, om det finns skäl som anges i 7 § första stycket 1 eller 4 eller om det annars är lämpligt. *Utredningen ska läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda.*

Socialnämndens beslut att inte påbörja en utredning enligt denna paragraf eller att lägga *ner* en påbörjad utredning får överklagas *till* länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

² Senaste lydelse 2005:434.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

dels att 1 kap. 5 §, 6 kap. 1 och 3 §§ samt 7 kap. 3 och 5 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 6 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap. 5 §

I denna lag betyder

genetisk undersökning: en undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom molekyलगenetisk, mikrobiologisk, immunologisk, biokemisk, cytogenetisk eller därmed jämförlig analysmetod eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar,

genetisk information: information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd,

fosterdiagnostik: medicinsk undersökning av en gravid kvinna och det foster hon bär på,

genetisk fosterdiagnostik: genetisk undersökning av foster eller en gravid kvinna för att få information om fostrets sjukdomar, sjukdomsanlag och missbildningar genom fostervattensprov, moderkaksprov eller blodprov,

preimplantatorisk genetisk diagnostik: genetisk undersökning av ett befruktat ägg innan detta implanteras i en kvinnas livmoder,

genterapi: en behandling som innebär att en frisk gen med hjälp av en bärare (vektor) förs in i celler hos en individ som har en genetisk sjukdom,

insemination: att föra in spermier i en kvinna på konstlad väg, *insemination*: att föra in spermier i en kvinna på konstlad väg, *samt*

somatisk cellkärnöverföring: att cellkärnan i ett ägg ersätts med *somatisk cellkärnöverföring*: att cellkärnan i ett ägg ersätts med

kärnan från en kroppscell.

kärnan från en kroppscell, *samt ensamstående kvinna: en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo.*

6 kap.

1 §³

Insemination får utföras endast om kvinnan är gift eller sambo. För inseminationen krävs skriftligt samtycke av maken eller sambon.

En insemination får utföras om kvinnan är gift eller sambo och hennes make eller sambo skriftligen har samtyckt till det.

En insemination får också utföras om kvinnan är en ensamstående kvinna.

Det som i detta kapitel sägs om make gäller också registrerad partner.

1 a §

En givare av spermier ska vara myndig. Givaren ska lämna ett skriftligt samtycke till att hans spermier får användas för insemination. Givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess att inseminationen har skett.

3 §

Vid insemination som avses i 2 § *skall läkaren* pröva om det med hänsyn till makarnas *eller* sambornas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att inseminationen äger rum. Inseminationen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Vid en insemination som avses i 2 § *ska en läkare* pröva om det med hänsyn till makarnas, sambornas *eller den ensamstående kvinnans* medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att inseminationen äger rum. Inseminationen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

³ Senaste lydelse 2009:262.

Vägras insemination, får makarna *eller* samborna begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Om insemination *vägras*, får makarna, samborna *eller* den *ensamstående kvinnan* begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

7 kap.

3 §

Ett befruktat ägg får föras in i en kvinnas kropp *endast* om kvinnan är gift eller sambo och *maken* eller *sambon* skriftligen samtyckt till *detta*. Om ägget inte är kvinnans eget, *skall* ägget ha befruktats av makens eller sambons spermier.

Ett befruktat ägg får föras in i en kvinnas kropp om kvinnan är gift eller sambo och *hennes make* eller *sambo* skriftligen *har* samtyckt till *det*. Om ägget inte är kvinnans eget, *ska* ägget ha befruktats av makens eller sambons spermier.

Ett befruktat ägg får också föras in i en ensamstående kvinnas kropp. Ägget ska då vara kvinnans eget.

5 §

Om befruktning utanför kroppen *skall* utföras *med ett annat ägg än kvinnans eget* eller med en spermie från en man som inte är kvinnans make eller sambo, *skall* en läkare pröva om det med hänsyn till makarnas *eller* sambornas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att det äger rum en befruktning utanför kroppen. *Befruktning* utanför kroppen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Om *en* befruktning utanför kroppen *ska* utföras med en spermie från en man som inte är kvinnans make eller sambo, *ska* en läkare pröva om det med hänsyn till makarnas, sambornas *eller* den *ensamstående kvinnans* medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att det äger rum en befruktning utanför kroppen. *Detsamma gäller om makar eller sambor ska genomgå en befruktning utanför kroppen och behandlingen ska utföras med ett annat ägg än kvinnans eget. En befruktning utanför kroppen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.*

Vägras befruktning utanför kroppen, får makarna *eller* samsamma begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Om befruktning utanför kroppen *vägras*, får makarna, samsamma *eller den ensamstående kvinnan* begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

2. Spermier som har donerats före denna lags ikraftträdande får inte utan skriftligt samtycke från spermiegivaren användas vid insemination eller befruktning utanför kroppen för ensamstående kvinnor.

2 Vårt uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

I Sverige finns det många personer som av medicinska eller andra skäl är ofrivilligt barnlösa. Det finns numera olika metoder för att behandla ofrivillig barnlöshet. Ett samlingsnamn för dessa metoder är assisterad befruktning. I dagsläget erbjuds assisterad befruktning för de par som är gifta, registrerade partner eller sambor och i vilka det finns minst en person som kan bära och föda ett barn. En förutsättning är dock att minst en av personerna i paret har fungerande könsceller, eftersom det inte är tillåtet att samtidigt använda donerade spermier och donerade ägg. Någon möjlighet till behandling för ensamstående personer finns inte inom den svenska hälso- och sjukvården.

Utredningens direktiv, vilka bifogas som bilaga 1, beslutades vid ett regeringssammanträde den 19 juni 2013. Till grund för direktiven låg bl.a. ett tillkännagivande från riksdagen som innebär att regeringen, efter att ha vidtagit de utredningsåtgärder som krävs, skyndsamt ska återkomma till riksdagen med ett lagförslag som ger ensamstående kvinnor rätt till assisterad befruktning på samma sätt som olikkönade respektive samkönade par redan har enligt gällande rätt (bet. 2011/12:SoU26 och rskr. 2011/12:180). I tillkännagivandet anges det att regeringen också ska vidta utredningsåtgärder som innefattar en förutsättningslös prövning av frågor om surrogatmoderskap.

Utredningens övergripande uppdrag är att överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att kunna bli föräldrar. I uppdraget ingår att

- lämna förslag som ger ensamstående en möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor,

- ta ställning till om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna vid assisterad befruktning,
- ta ställning till om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige, med utgångspunkten att detta i sådant fall ska vara altruistiskt,
- ta ställning till om det behövs särskilda regler för de barn som har tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands,
- ta ställning till om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av bl.a. den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen, samt
- föreslå behövliga följdändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen och i annan lagstiftning.

Den del av uppdraget som avser ensamståendes möjligheter till assisterad befruktning och nödvändiga följdändringar ska enligt direktiven redovisas genom ett delbetänkande senast den 14 maj 2014. Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 24 juni 2015.

I detta delbetänkande behandlar vi bara den del av uppdraget som avser assisterad befruktning för ensamstående. Vi ska i det följande redovisa vår tolkning av vad uppdraget i denna del innefattar.

Vårt uppdrag är inte att överväga om ensamstående ska ges en möjlighet till assisterad befruktning. Vi ska i stället lämna förslag som ger ensamstående möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor. Att möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående ska införas, betraktar vi alltså som en given förutsättning i vårt arbete.

Riksdagen har i sitt tillkännagivande efterfrågat ett lagförslag som ger ensamstående kvinnor en rätt till assisterad befruktning *på samma sätt* som olikkönade och samkönade par redan har enligt gällande lag. I våra direktiv används en något annorlunda skrivning. Där anges det att vi ska lämna förslag som ger ensamstående en möjlighet till assisterad befruktning *i motsvarande utsträckning* som gifta par och sambor. Vår tolkning är att man i tillkännagivandet och direktiven har avsett i stort sett detsamma, nämligen att det ska föreslås en lagreglering som ger ensamstående kvinnor en möjlighet att genomgå assisterad befruktning under väsentligen samma förutsättningar som gifta, registrerade partner och sambor. Anledningen

till att man i direktiven har valt uttrycket "ensamstående" i stället för "ensamstående kvinnor" torde ha sin förklaring i att personer som ändrar könstillhörighet från kvinna till man, s.k. KtM-personer, numera kan behålla sin fortplantningsförmåga och således föda ett barn. Anledningen till att man har valt uttrycket "i motsvarande utsträckning" i stället för "på samma sätt" torde ha sin förklaring i att en reglering om assisterad befruktning för ensamstående i vissa avseenden kan behöva utformas på ett lite annorlunda sätt än motsvarande reglering för gifta, registrerade partner och sambor.

Den huvudsakliga regleringen om assisterad befruktning finns i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Lagen innehåller bestämmelser om assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård och de där tillåtna metoderna, nämligen insemination och befruktning utanför kroppen. Vår tolkning av direktiven innebär att vi i delbetänkandet ska föreslå en reglering för ensamstående kvinnor som är förenlig med vad som nu gäller för par, dvs. en reglering som ger ensamstående kvinnor en möjlighet till insemination och befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Vi behöver i delbetänkandet således inte överväga en reglering som i fråga om användningen av donerade ägg är annorlunda än den som gäller för par. Vi behöver inte heller behandla andra frågor som har en nära anknytning till de frågor som ska behandlas först i slutbetänkandet. Som exempel kan nämnas frågan om det bör genomföras ändringar i nuvarande lagstiftning på grund av att det tidigare kravet på sterilisering och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet har avskaffats. Ett ställningstagande i dessa frågor kan för övrigt medföra inlåsningseffekter och negativt påverka vårt fortsatta arbete. Frågorna bör därför behandlas samlat och först i slutbetänkandet.

När det gäller de personer som har ändrat könstillhörighet och behållit sin fortplantningsförmåga, anser vi att det som tidigare sagts – dvs. att befintliga regler kan tillämpas direkt eller analogt (se prop. 2012/13:107, bet. 2012/13:SoU24 och rskr. 2012/13:231) – bör gälla till dess att vi i slutbetänkandet har tagit ställning i frågan om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av olika författningar. Detta innebär – om inte annat anges eller framgår av sammanhanget – att det som i delbetänkandet sägs om kvinnor också gäller för de personer som har ändrat könstillhörighet från kvinna till man (s.k. KtM-personer) och som har behållit sin fortplantningsförmåga.

Ordet kvinnor innefattar naturligtvis också de personer som har ändrat sin könstillhörighet från man till kvinna (s.k. MtK-personer). Dessa personer saknar dock både ägg och livmoder och kan därför inte genomgå en assisterad befruktning som ensamstående.

Enligt direktiven ska vi i delbetänkandet också ta ställning till hur den föräldraskapsrättsliga regleringen och annan lagstiftning ska anpassas till att ensamstående ges möjlighet till assisterad befruktning. Uppdraget i denna del har begränsats till att avse nödvändiga följdändringar. Delbetänkandet innehåller således inga förslag till ändringar i de regler som gäller när ett barn har tillkommit genom t.ex. behandling av en ensamstående kvinna i utlandet.

Vi har i det föregående sagt att frågor som har betydelse för både par och ensamstående tas upp först i slutbetänkandet. En konsekvens av detta är att vissa förslag i delbetänkandet kan behöva revideras i slutbetänkandet.

2.2 Utredningens arbete

Utredningen påbörjade sitt arbete i augusti 2013 och höll sitt första utredningssammanträde i oktober samma år. Inför avfattandet av detta delbetänkande har ytterligare tre utredningssammanträden hållits.

Vi har under arbetets gång tagit del av en stor mängd skriftligt material, bl.a. tidigare utredningar och förarbeten samt olika forskningsstudier om assisterad befruktning. Vi har också haft möten med företrädare för fertilitetskliniken på Rigshospitalet i Köpenhamn, Reproduktionsmedicinskt centrum vid Skånes universitetssjukhus, Familjerättsbyrån i Malmö och Statens medicinsk-etiska råd (Smer) samt genomfört en hearing med företrädare för olika organisationer och myndigheter. En sammanfattning av de synpunkter som framfördes vid hearingen finns i bilaga 2. För att öka vår kunskap om spermiedonatorers syn på donation till ensamstående kvinnor, har vi dessutom, med hjälp av de sju kliniker som för närvarande utför befruktning utanför kroppen med donerade könsceller, genomfört en mindre enkätundersökning.

Viss statistik har inhämtats från Finland och Danmark.

2.3 Betänkandets disposition

Våra författningsförslag finns i kapitel 1. En definition av uttrycket ”ofrivillig barnlöshet” och en redogörelse för problemets omfattning finns i kapitel 3. Där redogör vi också kortfattat för orsakerna till ofrivillig barnlöshet och för de behandlingar och metoder som i dag används för att avhjälpa barnlöshet. I kapitel 4 redogör vi för gällande rätt i relevanta delar. En internationell utblick, med redogörelser för vissa internationella instrument och för rättsläget i några andra länder, finns i kapitel 5. Därefter följer kapitel 6 om tidigare utgångspunkter. I det kapitlet beskriver vi hur statsmakternas syn på assisterad befruktning har förändrats över tid och de utgångspunkter som har varit styrande vid tidigare författningsändringar på området. Kapitlet innehåller också en exemplifiering av de argument som har framförts i debatten om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor och en beskrivning av riksdagens tillkännagivande under våren 2012 samt en redogörelse för Statens medicinsk-etiska råds senaste överväganden i frågor som rör assisterad befruktning. Våra egna överväganden finns i kapitel 7. I kapitel 8 behandlar vi frågan om ikraftträdande och behovet av övergångsbestämmelser och i kapitel 9 behandlar vi ekonomiska och andra konsekvenser. Sist i betänkandet, i kapitel 10, finns kommentarer till de författningsändringar som vi föreslår.

3 Ofrivillig barnlöshet

3.1 Definition och omfattning

I Sverige brukar ett olikkönat par definieras som ofrivilligt barnlöst om de regelbundet har haft oskyddade samlag under ett års tid utan att detta gett upphov till ett barn. För andra par och ensamstående finns det inga tydliga definitioner av ofrivillig barnlöshet.¹ Här används uttrycket ”ofrivillig barnlöshet” för samtliga par eller personer som av någon anledning är ofrivilligt barnlösa, dvs. oavsett om de har en medicinsk infertilitet eller inte.²

Ofrivillig barnlöshet är för många personer ett stort problem, både medicinskt och socialt. Man brukar räkna med att ofrivillig barnlöshet drabbar cirka 10–15 procent av alla olikkönade par i fertil ålder. Någon säker uppgift om andelen eller antalet andra ofrivilligt barnlösa personer finns inte.

3.2 Orsaker till barnlöshet

Orsaken till barnlöshet kan vara medicinsk, social, psykologisk eller ekonomisk. I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1) delas ofrivilligt barnlösa in i sex grupper. Den första gruppen innefattar personer som av medicinska skäl inte kan få barn. Hit hör kvinnor med äggledarproblem, hormonella rubbningar och nedsatt äggkvalitet samt kvinnor med svårighet att bära ett barn, t.ex. på grund av en icke fungerande livmoder. Hit hör också män med nedsatt spermiekvalitet och män som saknar spermier samt sådana fall där orsaken till barnlöshet är oklar. De andra fem grupperna innefattar, enligt rapporten, personer som av andra

¹ Se bl.a. Sveriges Kommuner och Landstings rapport *Assisterad befruktning – kartläggning och landstingens erbjudande, november 2012 – version 2* s. 7.

² Jfr s. 39 i Statens medicinsk-etiska råds rapport *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från februari 2013 (Smer 2013:1).

skäl inte kan få barn. Dessa är samkönade par (grupp 2), transgenderpar och transgenderpersoner (grupp 3), ensamstående kvinnor och män (grupp 4), par som av olika skäl har svårigheter att genomföra ett samlag (grupp 5) och asexuella (grupp 6). Alla dessa grupper omfattas av vår definition av uttrycket ”ofrivilligt barnlösa”.

3.3 Behandlingar och metoder

Möjligheten att medicinskt behandla ofrivillig barnlöshet har förbättrats avsevärt under senare år och utvecklingen inom reproduktionsteknologin går snabbt framåt. Nya metoder har tillkommit och den moderna tekniken har inneburit dels att ingreppen förenklasts, dels att risken för komplikationer minskat. En del metoder som nu befinner sig på forskningsstadiet, kan komma att användas i framtiden.

I dag kan man ofta hitta orsaken till ofrivillig barnlöshet med hjälp av t.ex. ultraljud, hormonbestämningar, immunologiska tester och genetiska tester. Orsaken kan i en del fall undanröjas genom en operation. I en del andra fall kan ofrivilligt barnlösa bli föräldrar genom assisterad befruktning eller adoption. Assisterad befruktning kommer att behandlas i nästa kapitel.

I vissa fall är det inte möjligt att avhjälpa en ofrivillig barnlöshet. Orsaken till detta kan givetvis vara medicinsk. Det finns dock även andra omständigheter som påverkar ofrivilligt barnlösa personers möjligheter att bli föräldrar. Som exempel på sådana omständigheter kan nämnas den rättsliga regleringens utformning och en del länders ovilja att acceptera bl.a. samkönade par som adoptivföräldrar.

Vi ska inom ramen för vårt uppdrag överväga om man kan utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att bli föräldrar. I detta betänkande lämnar vi förslag som avser en viss grupp av ofrivilligt barnlösa, nämligen ensamstående kvinnor.

4 Gällande rätt

4.1 Inledning

Många ofrivilligt barnlösa kan bli föräldrar genom en assisterad befruktning. I Sverige finns det två godkända varianter av assisterad befruktning, nämligen insemination och befruktning utanför kroppen. Den senare metoden kallas också in vitro-fertilisering (IVF) eller provrörsbefruktning.

Insemination, som innebär att en mans sperma förs in i en kvinna med hjälp av tekniska hjälpmedel, har förekommit i svensk sjukvård sedan i vart fall 1920-talet. Metoden lagreglerades dock inte förrän år 1985 och då genom den numera upphävda lagen (1984:1140) om insemination.

Befruktning utanför kroppen innebär att ett ägg tas ut ur en kvinna och befruktas utanför hennes kropp. När ägget har befruktats, förs det in i kvinnans eller en annan kvinnas livmoder. Vid en befruktning utanför kroppen hanteras således både ägg och spermier utanför kroppen. Metoden har inte tillämpats lika länge som insemination. Det första barnet som kom till genom en befruktning utanför kroppen föddes i Storbritannien år 1978. Det första barnet som kom till på detta sätt i Sverige föddes år 1982. Metoden lagreglerades år 1989 genom den numera upphävda lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen.

Bestämmelser om insemination och befruktning utanför kroppen finns i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. och förordningen (2006:358) med samma namn. Dessa bestämmelser kompletteras av bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m. (SOSFS 2009:32) och Socialstyrelsens föreskrifter om donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler (SOSFS 2009:30).

Vi kommer i avsnitt 4.2 att redogöra för den reglering som finns om assisterad befruktning i Sverige. Regleringen i de specifika författningarna om assisterad befruktning är dock inte uttömmande. Till den del som verksamheten innefattar hälso- och sjukvård, gäller också lagstiftningen på det området. Redogörelsen inleds därför med en beskrivning av vissa centrala bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Efter det följer en beskrivning av förutsättningarna för assisterad befruktning, tillåtna metoder för sådan befruktning och de särskilda regler som gäller vid användningen av donerade könsceller. Avslutningsvis behandlar vi också vissa förbuds- och ansvarsbestämmelser.

Regleringen om assisterad befruktning har föranlett särskilda regler om moderskap och faderskap, men också om föräldraskapet för den kvinna i ett samkönat par som inte är barnets mor. Dessa regler finns i föräldrabalken och behandlas i avsnitt 4.3. I det avsnittet behandlas också de regler som finns om förfarandet i socialnämnden och i domstol.

4.2 Assisterad befruktning

4.2.1 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Allmänna bestämmelser

Målet för hälso- och sjukvården ska vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt uppfylla kraven på god vård. Det senare innebär att vården ska vara av god kvalitet och lättillgänglig. Det innebär också att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § och 2 a § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763], HSL).

Varje patient ska ges en individuellt anpassad information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Patienten ska också ges en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller kraven i fråga om vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Om det finns flera tänkbara behandlingsalternativ, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska också ges den valda behandlingen

om det med hänsyn till aktuell sjukdom eller skada och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (2 a § andra stycket, 2 b § och 3 a § första stycket HSL samt 6 kap. 1 § patient-säkerhetslagen [2010:659]).

Förbud mot diskriminering

Inom hälso- och sjukvården råder ett förbud mot diskriminering. Förbudet, som gäller även för annan medicinsk verksamhet, hindrar dock inte att kvinnor och män behandlas olika om en sådan behandling har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Detsamma gäller för särbehandling på grund av ålder (2 kap. 13–13 b §§ diskrimineringenslagen [2008:567]).

Personuppgiftsbehandling och sekretess

Informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad på ett sådant sätt att den bl.a. tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet. Personuppgifter ska utformas och behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. De ska också hanteras och bevaras så att obehöriga inte får tillgång till dem (1 kap. 2 § patientdatalagen [2008:355]).

Personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. patientdatalagen, bl.a. skyldigheten att föra patientjournal, och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienten. Personuppgifter får också behandlas om det behövs för att t.ex. upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning (2 kap. 4 § första stycket 1 och 3 samma lag).

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Som exempel kan nämnas uppgifter om patientens identitet, bakgrunden till vården och ställd diagnos samt uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Som ytterligare exempel kan nämnas uppgifter om den information som har lämnats till patienten och de ställningstaganden som har gjorts i fråga om valet av behandlingsalternativ. En patientjournal får också innehålla andra uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal (3 kap. 7 § patientdatalagen).

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom eller henne lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis insemination och befruktning utanför kroppen (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Sekretessen hindrar dock inte att uppgifter lämnas till en enskild enligt vad som föreskrivs i 6 och 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m. (25 kap. 11 § 6 OSL). Denna sekretessbrytande bestämmelse gör det möjligt för de barn som har kommit till genom en assisterad befruktning med done-rade könsceller att få information om donatorn (se avsnitt 4.2.3).

4.2.2 Allmänna förutsättningar för assisterad befruktning

Parförhållande och samtycke

En första förutsättning för att en person enligt svensk lag ska kunna genomgå assisterad befruktning är att han eller hon är gift, registrerad partner eller sambo. Såväl olikkönade som samkönade par kan genomgå en assisterad befruktning. En ensamstående person kan däremot inte komma i fråga för sådan behandling. Kravet på parförhållande har motiverats med att ett barn bör garanteras två rättsliga föräldrar som kan ge barnet ekonomisk, social och rättslig trygghet (se t.ex. prop. 2004/05:137 s. 42).

En andra förutsättning är att det i paret finns en kvinna som kan bära och föda barnet. Ett par som består av två män kan således inte komma i fråga för assisterad befruktning. Inte heller sådana par i vilka kvinnan t.ex. saknar en livmoder kan komma i fråga för sådan behandling. En tredje förutsättning är att den andra personen i paret, dvs. den person som inte ska bära och föda barnet, lämnar sitt samtycke till den assisterade befruktningen. Samtycket ska lämnas skriftligen (6 kap. 1 § och 7 kap. 3 § lagen om genetisk integritet m.m.) och på en av Socialstyrelsen framtagen blankett (4 kap. 3 § i SOSFS 2009:32). Genom att lämna sitt samtycke visar personen att han eller hon är beredd att ta på sig det faktiska faderskapet eller föräldraskapet till det blivande barnet (prop. 1984/85:2 s. 10–11).

Den ansvariga läkaren ska ta del av det skriftliga samtycket och bekräfta det genom en signering på samtyckeshandlingen. Läkaren

ska också informera paret om samtyckets innebörd, att samtycket gäller tills vidare, att en återkallelse av samtycket kan göras muntligen eller skriftligen, att den ansvariga läkaren omgående ska underrättas om att ett samtycke har återkallats och att en återkallelse gäller från den tidpunkt då läkaren har underrättats om återkallelsen. Om ett samtycke återkallas, ska den ansvariga läkaren bekräfta det genom en signering på samtyckeshandlingen (4 kap. 4 § i SOSFS 2009:32).

Undersökningar och bedömningar

Det finns även andra förutsättningar som måste vara uppfyllda för att ett par ska kunna genomgå en assisterad befruktning. En sådan förutsättning är att paret inte bedöms ha rimliga möjligheter att få barn utan assisterad befruktning. En annan förutsättning är att paret bedöms ha medicinska förutsättningar att få barn genom en assisterad befruktning. För att göra dessa bedömningar, krävs att paret genomgår undersökningar av olika slag, bl.a. gynekologisk eller urologisk undersökning. Man undersöker också nivåerna av vissa hormoner hos kvinnan och, om behandlingen avser ett olikkönat par, mannens spermier.

Paret ska testas för förekomst av markörer för smittämnen HIV 1 och HIV 2, Hepatit B och C, HTLV I och II samt syfilis (*Treponema pallidum*). Paret kan i vissa fall också behöva testas för förekomst av malaria och tuberkulos (4 kap. 7 och 8 §§ i SOSFS 2009:32). Uppgifter om testresultaten ska dokumenteras och paret ska informeras om såväl resultaten som konsekvenserna av resultaten. En assisterad befruktning får bara utföras om det bedöms osannolikt att en smitta eller sjukdom som anges i 4 kap. 7 och 8 §§ SOSFS 2009:32 kan överföras på barnet genom befruktningen. En assisterad befruktning får dessutom aldrig utföras om en annan smitta eller sjukdom än de som anges i 7 och 8 §§ SOSFS 2009:32 kan riskera mottagarens eller barnets liv eller hälsa (4 kap. 9–10 §§ i SOSFS 2009:32).

I anslutning till testerna och undersökningarna ska en bedömning göras för att säkerställa om det med hänsyn till kvinnans eller barnets säkerhet är lämpligt att kvinnan genomgår en graviditet. En assisterad befruktning får inte utföras om en graviditet t.ex. kan riskera kvinnans eller barnets liv eller hälsa (4 kap. 9–10 §§ SOSFS).

4.2.3 Särskilda förutsättningar vid användning av donerade könsceller

Genetisk koppling

Det ska vid assisterad befruktning alltid finnas en genetisk koppling mellan barnet och minst en av föräldrarna. Det sagda innebär att åtminstone en av personerna i paret måste ha könsceller som kan användas vid befruktningen. Samtidig användning av donerade ägg och donerade spermier är alltså inte tillåten. En konsekvens av detta är att det inte är tillåtet för den ena kvinnan i ett samkönat par att donera sina ägg för användning vid behandling av den andra kvinnan i paret, trots att barnet då skulle få en genetisk koppling till en av sina föräldrar. Förbudet mot samtidig användning av donerade spermier och donerade ägg har i förarbetena motiverats med bl.a. att en annan ordning kan ses som en alltför långtgående strävan att med tekniska insatser kompensera livets ofullkomlighet (prop. 2001/02:89 s. 52).

Särskild prövning

Inför en assisterad befruktning med donerade könsceller måste paret, förutom allmänna tester och undersökningar, genomgå en särskild prövning. Vid denna prövning ska en läkare bedöma om det med hänsyn till parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att den assisterade befruktningen äger rum. En assisterad befruktning med donerade könsceller får bara utföras om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden (6 kap. 3 § och 7 kap. 5 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Vid den särskilda prövningen bör läkarens bedömning utgå från parets möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt. Hänsyn bör tas till parets ålder¹, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar. Hänsyn bör också tas till parets inbördes relation, levnadsförhållanden och inställning till att berätta för barnet om dess biologiska ursprung. Vid prövningen av parets psykologiska och sociala förhållanden bör en yrkes-

¹ Det finns ingen absolut åldersgräns för assisterad befruktning. Regeringen har dock uttalat bl.a. att befruktning utanför kroppen inte bör komma i fråga för kvinnor som har passerat den ålder då kvinnors fertilitet normalt avtar (prop. 2001/02:89 s. 61).

utövare med beteendevetenskaplig kompetens delta. Samtal bör hållas med personerna tillsammans och med var och en för sig. När den särskilda prövningen är gjord, ska paret ges en individuell anpassad information (4 kap. 12 § SOSFS 2009:30 och de allmänna råd som följer efter föreskriften).

Om en assisterad befruktning vägras, ska den ansvariga läkaren informera paret om skälen till det. Paret ska också informeras om att de kan begära Socialstyrelsens prövning av frågan (6 kap. 3 § och 7 kap. 5 § lagen om genetisk integritet m.m.). Socialstyrelsens beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövnings-tillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten (8 kap. 1 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Krav i fråga om donatorn

En användning av donerade könsceller kräver naturligtvis att det finns en lämplig donator. Det krävs också att han eller hon är införstådd med de konsekvenser som en donation kan medföra senare i livet. Om donationen avser ägg eller spermier till en befruktning utanför kroppen, gäller dessutom uttryckliga krav på att donatorn ska vara myndig vid donationen och att han eller hon har lämnat sitt skriftliga samtycke till att spermier får användas för befruktning respektive att äggen får befruktas (7 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.). Några motsvarande krav finns inte vid insemination med donerade spermier.² Fertilitetskliniker brukar dock ändå, oavsett typen av assisterad befruktning, kräva att en spermiedonator är 18–55 år och att en äggdonator är högst 36 år.³

En person som vill donera ägg eller spermier måste först lämna uppgifter om sin ålder, hälsa och sjukdomshistoria (en s.k. hälsodeklaration). Han eller hon måste också genomgå en personlig intervju och tester av olika slag. Den personliga intervjun utförs av en kurator eller en annan person med motsvarande kompetens och testerna avser HIV 1 och HIV 2, hepatit B och C, HTLV I och HTLV II samt syfilis. En person som vill donera spermier ska dessutom testas för klamydiainfektion och gonorré. I vissa fall kan det vara aktuellt att utföra ytterligare tester eller genetisk scree-

² I betänkandet *En ny biobankslag* (SOU 2010:81) har det föreslagits att det i 6 kap. lagen om genetisk integritet m.m., som handlar om insemination, införs ett lagrum som i allt väsentligt motsvarar innehållet i 7 kap. 2 § lagen. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

³ Rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1) s. 55–56.

ning. Vid donation av spermier ska spermierna hållas åtskilda från andra vävnader och celler i minst 180 dagar. Donatorn ska därefter på nytt testas för HIV 1 och HIV 2, hepatit B och C, HTLV I och HTLV II. När en person har genomgått alla tester, görs en bedömning av om han eller hon kan godkännas som donator (4 kap. 22 § och bilaga 4 i SOSFS 2009:30 samt 4 kap. 6 § SOSFS 2009:32).

Informationen till en blivande donator ska innefatta information om förutsättningarna för en donation enligt 6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m. samt information om de rättsliga, psykologiska och sociala konsekvenser som donationen kan ge upphov till. I det senare ingår information om ett blivande barns rätt till uppgifter om sitt genetiska ursprung och att ett blivande barn kan komma att kontakta donatorn i framtiden (4 kap. 4 § SOSFS 2009:30).

Om de donerade könscellerna ska användas vid en befruktning utanför kroppen, måste donatorn som sagt lämna sitt skriftliga samtycke till att äggen får befruktas eller att spermierna får användas för befruktning. Samtycket får återkallas fram till dess att befruktning har skett (7 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Krav i fråga om donerade könsceller

Det är den behandlande läkaren som väljer vilka donerade ägg eller spermier som ska användas vid en assisterad befruktning. Könscellerna kan vara färska eller frysta. Läkaren ska se till att de donerade könscellerna kommer från en lämplig givare. Könsceller från en avliden person får inte användas (6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m.). Förbudet mot användning av könsceller från avlidna personer har motiverats med att en annan ordning skulle strida mot den humanistiska människosynen. Den skulle också kunna få negativa psykologiska konsekvenser för det blivande barnet (prop. 2001/02:89 s. 44). Kontrollen av att donatorn fortfarande är i livet vid den assisterade befruktningen ska göras av den behandlande läkaren (4 kap. 14 § andra stycket SOSFS 2009:32).

En läkare får vid valet av könsceller, om paret så önskar, välja könsceller från en donator som liknar de blivande föräldrarna i fråga om t.ex. hår- och ögonfärg samt kroppskonstitution. Läkaren får däremot inte tillgodose sådana önskemål som faller utanför de egenskaper som eftersträvas för att ett barn ska vara likt de övriga

familjemedlemmarna. Det är t.ex. inte tillåtet att tillgodose önskemål om att donatorn ska ha en hög intelligenskvot eller om att barnet ska få ett visst kön. Det är samtidigt inte förbjudet för en läkare att välja könsceller från en donator som paret själv har pekat ut, t.ex. en släkting eller nära vän. Läkaren måste i sådana fall dock beakta de inblandade personernas motiv för det och deras möjligheter att klara sina framtida inbördes relationer (prop. 1984/85:2 s. 26 och prop. 2001/02:89 s. 44). Vid befruktning utanför kroppen är det också tillåtet att välja bort sådana befruktade ägg som bär på anlag för vissa allvarliga sjukdomar (4 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Det finns även andra regler som en läkare måste följa vid assisterad befruktning. En sådan regel är att en kvinna under en och samma menstruationscykel bara får insemineras med spermier från *en* donator. Vid befruktning utanför kroppen gäller i stället en begränsning i fråga om det antal ägg som får föras in i en kvinna. Huvudregeln är att det vid en och samma behandling bara får föras in ett ägg i kvinnans livmoder. Undantag kan göras om risken för tvillinggraviditet bedöms som liten. I det senare fallet får högst två ägg föras in i kvinnans livmoder och båda äggen måste komma från samma donator. Paret ska i sådana fall också informeras om risken för tvillinggraviditet och erbjudas samtal med en barnläkare (4 kap. 15–16 §§ SOSFS 2009:32).

Det finns en allmän uppfattning om att en donator inte bör ge upphov till barn i mer än sex familjer. Tanken med detta är att begränsa risken för att en person som kommit till genom assisterad befruktning får barn med en annan person som har avlats av samma donator (se bl.a. prop. 1984/85:2 s. 26).

Barnets rätt till information

I Sverige har lagstiftaren, alltsedan möjligheten till assisterad befruktning med donerade könsceller lagreglerades, ansett att barn som kommer till på detta sätt har rätt till kännedom om sitt genetiska ursprung. En person som har kommit till genom en assisterad befruktning med donerade könsceller i Sverige och som uppnått tillräcklig mognad, har därför alltid en rätt att ta del av sådana uppgifter om donatorn som har antecknats i sjukhusets särskilda journal. Kravet på tillräcklig mognad ska normalt inte anses uppfyllt förrän personen har nått de övre tonåren.

Rätten att ta del av uppgifter om donatorn tillkommer endast barnet. Hans eller hennes vårdnadshavare eller före detta vårdnadshavare har alltså inte någon sådan rätt (prop. 1984/85:2 s. 16 och 27). Rätten att ta del av uppgifter är också begränsad till sådana fall där den assisterade befruktningen har utförts inom svensk hälso- och sjukvård.

En första förutsättning för att någon ska kunna utöva sin rätt att ta del av uppgifter om donatorn är att han eller hon får information om sin tillblivelse. Denna information ska normalt lämnas av barnets föräldrar. Om en person inte har fått någon sådan information men har anledning att anta att han eller hon kommit till genom en assisterad befruktning med donerade könsceller, kan personen vända sig till socialnämnden. Nämnden är då skyldig att ta reda på om det finns några uppgifter antecknade i en särskild journal (6 kap. 5 § och 7 kap. 7 § lagen om genetisk integritet m.m. samt 25 kap. 1 och 11 §§ OSL).

En andra förutsättning är att relevanta uppgifter har dokumenterats och bevarats i en särskild journal. Bestämmelser om sådana journaler finns i 6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m. samt i 5 kap. 3 § SOSFS 2009:32. Bestämmelserna innebär att den särskilda journalen ska innehålla uppgifter om donatorns identitet eller uppgifter som medger full spårbarhet till motsvarande uppgifter i ett register vid den vävnadsinrättning som har lämnat ut de könsceller som använts för den assisterade befruktningen. Journalen, som också kan innehålla uppgifter om bl.a. donatorns hår-, hud- och ögonfärg, ska bevaras i minst 70 år.

Alla assisterade befruktningar med donerade könsceller registreras i ett särskilt kvalitetsregister (Q-IVF). Även IVF-behandlingar med ett pars egna könsceller registreras i detta register. Syftet med registret är att kontinuerligt följa behandlingsresultat och eventuella medicinska risker för såväl barn som behandlade par. Ett annat syfte är att ge klinikerna ett underlag för sitt utvecklings- och kvalitetsarbete. Registret kan också utgöra grund för vetenskapliga arbeten.

4.2.4 Tillåtna metoder för assisterad befruktning

Valet av metod

Om de allmänna förutsättningarna för en assisterad befruktning är uppfyllda, uppkommer frågan vilken metod som bör användas vid behandlingen. Valet styrs av den bakomliggande fertilitetsproblematiken. Insemination kan användas om en man har spermier med nedsatt funktion. Metoden kan också användas om ett par t.ex. lider av oförklarad barnlöshet eller om paret består av två kvinnor. Befruktning utanför kroppen kan användas i sådana fall där ett par av olika skäl inte bedöms kunna behandlas framgångsrikt genom insemination. De bakomliggande fertilitetsproblemen kan bero på faktorer hos kvinnan eller mannen, eller vara okända.

Om en assisterad befruktning kräver användning av donerade könsceller, måste också de särskilda förutsättningarna i avsnitt 4.2.3 vara uppfyllda. Av detta följer att behandlingen bl.a. ska vara medicinskt motiverad. Undantag gäller i sådana fall där ett par består av två kvinnor och således inte har båda typerna av könsceller.⁴

Framställningen i de följande två avsnitten innehåller en redogörelse för insemination och befruktning utanför kroppen samt för de regler som gäller om respektive behandlingsmetod. Den innehåller också viss statistik.

Insemination

Insemination kan utföras med parets egna spermier eller med donerade spermier (6 kap. 1 och 2 §§ lagen om genetisk integritet m.m.). Metoden innebär att spermier placeras i vaginan med hjälp av en nålfri injektionsspruta. Spermierna kan också föras in i livmodern med hjälp av en kateter (intrauterin insemination). För att befruktning ska äga rum, krävs att kvinnan har ägglossning vid tidpunkten för inseminationen. Förekomsten av ägglossning kan kontrolleras med hjälp av urinprov, ultraljud eller blodprov. I vissa fall används hormonstimulering för att framkalla ägglossning hos kvinnan.⁵

Insemination med donerade spermier får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg utföras annat än vid offentligt

⁴ Smer 2013:1 s. 49–52.

⁵ Smer 2013:1 s. 49.

finansierade sjukhus. En sådan insemination ska också genomföras under överinseende av läkare med specialistkompetens i gynekologi och obstetrik (6 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.). För insemination med parets egna spermier, uppställs inga sådana krav. Skillnaderna i kompetenskrav m.m. har motiverats med att den första typen av insemination, dvs. insemination med donerade spermier, inte bara inrymmer frågor av medicinsk art utan också problem av etisk och psykosocial natur. Det har därför ansetts nödvändigt med garantier för att insemination med donerade könsceller genomförs under etiskt godtagbara former och av sådana läkare som har erfarenhet av barnlöshetsutredningar (prop. 1984/85:2 s. 9).

Under år 2011 genomfördes det i Sverige sammanlagt 446 inseminationer med donerade spermier, vilka resulterade i 85 födda barn.⁶ Någon statistik om antalet övriga inseminationer finns inte.

Befruktning utanför kroppen

Befruktning utanför kroppen kan utföras med parets egna könsceller. Det är också möjligt att utföra behandlingen med kvinnans egna ägg och donerade spermier eller med donerade ägg och makens eller sambons spermier. Befruktning utanför kroppen med enbart donerade könsceller är däremot inte tillåten (7 kap. 3 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Vid befruktning utanför kroppen sammanförs ägg och spermier i ett laboratorium där befruktningen sker. En behandlingscykel innefattar vanligtvis hormonstimulering, ägguttagning, befruktning och äggåterföring.

Hormonstimuleringen syftar till att öka antalet ägg som kan tas ut för befruktning och innebär att kvinnan ges hormoner som stimulerar äggstockarna. Processen övervakas noga för att undvika överstimulering. Övervakningen kan ske i form av ultraljudsundersökningar. När man kan konstatera att äggblåsor har mognat, är det dags för nästa steg i behandlingscykeln, dvs. ägguttagningen. Detta sker normalt efter cirka två veckors behandling. Ägguttagningen innefattar punktering av äggblåsorna via vaginan och utsugning av vätskan i äggblåsorna som innehåller mognade ägg. Behandlingen sker under lokalbedövning och med hjälp av ultra-

⁶ Källa: Q-IVF-registret.

ljudsstyrning. Antalet ägg varierar, men uppgår ofta till cirka 5–15 stycken.

När äggen har tagits ut, placeras äggen och spermier i en näringslösning som inkuberas i 37 grader. Om försöket lyckas, befruktas ett eller flera av äggen. Efter cirka 2–5 dagars inkubation väljer man ut ett befruktat ägg baserat på morfologisk karaktär och återför det till kvinnans livmoder med hjälp av en tunn kateter. Övriga befruktade ägg kan, om de är av god kvalitet, frysas och användas senare. Efter äggåterföringen får kvinnan gulkropps-hormon. Detta sker i syfte att öka chanserna för ägget att fästa i livmoderns slemhinna.

Det är numera möjligt att isolera en enda spermie och med hjälp av mikroskop och mikroinjektor spruta in spermien i äggcellens cytoplasma. Tekniken, som kallas intracytoplasmisk spermieinjektion (ICSI) eller mikrofertilisering, gör det möjligt att åstadkomma en befruktning i sådana fall där en vanlig befruktning utanför kroppen, dvs. en vanlig IVF-behandling, inte fungerar. Användningen av ICSI har ökat och behandlingsformen används i dag ungefär lika ofta som vanlig IVF.⁷

Befruktning utanför kroppen med parets egna könsceller får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Befruktning utanför kroppen med donerade ägg eller spermier får bara utföras vid s.k. universitetssjukhus, dvs. sådana sjukhus som har upplåtit en enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting (7 kap. 4 § lagen om genetisk integritet m.m.). Kravet i fråga om universitetssjukhus har motiverats med att sådana sjukhus kan tillgodose kraven på tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering samt kraven på särskild kompetens och forskning (prop. 2001/02:89 s. 50–51).

Under år 2011 uppgick antalet behandlingar där befruktade ägg återfördes till drygt 15 000. Behandlingarna resulterade i cirka 3 900 levande barn. Vid 465 av behandlingarna användes donerade spermier och vid 358 användes donerade ägg.

⁷ Smer 2013:1 s. 50–52.

4.2.5 Vissa förbuds- och ansvarsbestämmelser

Lagen om genetisk integritet m.m. innehåller även bestämmelser om förbud mot vissa typer av förfaranden. Vi ska här kort behandla de mest centrala förbudsbestämmelserna och vad en överträdelse av dessa bestämmelser kan medföra.

En typ av förbudsbestämmelser handlar om utförande av assisterad befruktning i strid med lagen om genetisk integritet m.m. Bestämmelserna finns i 8 kap. 4 och 5 §§ lagen och innebär dels ett förbud mot att vanemässigt eller i vinstsyfte utföra insemination i strid med föreskrifterna i 6 kap. lagen och ett förbud mot att tillhandahålla spermier för en sådan insemination, dels ett förbud mot att vanemässigt eller i vinstsyfte bryta mot föreskrifterna i 7 kap. 3 och 4 §§ lagen, dvs. föreskrifterna om krav i fråga om civilstånd, samtycke, genetisk koppling och sjukhus. Med vanemässigt avses att någon vid upprepade tillfällen erbjuder sina tjänster åt olika kvinnor. Kravet på vanemässighet kan däremot inte anses uppfyllt om någon i ett enskilt fall hjälper en kvinna att bli gravid genom assisterad befruktning (prop. 1984/85:2 s. 30 och 1987/88:160 s. 23). En person som bryter mot bestämmelserna i 8 kap. 4 eller 5 § lagen kan dömas till böter eller fängelse i högst sex månader.

En annan typ av förbudsbestämmelser handlar om förvaring och användning av vissa könsceller vid assisterad befruktning. Dessa bestämmelser finns i 5 kap. 4–6 §§ lagen och innebär i huvudsak följande. Det är förbjudet att förvara befruktade ägg (och ägg som har varit föremål för somatisk cellkärnöverföring) i fryst tillstånd under längre tid än vad som anges i lagen eller vad som har medgetts av Socialstyrelsen. Huvudregeln är att befruktade ägg får förvaras i fryst tillstånd under högst fem år. Socialstyrelsen kan dock, om det finns synnerliga skäl, medge att förvaringen får pågå under ytterligare en viss tid. Det är också förbjudet att vid assisterad befruktning använda sådana könsceller som har varit föremål för försök i forsknings- eller behandlingssyfte. Detsamma gäller för sådana ägg som har varit föremål för somatisk cellkärnöverföring⁸. Den som bryter mot någon av dessa förbudsbestämmelser kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år. Ett allmänt åtal för sådant brott får dock bara väckas efter medgivande av Socialstyrelsen. För att en person ska dömas till ansvar vid en över-

⁸ Med somatisk cellkärnöverföring avses att cellkärnan i ett ägg ersätts med kärnan från en kroppscell (se bl.a. Ds 2005:40 s. 57).

trädelse av förbudet mot för lång förvaring av frysta befruktade ägg, krävs dessutom att överträdelsen inte är ringa (8 kap. 3 § lagen).

Den sista typen av förbudsbestämmelser som behandlas här avser införsel av frysta spermier och handel med biologiskt material. Förbudet mot införsel av frysta spermier behandlas i 6 kap. 7 § och bestämmelsen innebär att sådan införsel är förbjuden om inte Socialstyrelsen har gett tillstånd till den. Syftet med förbudet är bl.a. att förhindra att kommersiellt drivna spermabankar i utlandet per postorder eller på något annat sätt levererar frysta spermier till kvinnor i Sverige för självinsemination (prop. 1984/85:2 s. 29). En överträdelse av förbudet kan medföra ansvar enligt lagen (2000:1225) om straff för smuggling. Förbudet mot handel med biologiskt material behandlas i 8 kap. 6 § lagen. Med biologiskt material avses även material från mänskliga ägg samt celler och cellinjer från sådana ägg. Bestämmelsen innefattar ett förbud mot att i vinstsyfte ta, överlämna, ta emot eller förmedla biologiskt material från en levande eller avliden människa. Den som överträder förbudet kan dömas till böter eller fängelse i högst två år. Detsamma gäller för den som använder eller tar till vara sådant material för transplantation eller annat ändamål trots insikt om att material har tagits, överlämnats, tagits emot eller förmedlas för vinstsyfte. Ansvar enligt bestämmelsen ska dock inte dömas ut i ringa fall.

4.3 Moderskap, faderskap och föräldraskap

4.3.1 Moderskap

Om ett barn har kommit till genom befruktning av en kvinnas eget ägg, finns det inga bestämmelser som säger att kvinnan ska betraktas som barnets mor. Att så är fallet, följer i stället av de oskrivna principerna – ”mater semper certa est” (det är alltid säkert vem som är mor) eftersom ”mater est quam gestatio demonstrat” (modern är den som födandet visar).

När befruktning utanför kroppen med donerade ägg blev tillåtet år 2003, uppkom frågan om samma principer skulle gälla även i dessa fall. Frågan besvarades jakande och ett nytt lagrum infördes i 1 kap. föräldrabalken (FB). Av detta lagrum, 1 kap. 7 § FB, följer att det i dessa fall är den kvinna som föder barnet som i rättsligt hänseende ska betraktas som barnets mor. Äggdonatorn, dvs.

barnets genetiska mor, ska alltså inte betraktas som barnets rättsliga mor.

I föräldrabalkens mening är det alltså alltid den som föder barnet som ska anses som barnets mor. Detta innebär att det ytterst sällan kan bli aktuellt att häva eller fastställa moderskapet till ett barn. Några särskilda bestämmelser om det finns därför inte. Det kan under vissa förutsättningar finnas möjligheter att föra en negativ eller positiv moderskapstalan⁹ enligt reglerna i 13 kap. 2 § rättegångsbalken (se bl.a. NJA 2007 s. 684). En viktig förutsättning för att en sådan talan ska tas upp till prövning är dock att det råder ovisshet om rättsförhållandet, dvs. ovisshet om en kvinna är mor till ett barn. Ovissheten ska dessutom leda till förfång för t.ex. barnet.

4.3.2 Faderskap

Regleringen om faderskap är mer omfattande än den om moderskap och innefattar också bestämmelser om fastställande och upphävande av faderskap. Regleringen, som finns i 1 kap. FB, innebär i huvudsak följande.

Om modern vid barnets födsel är gift med en man eller är nybliven änka, ska maken respektive den avlidne maken anses som barnets far (den s.k. faderskapspresumtionen i 1 kap. 1 § FB). Presumtionen gäller även vid assisterad befruktning. En faderskapspresumtion kan hävas under de förutsättningar som anges i 1 kap. 2 § FB. Domstolen förklarar då att mannen i äktenskapet inte är far till barnet. Bestämmelser om vem som får väcka talan om hävande av faderskap finns i 3 kap. 1–4 §§ FB.

Om det inte föreligger en faderskapspresumtion, måste faderskapet fastställas genom bekräftelse eller dom. Detsamma gäller om en domstol med stöd av 1 kap. 2 § FB har förklarat att en viss man inte är far till barnet.

En bekräftelse av faderskapet ska vara skriftlig och bevittnad av två personer samt godkänd av socialnämnden och av modern eller en för barnet särskilt förordnad vårdnadshavare. Socialnämnden får bara lämna sitt godkännande om det kan antas att mannen är far till barnet (1 kap. 4 § FB).

⁹ Med negativ och positiv moderskapstalan avses en talan om att upphäva respektive fastställa moderskapet.

I andra fall ska faderskapet fastställas genom dom. Reglerna om detta finns i 1 kap. 5 § FB och innebär att rätten ska förklara en man vara far om det genom en genetisk undersökning är utrett att han är barnets far. Detsamma gäller om det är utrett att en man har haft samlag med barnets mor eller att en insemination eller befruktning utanför moderns kropp har skett med hans spermier under den tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av honom. Ett fastställande av faderskap med stöd av enbart 1 kap. 5 § förutsätter att mannen är barnets genetiske far.

Om barnet har kommit till genom en assisterad befruktning som utförts med samtycke av en man som vid behandlingen var moderns make eller sambo och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen, anses denne man som barnets far vid tillämpningen av bestämmelserna i 2–5 §§ FB (1 kap. 6 och 8 §§ FB). Reglerna gör det möjligt att fastställa faderskapet enligt 1 kap. 4 och 5 §§ även i sådana fall där mannen inte är genetisk far till barnet.

Om det brister i någon av förutsättningarna enligt 1 kap. 6 eller 8 §, t.ex. i frågan om samtycke, måste faderskapet fastställas enligt de regler som annars gäller. När den assisterade befruktningen har utförts med donerade spermier och enligt gällande bestämmelser, finns det i sådana fall ingen möjlighet att genom dom förklara spermiegivaren som far till barnet (1 kap. 5 § andra stycket FB). Om spermiegivaren inte vill bekräfta faderskapet enligt 1 kap. 4 § FB, kan något faderskap inte fastställas (jfr prop. 1984/85:2 s. 21 och prop. 1987/88:160 s. 21).

Bestämmelserna i 1 kap. 6 och 8 §§ FB är tillämpliga även om den assisterade befruktningen har utförts på annat sätt än enligt lagen om genetisk integritet m.m. De gäller alltså även vid behandlingar som har utförts utomlands och vid s.k. heminseminationer (prop. 1984/85:2 s. 20 och prop. 1987/88:160 s. 21). Faderskapsregeln i 1 kap. 8 § gäller även i det fallet då en man har lämnat samtycke till att hans maka eller sambo genomgår en assisterad befruktning med såväl donerat ägg som donerade spermier, dvs. en form av assisterad befruktning som inte är tillåten inom svensk hälso- och sjukvård (jfr 7 kap. 3 § lagen om genetisk integritet m.m.). Om den assisterade befruktningen har utförts på något annat sätt än enligt lagen om genetisk integritet m.m., finns det inte heller något hinder mot att en domstol genom dom förklarar spermiegivaren som far till barnet (jfr 1 kap. 5 § andra stycket FB).

En förutsättning för detta är dock att det inte finns någon annan man som enligt 1 kap. 6 eller 8 § ska anses som far till barnet.

Bestämmelserna i 1 kap. 6 och 8 §§ FB gäller dessutom även vid tillämpning av bestämmelser i annan lag eller författning som tillägger släktskap eller svägerlag en rättslig betydelse. Någon särskild föreskrift om detta har inte ansetts behövlig.

4.3.3 Föräldraskap

Om ett par består av två kvinnor som är gifta, registrerade partner eller sambor, finns det vid assisterad befruktning en möjlighet att fastställa föräldraskap för den kvinna som inte bär och föder barnet. Bestämmelserna, som finns i 1 kap. 9 § FB, innebär att en kvinna ska anses som barnets förälder om hon har samtyckt till att en assisterad befruktning utförs på hennes maka, registrerade partner eller sambo och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen.

Föräldraskap måste, till skillnad från faderskap, alltid fastställas genom bekräftelse eller dom. Detta beror på att det i dessa fall inte finns någon motsvarighet till faderskapspresumtionen i 1 kap. 1 § FB. För fastställande av föräldraskap gäller i stort sett samma regler som för fastställande av faderskap (se avsnitt 4.3.2).

Bestämmelserna i 1 kap. 9 § FB är bara tillämpliga i sådana fall där den assisterade befruktningen har utförts enligt 6 eller 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m. De gäller således inte om behandlingen har utförts i privat regi eller utomlands (jfr bestämmelserna i 1 kap. 6 och 8 §§ FB). I de senare fallen ska i stället faderskap fastställas för spermiegivaren enligt bestämmelserna i 1 kap. 3–5 §§ FB. Om det är till fördel för barnet och övriga förutsättningar är uppfyllda, kan ett gemensamt föräldraskap för kvinnorna åstadkommas genom adoption (prop. 2004/05:137 s. 44).

Även bestämmelserna i 1 kap. 9 § FB gäller vid tillämpning av bestämmelser i annan lag eller författning som tillägger släktskap eller svägerlag en rättslig betydelse.

4.3.4 Förfarandet i socialnämnden

Socialnämnden har under vissa förutsättningar en skyldighet att försöka utreda faderskap eller föräldraskap och se till att detta fastställs. En första förutsättning är normalt att det inte föreligger någon faderskapspresumtion enligt 1 kap. 1 § FB. Även i de situationer där det föreligger en faderskapspresumtion kan nämnden ha en sådan skyldighet om vårdnadshavaren, vårdnadshavarna eller mannen (dvs. den man för vilken presumtionen gäller) begär att en utredning ska genomföras och detta framstår som lämpligt. Nämndens utredning ska då avse faderskapet för en annan man eller föräldraskapet för en kvinna. En andra förutsättning är att barnet står under någons vårdnad och har hemvist i Sverige. För skyldighet att utreda föräldraskap, krävs dessutom att det kan antas att en kvinna ska anses som förälder enligt 1 kap. 9 § FB (2 kap. 1, 8 a och 9 §§ FB).

Socialnämnden ska inom ramen för sin utredning hämta in upplysningar från modern och från andra personer som kan lämna uppgifter av betydelse. Utredningen ska bedrivas skyndsamt och nämnden ska föra protokoll över det som kommer fram i utredningen (2 kap. 4 och 8 §§ FB). Om barnet har kommit till genom en assisterad befruktning och med samtycke från den person i ett par som inte har burit och fött barnet, bör socialnämnden kontrollera att ett skriftligt eller muntligt samtycke verkligen har lämnats. Om ett samtycke har lämnats skriftligen, kan nämnden be parets att lämna in en kopia av samtyckeshandlingen. I andra fall kan nämnden inhämta behövlig information från den person som har ansvarat för den assisterade befruktningen. Denna person kan också behöva kontaktas i sådana fall där socialnämndens utredare eller någon av parterna är tveksam till om barnet har kommit till genom en assisterad befruktning (se 5 kap. SOSFS 2011:2).

Om socialnämnden anser att frågan om faderskap eller föräldraskap kan bedömas med tillräcklig säkerhet på grund av den genomförda utredningen, bör nämnden bereda mannen eller kvinnan en möjlighet att bekräfta faderskapet respektive föräldraskapet (2 kap. 5 och 8 a §§ FB). Socialnämnden får, som tidigare nämnts, bara godkänna en bekräftelse om det kan antas att en viss person är barnets far eller förälder (1 kap. 4 och 9 §§ FB).

Det är inte tillåtet att gallra sådana handlingar som förekommer i en faderskaps- eller föräldraskapsutredning. Förbudet mot gallring gäller både för sådana handlingar som har kommit in till näm-

den och för sådana handlingar som nämnden själv har upprättat (12 kap. 2 § socialtjänstlagen [2001:453]). Syftet med förbudet är bl.a. att tillgodose myndiga barns rätt till information om sina biologiska föräldrar.

4.3.5 Förfarandet i domstol

Om faderskap eller föräldraskap för ett barn inte har fastställts genom bekräftelse, kan frågan prövas av allmän domstol. Bestämmelser om detta finns i 3 kap. FB. De innebär i huvudsak följande.

En talan om fastställande av faderskap eller föräldraskap ska väckas av barnet och kan föras mot flera män respektive kvinnor. Om socialnämnden är skyldig att försöka utreda faderskapet eller föräldraskapet, ska barnets talan föras av nämnden och riktas mot de personer som skäligen kan komma i fråga som far eller förälder till barnet. Barnets talan får också alltid föras av modern, under förutsättningen att hon har vårdnaden om barnet, eller av en särskilt förordnad vårdnadshavare.

Om barnets talan förs av socialnämnden, ska talan väckas vid tingsrätten i den ort där nämnden finns. I andra fall ska talan väckas vid den tingsrätt där motparten eller en av motparterna ska svara i tvistemål i allmänhet eller, om det inte finns någon behörig domstol, vid Stockholms tingsrätt.

När socialnämnden har gjort en utredning om faderskapet eller föräldraskapet, ska nämnden till domstolen lämna in det protokoll som förts över utredningen. Protokollet ska delges motparten eller motparterna i samband med stämningen. Rätten ska se till att frågan om faderskap eller föräldraskap blir tillbörligen utredd och kan t.ex. förelägga socialnämnden att fullständiga sin utredning. Rätten kan också begära in de uppgifter som finns om en assisterad befruktning. En sådan begäran ställs till den som är eller har varit ansvarig för behandlingen eller till någon annan som har tillgång till uppgifterna (6 kap. 6 § och 7 kap. 8 § lagen om genetisk integritet m.m.). Rätten ska dessutom bereda var och en som kan föra talan på barnets vägnar en möjlighet att yttra sig i målet. Ett vittnesförhör får dock aldrig äga rum i syfte att styrka att vittnet har haft samlag med modern under den tid då barnet kan antas vara avlat.

Om en dom om faderskap eller föräldraskap överklagas, ska den högre domstolen pröva frågan i hela dess vidd. Den högre domstolen ska också, om den kommer fram till att någon annan än en

part skäligen kan komma i fråga som far eller förälder till barnet och en part begär det, undanröja den lägre domstolens dom och återförvisa målet till den domstol som först har dömt i målet.

5 Internationell utblick

5.1 Inledning

Enligt direktiven ska utredningen beakta de rättigheter som barn tillerkänns enligt Förenta Nationernas (FN:s) konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Utredningen ska också beakta andra grundläggande mänskliga fri- och rättigheter och då särskilt de rättigheter som kvinnor tillerkänns i FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (kvinnokonventionen). I det följande redogör vi för relevanta delar av dessa två konventioner. Vi redogör också för relevanta delar av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter och 1997 års Europarådskonvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (biomedicinkonventionen). Därefter behandlar vi Europeiska unionens (EU:s) stadga om de grundläggande rättigheterna (rättighetsstadgan) och vissa andra instrument som har utarbetats inom EU och som har koppling till de frågor som utredningen har i uppdrag att överväga. Sist i kapitlet beskriver vi hur regleringen om assisterad befruktning och föräldraskap vid assisterad befruktning har utformats i några andra länder.

Innan vi redogör för innehållet i de internationella instrumenten finns det skäl att säga några ord om de metoder som finns för införlivande av internationella konventioner och andra instrument i svensk rätt och vilken status deras bestämmelser har i förhållande till bestämmelser i nationell rätt.

I Sverige införlivas ofta konventioner genom *transformering* eller genom *konstaterande av normharmon*i. Transformering innebär att man, i den utsträckning det anses behövt, inför eller ändrar svenska bestämmelser så att den nationella regleringen överensstämmer med konventionens krav. Konstaterande av normharmoni

innebär, som uttrycket antyder, ett konstaterande av att svensk rätt överensstämmer med innehållet i en konvention och att några författningsändringar därför inte behöver genomföras. Ett annat tillvägagångssätt för införlivande är *inkorporering*, vilket innebär att man i lag föreskriver att bestämmelserna i en konvention ska gälla som lag i Sverige. Konventionens originaltext blir därmed gällande som svensk lag.

Sverige är alltid, oavsett om en konvention inkorporeras eller transformeras, eller om normharmoni konstateras, folkrättsligt förpliktat att följa de konventioner som har tillträtts. Riksdagen och regeringen ska säkerställa att den nationella lagstiftningen stämmer överens med Sveriges internationella åtaganden. Enligt principen om fördragskonform tolkning ska svensk rätt av domstolar och andra myndigheter tolkas på ett sätt som är förenligt med Sveriges konventionsåtaganden. Om det finns en konflikt mellan bestämmelserna i nationell rätt och bestämmelserna i en sådan internationell konvention som Sverige inte har inkorporerat, har dock den nationella rätten i regel getts företräde.

Inom EU gäller de fördrag m.m. som medlemsstaterna har enats om, bl.a. fördraget om Europeiska unionen (EU-fördraget) och fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) samt den tidigare nämnda rättighetsstadgan. I EU-rättsliga sammanhang brukar dessa instrument kallas för primärrätt. Även EU:s institutioner kan utfärda olika typer av rättsakter. Dessa rättsakter brukar kallas för sekundärrätt. En *förordning* är bindande och direkt tillämplig i alla medlemsstater. Ett *direktiv* sätter upp vilka mål som medlemsstaterna ska uppnå och det är sedan upp till varje stat att bestämma hur den ska genomföra dessa mål. Ett *beslut* är bindande och direkt tillämpligt för dem som det riktar sig till (t.ex. en enskild medlemsstat eller ett företag). EU-institutionerna kan vidare framföra åsikter och föreslå åtgärder genom t.ex. *rekommendationer* och *ytranden*. Dessa är inte bindande.

5.2 Internationella instrument

5.2.1 Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) antogs den 20 november 1989. Sverige hade en framträdande roll vid arbetet med konventionen och var ett av de första länderna som

ratificerade den. Konventionen trädde i kraft den 2 september 1990. I artikel 4 förpliktas staterna att vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder samt administrativa och andra åtgärder som behövs för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Några lagstiftningsåtgärder ansågs inte nödvändiga för att Sverige skulle kunna tillträda barnkonventionen. Svensk rätt ansågs nämligen vara förenlig med konventionens bestämmelser (prop. 1989/90:107, bet. 1989/90: SoU28 och rskr. 1989/90:350).

Sedan barnkonventionen ratificerades har frågan om den svenska rättens överensstämmelse med rättigheterna i konventionen utretts vid flera tillfällen. En särskild utredare har i mars 2013 fått regeringens uppdrag att göra en kartläggning inom särskilt angelägna områden av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt konventionen och de tilläggsprotokoll som Sverige har tillträtt. Utredaren ska också analysera för- och nackdelar med att inkorporera barnkonventionen i svensk rätt. Uppdraget ska redovisas senast den 4 mars 2015 (dir. 2013:35).

FN:s barnrättskommitté i Genève (barnrättskommittén) övervakar att konventionsstaterna i fråga om barnets rättigheter lever upp till konventionens krav. I barnrättskommitténs arbete ingår bl.a. att granska de rapporter som konventionsstaterna med jämna mellanrum överlämnar till kommittén och att lämna rekommendationer om hur staterna på olika sätt ytterligare kan tillgodose rättigheterna i konventionen. Sverige har hittills lämnat fem rapporter, varav den senaste lämnades i augusti 2012.

Barnkonventionen kan sägas innehålla en universell definition av de rättigheter som bör tillkomma alla barn. Inget hindrar dock att konventionsstaterna tillgodoser barns rättigheter i större utsträckning än vad konventionen kräver. Som barn räknas varje människa under 18 år, om inte han eller hon blir myndig tidigare enligt den nationella lagstiftningen. Konventionen vilar på fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av konventionens övriga artiklar. Principerna är

- förbud mot diskriminering (artikel 2),
- barnets bästa i främsta rummet (artikel 3),
- rätten till liv och utveckling (artikel 6), och
- rätten att få komma till tals (artikel 12).

De grundläggande principerna innebär att varje barn, utan undantag, har rätt att få del av sina rättigheter, att barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som avser barn, att inte bara barnets överlevnad utan också barnets utveckling ska säkerställas till det yttersta av samhällets förmåga samt att barnets åsikter ska få komma fram och visas respekt. De grundläggande principerna hänger ihop och formar tillsammans en attityd till barn som man skulle kunna kalla konventionens barnsyn.

I barnkonventionens inledning lyfts familjen fram som den grundläggande enheten i samhället och den naturliga miljön för barnens utveckling och välfärd. Det anges att barnet, för att kunna uppnå en fullständig och harmonisk utveckling av sin personlighet, bör växa upp i en familjemiljö, i en omgivning av lycka, kärlek och förståelse.

Av särskilt intresse för vårt arbete är de artiklar i barnkonventionen som avser barnets rätt till familj och identitet. En viktig sådan artikel är artikel 7 som bl.a. innebär att ett barn, så långt det är möjligt, har en rätt att få vetskap om sina föräldrar och att bli omvårdad av dem. Under utarbetandet av konventionen avsågs främst rätten för adopterade barn att få vetskap om sina genetiska föräldrar. På senare år har rätten att få vetskap om sina föräldrar också aktualiserats i frågor som rör assisterad befruktning. Barnrättskommittén har konstaterat att konventionsstaternas tolkning av artikel 7 inte är entydig när det gäller barnets rätt att få vetskap om sina genetiska föräldrar och att alla länder inte ger de barn som har tillkommit med hjälp av donerade könsceller en rätt till kunskap om donatorns identitet. Barnrättskommittén har dessutom i sin granskning av Norges och Danmarks periodiska rapporter noterat att det kan finnas en motsättning mellan barns rätt att få kunskap om sitt ursprung och statens policy att hemlighålla donatorns identitet.

Artikel 8 kräver att staterna respekterar barnets rätt att behålla sin identitet, innefattande medborgarskap, namn och släktförhållanden såsom dessa erkänns i lag, utan olagligt ingripande. Även denna artikel kan åberopas till stöd för barnets rätt att få vetskap om sitt ursprung.¹

Enligt artikel 9 ska staterna säkerställa att ett barn inte skiljs från sina föräldrar mot föräldrarnas vilja. Undantag gäller i de fall

¹ Se Anna Singer, *Föräldraskap i rättslig belysning* (2000) s. 402 f.

där behöriga myndigheter finner att så är nödvändigt för att tillgodose barnets bästa.

I artikel 18 anges det att konventionsstaterna ska göra sitt bästa för att säkerställa erkännandet av principen att båda föräldrarna har ett gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Det anges också bl.a. att föräldrar eller, i förekommande fall vårdnadshavare, har huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling samt att barnet bästa för dem ska komma i främsta rummet.

5.2.2 Europakonventionen

Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) har inkorporerats i svensk rätt. Enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna ska konventionen med tilläggsprotokoll gälla som lag i Sverige. Enligt 2 kap. 19 § regeringsformen får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med konventionen. Bestämmelsen innebär att Europakonventionens ställning är svagare än grundlag, men starkare än vanlig lag.

Staternas efterlevnad av Europakonventionen övervakas av den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen), till vilken enskilda har klagorätt.² Europadomstolens praxis är ett viktigt instrument vid tolkning av konventionen.

Genom konventionen och tilläggsprotokollen garanteras ett antal specifika rättigheter och friheter. Dessa är bl.a. rätt till frihet och säkerhet, rätt till en rättvis rättegång, rätt till skydd för privat- och familjelivet och rätt till skydd för egendom.

Enligt artikel 14 råder det ett förbud mot diskriminering. I artikeln sägs det att åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen ska säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt. Diskrimineringsgrunderna är inte uttömmande. Av Europadomstolens praxis framgår bl.a. att även sexuell läggning omfattas av skyddet mot diskriminering. Artikel 14 är bara tillämplig när det gäller rättig-

² Det finns även en rätt för konventionsstater att väcka talan mot en annan konventionsstat under återopande av brott mot konventionen. Sådana mål har hittills varit fåtaliga.

heter som skyddas av konventionen och kan inte åberopas ensam. Däremot krävs det inte att någon annan rättighet har kränkts för att artikel 14 ska ha överträtts (se t.ex. *EB mot Frankrike*, dom den 22 januari 2008).

Europadomstolen har slagit fast att artikel 14 bara aktualiseras om det rör sig om en olikbehandling av personer som befinner sig i jämförbara situationer ("relevantly similar situations"). En sådan olikbehandling är dessutom bara diskriminerande om den inte har någon objektiv och godtagbar grund. För att en åtgärd som innebär olikbehandling inte ska vara diskriminerande måste den alltså ha ett legitimt syfte och stå i rimlig proportion till detta syfte (se t.ex. *Burden mot Förenade kungariket*, dom den 29 april 2008). Europadomstolen har flera gånger slagit fast att en olikbehandling som grundar sig på kön eller sexuell läggning kräver särskilt tungt vägande skäl för att vara godtagbar (se t.ex. *Karner mot Österrike*, dom den 24 juli 2003). Konventionsstaterna har samtidigt, enligt etablerad praxis, en vid bedömningsmarginal (margin of appreciation) när det gäller allmänna åtgärder som rör ekonomisk och social strategi.

Av störst betydelse för de frågor som utredningen har att överväga är artikel 8. Den handlar om enskildas rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv och föreskriver följande.

1. Var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens.
2. Offentlig myndighet får inte inskränka åtnjutande av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Inom tillämpningsområdet för artikel 8 ligger bl.a. frågor om faderskap, rätten till ett namn, vårdnad om barn och umgänge med barn. Artikeln omfattar även andra frågor, däribland frågor om sexuella relationer, personregistrering och information om privata förhållanden. Europadomstolen har slagit fast att artikel 8 också omfattar rätten att få, eller avstå från att få, genetiska barn, eftersom detta val är ett uttryck för privat- och familjelivet (se bl.a. *Evans mot Förenade kungariket*, dom den 10 april 2007, *Dickson mot Förenade kungariket*, dom den 4 december 2007, *A, B och C mot Irland*, dom den 16 december 2010 och *S.H. med flera mot Österrike*, dom den 3 november 2011).

Artikel 8 innebär främst att staten ska avhålla sig från ingrepp i den skyddade rättigheten. Staten ska dock även vidta positiva åtgärder för att skydda den enskildes privatsfär. Åtgärderna kan utgöras av lagstiftning men också av skydd mot övergrepp i särskilda situationer.³ En stat får bara inskränka åtnjutandet av rättigheterna i artikel 8 under de förutsättningar som anges i artikel 8.2.

Rätten till respekt för familjelivet innebär som huvudregel en rätt för familjemedlemmar att leva tillsammans och att på andra sätt vidmakthålla och utveckla de ömsesidiga relationerna utan ingrepp från statens sida.⁴ Europadomstolen har flera gånger uttalat att staterna, i de fall då det finns ett familjeband mellan en vuxen och ett barn, måste agera på ett sätt som är ägnat att låta det bandet utvecklas. Staterna måste i dessa fall också skapa rättsliga garantier som gör det möjligt för ett barn att integreras i sin familj från födseln eller annars så tidigt som möjligt (se bl.a. *Johnston m.fl. mot Irland*, dom den 18 december 1986). I begreppet ”familj” ingår i första hand makar och sambor samt i förekommande fall deras minderåriga barn. Med sambor avses numera även homosexuella sambor (se *Schalk och Kopf mot Österrike*, dom den 24 juni 2010).

Förhållandet mellan ett barn och dess genetiska far utgör inte alltid familjeliv. I vissa rättsfall har bandet mellan barnet och fadern bedömts vara så svagt att förhållandet faller utanför artikelns ram. I ett fall hade en man donerat spermier till en lesbisk kvinna. Mannen ansågs inte stå i en familjerelation till barnet trots att han hade haft viss kontakt med barnet under dess första levnadstid (Kommissionens⁵ beslut i målet *J.R.M. mot Nederländerna*, den 8 februari 1993).

I artikel 8 anges det att staterna ska ha en nationell familjerättslig reglering som skyddar familjen. Regleringen ska innehålla bestämmelser som ger barn en acceptabel familjerättslig status. Det finns inte några detaljerade krav på hur regleringen i övrigt ska vara utformad. Det finns däremot ett krav på att de rättigheter som den nationella regleringen ger bör vara effektiva. De bör också i praktiken kunna åtnjutas av de personer som är berörda.⁶

Staten har som sagt möjlighet att göra inskränkningar i den av artikel 8 skyddade rättigheten under förutsättningen att inskränk-

³ Hans Danelius, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis* (2012) s. 247.

⁴ Danelius a.a. s. 372.

⁵ Med kommissionen avses här Europarådets kommission för de mänskliga rättigheterna, vilken inte ska förväxlas med Europeiska kommissionen.

⁶ Danelius a.a. s. 46.

ningarna är förenliga med innehållet i artikel 8.2. I likhet med vad som gäller för artikel 14 har staterna här en bedömningsmarginal ("margin of appreciation"). Alla inskränkningar måste bl.a. vara proportionerliga.

Det kan sammanfattningsvis konstateras att Europadomstolens hittillsvarande praxis inte ger så mycket ledning i frågor som rör nationell reglering av assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

5.2.3 Kvinnokonventionen

FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (kvinnokonventionen) från år 1979 syftar till att säkerställa lika rätt för kvinnor och män. Konventionen trädde i kraft år 1981. Den lyfter fram staternas skyldigheter att i lagstiftning och praxis avskaffa alla former av diskriminering av kvinnor på grund av kön. De flesta av FN:s medlemsstater har ratificerat konventionen och Sverige var en av de första.

Konventionsstaternas efterlevnad av konventionen kontrolleras av en särskild kommitté. Konventionsstaterna måste med jämna mellanrum rapportera till kommittén hur de författningsmässigt och administrativt lever upp till konventionens olika artiklar. Kommittén kan bl.a. utfärda rekommendationer till staterna. Rekommendationerna är dock inte juridiskt bindande. Sverige har lämnat sju rapporter till kommittén, den senaste i augusti 2006. Nästa rapport ska lämnas i juni 2014. Enligt ett fakultativt tilläggsprotokoll till konventionen, som Sverige har ratificerat, har enskilda individer eller grupper av individer klagorätt till den särskilda kommittén.

Enligt artikel 1 i konventionen avser uttrycket "diskriminering av kvinnor" varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av kön som har till följd eller syfte att begränsa eller omintetgöra erkännande av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på det politiska, ekonomiska, sociala, kulturella eller medborgerliga området eller på något annat område för kvinnor, oberoende av civilstånd och med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, eller åtnjutandet eller utövandet av dessa rättigheter och friheter. I artikel 2 anges det att konventionsstaterna fördömer alla former av diskriminering av kvinnor och att de är eniga om att på ett lämpligt sätt, och utan dröjsmål, inrikta sin politik på att av-

skaffa diskriminering av kvinnor. Artikel 16 innehåller också ett antal specifika åtaganden för konventionsstaterna.

I artikel 16.1 åläggs konventionsstaterna att vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor i alla frågor som gäller äktenskap och familjeförhållanden och att särskilt, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa ett antal olika rättigheter. Som exempel kan nämnas lika rättigheter och skyldigheter som föräldrar, oberoende av civilstånd, i frågor som gäller barnen. Barnens bästa ska dock alltid komma i första hand. Som ytterligare exempel kan nämnas lika rättigheter och skyldigheter när det gäller förmyndarskap eller godmanskap för barn, vårdnad om barn och adoption eller liknande. Även här ska dock alltid barnens bästa komma i första hand.

5.2.4 FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

Den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter från den 16 december 1966 innehåller vissa bestämmelser om barns rättigheter och om skydd för familjelivet och privatlivet. Konventionen, som är en FN-konvention, har ratificerats av Sverige och trädde i kraft år 1976.

I artikel 17 i konventionen föreskrivs det att ingen får utsättas för godtyckligt eller olagligt ingripande med avseende på privatliv, familj, hem eller korrespondens. Ingen får heller utsättas för olagliga angrepp på sin heder eller sitt anseende.

Enligt artikel 23 är familjen samhällets naturliga och grundläggande enhet. Familjen är berättigad till samhällets och statens skydd.

I artikel 24 anges det att varje barn ska ha rätt till sådant skydd från sin familjs, samhällets och statens sida som dess ställning som minderårig kräver. Detta ska ske utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, nationell eller social härkomst, förmögenhet eller börd. Vidare sägs det att varje barn ska registreras omedelbart efter födseln och ges ett namn. Varje barn ska också ha rätt att förvärva ett medborgarskap.

5.2.5 Europarådets biomedicinkonvention

1997 års Europarådskonvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (biomedicinkonventionen) har undertecknats av Sverige, men inte ratificerats. Konventionen har till syfte att skydda alla människors värdighet och identitet samt att garantera alla människor respekt för sin integritet och andra rättigheter och grundläggande friheter med hänsyn till tillämpningen av biologi och medicin (artikel 1). Artikel 5 i konventionen innehåller en general-klausul om samtycke. I artikeln anges det att ett ingrepp inom hälso- och sjukvårdens område bara får ske om den berörda personen har gett sitt fria och informerade samtycke. Personen ska i förväg få lämplig information om såväl syftet med behandlingen och dess karaktär som dess konsekvenser och risker. Ett samtycke får fritt återtas när som helst.

I artikel 10 i konventionen skyddas personers rätt till respekt för privatlivet när det gäller bl.a. information om deras hälsa.

Artikel 14 är den enda artikel i konventionen som specifikt rör assisterad befruktning. Enligt artikeln ska det inte vara tillåtet att använda reproduktionsteknologier för att välja ett barns kön, förutom i de fall då detta syftar till att förhindra allvarliga ärftliga könsrelaterade sjukdomar.

Konventionen innehåller också ett förbud mot kommersialisering av människokroppen. I artikel 21 föreskrivs det att människokroppen och dess delar inte får ge upphov till ekonomisk vinning.⁷

Till konventionen har det knutits fyra tilläggsprotokoll, däribland ett som rör transplantation av organ och vävnader.⁸ Protokollet tillämpas dock inte på transplantation av fortplantningsorgan och -vävnader.

⁷ Article 21 – Prohibition of financial gain. The human body and its parts shall not, as such, give rise to financial gain.

⁸ Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin, den 24 januari 2002.

5.3 EU-instrument

5.3.1 Rättighetsstadgan

Genom Lissabonfördraget har Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, EU:s rättighetsstadga, blivit rättsligt bindande för EU:s institutioner och medlemsstater vid tillämpning av unionsrätten. I artikel 3.1 anges det att var och en har rätt till fysisk och mental integritet och i artikel 3.2 anges det följande.

Inom medicin och biologi ska i synnerhet följande respekteras:

- a) Den berörda personens fria och informerade samtycke, på de villkor som föreskrivs i lag.
- b) Förbud mot rashygieniska metoder, i synnerhet sådana som syftar till urval av människor.
- c) Förbud mot att låta människokroppen och dess delar i sig utgöra en källa till ekonomisk vinning.
- d) Förbud mot reproduktiv kloning av människor.

Enligt artikel 7 har var och en rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv, sin bostad och sina kommunikationer. Ett skydd för personuppgifter finns i artikel 8.

I artikel 24, som handlar om barnets rättigheter, anges det följande.

Barnets rättigheter

1. Barn har rätt till det skydd och den omvårdnad som behövs för deras välfärd. De ska fritt kunna uttrycka sina åsikter. Dessa åsikter ska beaktas i frågor som rör barnen i förhållande till deras ålder och mognad.
2. Vid alla åtgärder som rör barn, oavsett om de vidtas av offentliga myndigheter eller privata institutioner, ska barnets bästa komma i främsta rummet.
3. Varje barn har rätt att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa.

Rättighetsstadgan innehåller också ett förbud mot diskriminering på grund av bl.a. kön, ras, etniskt eller socialt ursprung, ålder eller sexuell läggning (artikel 21). Det anges även att jämställdhet mellan kvinnor och män ska säkerställas på alla områden, inbegripet i fråga om anställning, arbete och lön (artikel 23).

5.3.2 Patientrörlighetsdirektivet

Det förekommer att personer med hemvist i Sverige genomgår assisterad befruktning i andra länder. EU-domstolen har i flera domar slagit fast att sjukvård, oberoende av hur den är organiserad och finansierad, berörs av reglerna om den fria rörligheten för tjänster i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget). Trots att dessa rättigheter och principer varit kända, har domstolspraxis inbjudit till varierande tolkningar. EU-medlemsstaterna har därför hanterat den gränsöverskridande vården på olika sätt.

Det finns också bestämmelser om rätt till gränsöverskridande vård i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Förordningen syftar till att samordna olika socialförsäkringsförmåner för de EU-medborgare som rör sig över gränserna på grund av arbete, studier m.m.

Europaparlamentet och rådet antog den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Direktivet syftar till att göra det lättare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och att uppmuntra till samarbete mellan medlemsstaterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Direktivet påverkar inte medlemsstaternas frihet att själva bestämma vilken typ av hälso- och sjukvård de anser lämplig. Direktivets bestämmelser får enligt dess preambel inte heller i övrigt tolkas på ett sådant sätt som undergräver medlemsstaternas grundläggande etiska val.

För att genomföra det som anges i patientrörlighetsdirektivet har bestämmelser om gränsöverskridande hälso- och sjukvård införts i bl.a. lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). En förutsättning för att vård i utlandet ska ersättas enligt lagen är att patienten skulle ha haft rätt till ersättning om vården hade tillhandahållits i Sverige (5 § 3 lagen). Enligt propositionen ligger det i sakens natur att det allmänna i Sverige inte bekostar ingrepp som inte får utföras här och att kostnader för sådana i Sverige otillåtna ingrepp som har utförts i ett annat EES-land inte heller kommer att ersättas enligt den nya ersättningslagen (prop. 2012/13:150 s. 55 f.). Det ankommer på Försäkringskassan

och de allmänna förvaltningsdomstolarna att bedöma om vård i utlandet ska ersättas eller inte.

Enligt uppgifter från Försäkringskassan ersätter man inte sådana behandlingskostnader som har uppkommit vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor i utlandet. Man ersätter inte heller kostnader för t.ex. sådana behandlingar som har genomförts med könsceller från en anonym donator.⁹

5.3.3 Vävnadsdirektivet

Frågor om donation av mänskliga vävnader och celler, inklusive könsceller, behandlas i Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG av den 31 mars 2004 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler (vävnadsdirektivet). Direktivet har genomförts i svensk rätt genom bl.a. lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

I ingressen till direktivet framhålls det att användningsprogrammen för vävnader och celler av principskäl bör bygga på principerna om frivillig donation utan ersättning, anonymitet för både givare och mottagare, givarens oegennyttasamt solidaritet mellan givare och mottagare. I artikel 12 anges det att medlemsstaterna ska sträva efter att säkerställa frivilliga donationer av vävnader och celler utan ersättning till givaren. Vidare anges det i artikeln att givaren får erhålla sådan kompensation som är strikt begränsad till ersättning för de utgifter och olägenheter som hänför sig till donationen. Medlemsstaterna fastställer de omständigheter under vilka kompensation får beviljas. Medlemsstaterna ska enligt artikeln också sträva efter att säkerställa att tillvaratagandet av vävnader och celler är sådant att det sker på ideell grund.

⁹ Skriftliga uppgifter från Försäkringskassan den 4 mars 2014. När det gäller behandling med könsceller från en anonym donator, se också Kammarrätten i Stockholms domar den 14 oktober 2013 i mål nr 1002-13 och mål nr 1347-13.

5.4 Andra länder

5.4.1 Danmark

Förutsättningar för assisterad befruktning

I Danmark regleras assisterad befruktning i loven om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v (hädanefter lagen om assisterad befruktning). Lagen trädde i kraft år 1997 och har sedan ändrats ett flertal gånger.¹⁰

Assisterad befruktning erbjuds numera för kvinnor som är gifta eller som sammanlever med en man under äktenskapsliknande förhållande, men också till kvinnor i samkönade förhållanden och till ensamstående kvinnor. När lagen om assisterad befruktning infördes år 1997, omfattades inte ensamstående kvinnor och samkönade par. I praktiken kunde de ändå få tillgång till behandling av barnmorskor på privata kliniker, eftersom lagens regler bara avsåg behandling som genomfördes av en läkare. Den nuvarande ordningen, som har tillämpats sedan år 2007 och som gäller för både offentliga och privata sjukvårdsinrättningar, föregicks av en intensiv debatt om rätten för ensamstående kvinnors och samkönade pars tillgång till assisterad befruktning.¹¹

Den kvinna som ska genomgå en assisterad befruktning får inte vara äldre än 45 år (6 § lagen). I praktiken tillämpar de offentliga sjukhusen en lägre åldersgräns om 40 år.¹²

Assisterad befruktning kan i vissa fall vägras på grund av bristande omsorgsförmåga. Regler om detta finns i 6 och 6 a §§ lagen. I det första lagrummet, som tillämpas om kvinnan eller paret har hemvist i Danmark, anges det i huvudsak följande. Om den vårdpersonal som ansvarar för behandlingen anser att det finns tvivel om en ensamstående kvinnas eller ett pars förmåga att ta hand om ett barn, ska ärendet lämnas över till Statsförvaltningen. Beslut om huruvida behandlingen ska tillåtas eller inte fattas sedan av förvaltningen. Det andra lagrummet, dvs. 6 a § lagen, tillämpas om kvinnan eller paret saknar hemvist i Danmark. Enligt det lag-

¹⁰ Vid ikraftträdandet benämndes lagen lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. Genom en lagändring år 2012 slopades ordet *lægelig* och nyligen har orden *kunstig befrugtning* ersatts med *assisteret reproduktion* i såväl rubriken som författningstexten.

¹¹ Nordiska ministerrådet (2006), *Assisted Reproduction in the Nordic Countries. A comparative study of policies and regulation*. Tema Nord 2006:505.

¹² Enligt uppgift från Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse den 4 mars 2014.

rummet ska den ansvariga vårdpersonalen vägra att utföra en assisterad befruktning om det råder uppenbart tvivel om kvinnans eller parets omsorgsförmåga.

Innan en behandling genomförs, ska ett skriftligt samtycke hämtas in från kvinnan och hennes eventuella make eller partner. Den behandlande läkaren måste också kontrollera att samtycket är giltigt när behandlingen påbörjas (23 § lagen).

Särskilt om donerade könsceller

I Danmark är det tillåtet att vid assisterad befruktning använda både donerade ägg och donerade spermier, dock inte samtidigt. En förutsättning för behandling med donerade könsceller är alltså att ägget kommer från den kvinna som ska föda barnet eller att spermier kommer från hennes partner (5 § lagen om assisterad befruktning).

Det krävs ett skriftligt samtycke från donatorn för att hans eller hennes könsceller ska få användas vid assisterad befruktning (23 § lagen). Donatorn kan vara anonym, men kan också välja att inte vara anonym. En icke anonym donator kan antingen vara känd för mottagaren eller öppen på så sätt att parterna avtalar om vilka upplysningar som barnet eller föräldrarna ska få tillgång till samt hur och när detta ska ske. En spermiedonator kan donera sina könsceller till behandling av en viss person. Huvudregeln är då att han betraktas som barnets rättsliga far. Vi återkommer till detta i nästa avsnitt.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen

Den föräldraskapsrättsliga regleringen finns i børneloven. Här redovisas de särskilda bestämmelser som gäller vid assisterad befruktning.

Den kvinna som föder ett barn som tillkommit genom assisterad befruktning ska alltid anses som barnets mor. Detta framgår av 30 § lagen. Om behandlingen har genomförts av vårdpersonal, eller under vårdpersonals ansvar, ska kvinnans make, registrerade partner eller partner under vissa förutsättningar anses som barnets far eller medmor. Förutsättningarna är att han eller hon har samtyckt till behandlingen och att barnet måste antas ha blivit till genom

behandlingen. Samtycket ska vara skriftligt och innehålla en förklaring om att mannen ska vara barnets far eller att kvinnan ska vara barnets medmor (27 § lagen).

I 27 a § lagen ges det en möjlighet för samkönade par att välja om en känd donator ska vara barnets far. Enligt lagrummet gäller följande. Om en kvinna är gift med en annan kvinna, eller har en registrerad partner eller en kvinnlig partner, och kvinnan har genomgått en assisterad befruktning med spermier från en känd donator, anses spermiedonatorn under vissa förutsättningar som barnets far. En förutsättning är att barnet måste antas ha kommit till vid behandlingen. Donatorn måste också skriftligen ha förklarat att han ska vara barnets far. Även kvinnans maka, registrerade partner eller partner ska ha lämnat ett skriftligt samtycke till behandlingen. Om parterna skriftligen förklarar att kvinnans maka, registrerade partner eller partner ska vara barnets medmor, gäller i stället det.

Huvudregeln är att en spermiedonator inte anses som barnets far om donationen har skett till ett vävnadscentrum, till vårdpersonal eller till någon som arbetar under vårdpersonals ansvar (28 § lagen). De ovan behandlade reglerna i 27 a § lagen utgör således ett undantag från denna huvudregel. Det finns även andra undantag. I de situationer som inte omfattas av 27 § eller 27 a § lagen ska nämligen spermiedonatorn anses som barnets far om han skriftligen har samtyckt till att en viss kvinna ska motta spermiedonationen och förklarat att han ska vara barnets far (27 b § lagen). En spermiedonator ska normalt också anses som barnets far om behandlingen inte har utförts av vårdpersonal eller under vårdpersonals ansvar (27 c § lagen).

5.4.2 Finland

Förutsättningar för assisterad befruktning

I Finland regleras assisterad befruktning genom lagen om assisterad befruktning (lag 1237/2006). Lagen, som trädde i kraft den 1 september 2007, gäller för sådana behandlingar där könsceller eller embryon från en människa förs in i en kvinna för att åstadkomma en graviditet. Lagen gäller också vid donation eller lagring av könsceller och embryon för assisterad befruktning. Om en mans obehandlade och olagrade spermier förs in i en kvinna utan att en

läkare, eller någon annan utomstående, mot ersättning deltar i utförandet av åtgärden, anses det inte handla om en assisterad befruktning. Sådana fall omfattas därför inte av lagen.

Assisterad befruktning kan utföras på ett par eller på en kvinna. Med par avses en kvinna och en man som lever tillsammans i äktenskap eller under äktenskapsliknande förhållanden. Med kvinna avses såväl ensamstående kvinnor som kvinnor i samkönade relationer.¹³ Vid behandling av andra än olikkönade par, krävs att spermiedonatorn har lämnat ett särskilt samtycke till behandlingen (mer om detta i det följande).

Assisterad befruktning får enligt 8 § lagen inte utföras, om

1. den som får behandling inte har gett sitt skriftliga samtycke,
2. den ena parten i ett par som får behandling är gift med en tredje person,
3. graviditeten på grund av kvinnans ålder eller hälsotillstånd kan medföra betydande fara för kvinnans eller barnets hälsa,
4. den som gett sitt samtycke till assisterad befruktning har återkallat samtycket eller avlidit,
5. det är uppenbart att barnet inte kan tryggas en balanserad uppväxt, eller
6. det finns anledning att anta att barnet kommer att ges bort som adoptivbarn.

Beslut om assisterad befruktning fattas av den behandlande läkaren. Läkaren ska först försäkra sig om att förutsättningarna för behandlingen är uppfyllda (11 § lagen).

Särskilt om donerade könsceller

Även i Finland är det tillåtet att vid assisterad befruktning använda antingen donerade spermier eller donerade ägg. Könsceller kan doneras av den som har fyllt 18 år och som godkänts vid en hälsokontroll. I Finland är det också tillåtet att använda sådana befruktade ägg som har blivit över efter ett annat pars IVF-behandlingar.

¹³ Äktenskap mellan två personer av samma kön är inte tillåtet i Finland. Däremot är registrerat partnerskap tillåtet.

En förutsättning för det är dock att paret har samtyckt till att donera sina befruktade ägg för detta ändamål. Andra befruktade ägg får inte användas vid assisterad befruktning.

Användning av en donators könsceller vid assisterad befruktning förutsätter alltid donatorns samtycke. En donator kan välja om hans eller hennes könsceller bara ska få användas vid behandling av olikkönade par eller om de också ska få användas vid behandling av andra personer, t.ex. ensamstående kvinnor. Om en manlig donator har gett sitt samtycke till att hans spermier får användas vid behandlingar av t.ex. ensamstående kvinnor, kan han också samtycka till att fastställas som far till det barn som föds efter en sådan behandling. En donator kan alltid återkalla lämnade samtycken fram till dess att könscellerna har använts vid en assisterad befruktning.

Uppgifter om donatorer av könsceller och om eventuella samtycken till att fastställas som far sparas i ett särskilt donationsregister. Registret förs av Rättsskyddscentralen för hälsovården. Om donatorn har samtyckt till att kunna fastställas som far, ska han underrättas om barnets födelse. Han ska också få uppgift om den donatorskod som har använts för honom och uppgift om den tjänstetillhandahållare som har utfört den assisterade befruktningen.

En person som kan ha sitt ursprung i en donerad könscell eller ett donerat befruktat ägg har, efter att han eller hon fyllt 18 år, rätt att få uppgift om donatorns identitet. Om barnets mor inte var gift eller sambo med en man vid behandlingen och donatorn har gett sitt samtycke till att han kan fastställas som far, har även modern en rätt att få information om donatorns identitet.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen

I lagen om faderskap (1975/700), som reformerades år 2009, finns det bestämmelser om konstaterande och fastställande av släktskapsförhållande samt om upphävande av släktskapsförhållandet mellan ett barn och dess far. Där finns också särskilda regler om assisterad befruktning, vilka vi redogör för i detta avsnitt.

En man som i samråd med en kvinna har samtyckt till att kvinnan genomgår en behandling enligt lagen om assisterad befruktning, ska fastställas som barnets far om det kan anses styrkt att barnet har avlats genom behandlingen. Om behandlingen har avsett en ensam-

stående kvinna eller ett samkönat par, ska spermiegivaren fastställas som barnets far under förutsättningen att han före behandlingen har lämnat sitt samtycke till det. Är barnet fött inom ett äktenskap eller under viss tid efter äktenskapets upplösning på grund av mannens död, ska dock den före detta maken anses som barnets far. Undantag gäller om modern före barnets födelse har ingått ett nytt äktenskap. I ett sådant fall ska kvinnans nya make anses som barnets far.

En särskild arbetsgrupp, arbetsgruppen för revidering av lagen om faderskap, har den 12 november 2013 lämnat förslag till en ny faderskapslag. Arbetsgruppens betänkande har remitterats. Avsikten är att en proposition om ny faderskapslag ska överlämnas till riksdagen under våren 2014.

Det finns i Finland inga särskilda bestämmelser om moderskapet till ett barn. Arbetsgruppen för revidering av lagen om faderskap har i en promemoria behandlat frågor som rör bestämmande av moderskap och behovet av bestämmelser om det. I promemorian diskuteras även införandet av en möjlighet att fastställa föräldraskap för den kvinna i ett samkönat par som inte föder barnet i sådana fall där kvinnorna i samförstånd har fått barn genom en assisterad befruktning och spermiedonatorn inte kan fastställas som barnets far.

5.4.3 Island

Förutsättningar för assisterad befruktning

I Island regleras assisterad befruktning i lagen om artificiell befruktning och användning av mänskliga könsceller och embryon för stamcellsforskning (nr 55/1996). Lagen trädde i kraft i juni 1996 och har sedan dess ändrats ett flertal gånger. Enligt lagen får en assisterad befruktning bara utföras hos sådana vårdinstitutioner som har en särskild licens för det. Behandlingarna ska utföras under överinseende av specialister inom gynekologi och obstetrik. Vårdgivaren måste dessutom erbjuda patienterna och donatorerna en professionell rådgivning som genomförs av specialister, såsom socialarbetare eller psykolog.

Både par och ensamstående kvinnor kan genomgå en assisterad befruktning. Med par avses här såväl olikkönade som samkönade par. I lagen finns det ett antal förutsättningar som måste vara upp-

fyllda för att en assisterad befruktning ska få genomföras. Förutsättningarna är följande.

1. Kvinnan ska ha lämnat ett skriftligt och bevittnat samtycke. Om kvinnan är gift eller sambo ska även partners skriftliga och bevittnade samtycke inhämtas.
2. Det måste kunna antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.
3. Kvinnan måste vara i barnafödande ålder. Hon måste dessutom ha fysisk förmåga och tillräckligt god hälsa för att klara av behandlingen, graviditeten och förlossningen.
4. Kvinnan eller paret ska ha en god psykisk hälsa och leva under goda sociala förhållanden.

En läkare gör bedömningen om en assisterad befruktning ska få genomföras eller inte. Om en behandling vägras, kan kvinnan eller paret överklaga läkarens beslut.

Särskilt om donerade könsceller

I Island är det i vissa fall tillåtet att vid befruktning utanför kroppen använda både donerade ägg och donerade spermier. Så är fallet om båda parterna eller den ensamstående kvinnan har en nedsatt fertilitet. Embryodonation är däremot inte tillåten.

Valet av lämplig donator görs av den läkare som ska utföra behandlingen. Donatorer får vara anonyma. Om en donator väljer att vara anonym, har han eller hon ingen rätt till information om det mottagande paret och vice versa. Om donatorn i stället väljer att inte vara anonym, ska vårdgivaren spara informationen om honom eller henne i en särskild journal. I samma journal ska vårdgivaren spara information om det eller de barn som kommer till genom användningen av de donerade könscellerna. När barnet fyller 18 år, har barnet rätt att få tillgång till journalen och på så sätt ta reda på donatorns namn.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen

Den föräldraskapsrättsliga regleringen finns i barnlagen (76/2003). I det följande redogör vi för de särskilda regler som gäller när ett barn har kommit till genom en assisterad befruktning.

Liksom i dansk rätt har det ansetts nödvändigt med en särskild regel om moderskapet för de barn som kommer till genom en assisterad befruktning. I barnlagen anges det därför att barnets mor är den kvinna som föder barnet. En äggdonator kan alltså inte anses som barnets mor.

Även isländsk rätt innehåller bestämmelser om föräldraskap som baseras på samtycke. En man som har gett sitt samtycke till att hans hustru eller registrerade sambo genomgår en assisterad befruktning enligt lagen om artificiell befruktning, ska anses som barnets far. Om samtycket i stället har lämnats av en kvinnas hustru eller partner, ska hustrun eller partnern anses som barnets förälder.

En man som enligt lagen om artificiell befruktning donerar spermier till någon annan än sin maka eller partner, kan inte genom dom fastställas som far till det eller de barn som har tillkommit genom en assisterad befruktning med hans spermier. Däremot ska en man som har donerat spermier utom ramen för lagens tillämpningsområde anses som barnets far. Undantag gäller om spermierna har använts utan mannens kännedom eller efter hans död. Faderskap får inte fastställas för ett barn som har kommit till genom assisterad befruktning för en ensamstående kvinna.

5.4.4 Norge

Förutsättningar för assisterad befruktning

I Norge regleras möjligheterna till assisterad befruktning i loven om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (LOV-2003-12-05-100). De tillåtna formerna av assisterad befruktning är insemination och befruktning utanför kroppen. Enligt lagen får sådana behandlingar bara utföras på en kvinna som är gift eller sambo med en man eller en kvinna. Någon möjlighet för ensamstående kvinnor att genomgå assisterad befruktning finns alltså inte.

En läkare beslutar om en assisterad befruktning ska få genomföras. Beslutet ska grundas på medicinska och psykosociala bedömningar av paret. Läkaren ska beakta parets omsorgsförmåga och ta hänsyn till det blivande barnets bästa. Läkaren har möjligheter att

inhämta den information som är nödvändig för att kunna göra en helhetsbedömning i det enskilda fallet.

Särskilt om donerade könsceller

I Norge tillåts assisterad befruktning med donerade spermier. Den som har kommit till genom en behandling med donerade spermier har vid 18 års ålder rätt att få veta vem donatorn är. Det finns ett nationellt donatorregister där alla spermiedonatorer registreras.

En spermiegivare ska vara över 18 år och får inte sakna rättslig handlingsförmåga på det personliga området. Spermiegivaren ska ge sitt skriftliga samtycke till att spermierna får användas vid assisterad befruktning och till att uppgifter om hans identitet registreras i donatorregistret. Samtycket kan återkallas till dess att befruktning har skett. Donatorn får inte kännedom om parets och barnets identiteter. Den behandlande läkaren väljer en lämplig donator. Vårdgivaren är ansvarig för att upplysningar om behandlingen registreras.

Äggdonation är inte tillåten, men frågan är föremål för diskussion. Det nuvarande förbudet mot äggdonation avser såväl befruktade som obefruktade ägg. Den norska biotekniknämnden (bioteknologinemnda) har förordat att äggdonation tillåts.¹⁴

Den föräldraskapsrättsliga regleringen

Regler om vem som är förälder till ett barn finns i loven om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-07). Där föreskrivs det bl.a. att den kvinna som föder ett barn ska anses som barnets mor. Barnets far är den man som modern är gift med vid barnets födelse. Denna faderskapspresumtion gäller inte om makarna var separerade vid barnets födelse. Om modern är änka, anses den avlidne maken som barnets far under förutsättningen att modern kan ha blivit gravid innan maken dog. När faderskapet inte följer av äktenskap, kan modern uppge en viss man som far och han kan bekräfta faderskapet. Om modern inte har uppgett en viss man som far, kan hon

¹⁴ Bioteknologinemndas yttrande till Helse- og omsorgsdepartementet den 22 november 2011.

godta en mans bekräftelse i efterhand. Faderskap kan också fastställas genom dom.

Om modern är gift eller sambo med en kvinna, anses den andra kvinnan under vissa förutsättningar som barnets medmor. En förutsättning är att barnet har avlats genom en assisterad befruktning som utförts på en godkänd sjukvårdsinrättning i Norge eller i utlandet. En annan förutsättning är att den andra kvinnan har gett sitt samtycke till behandlingen. Det krävs också att spermiegivarens identitet är känd. Medmorskap fastställs av myndigheterna efter ansökan.

Ett barn kan enligt norsk rätt inte ha både en far och en medmor. Om barnet inte har en far eller medmor, ska det offentliga försöka få fastställt vem som är far eller medmor. Med de undantag som har framgått i det föregående, gäller de föreskrifter som avser en far också för en medmor.

5.4.5 Storbritannien¹⁵

Förutsättningar för assisterad befruktning

I Storbritannien regleras assisterad befruktning i The Human Fertilisation and Embryology Act (2008). Storbritannien har en av de mest tillåtande och öppna regleringarna i Europa. Det är exempelvis tillåtet att använda donerade befruktade ägg samt könsceller och befruktade ägg från avlidna personer. Det är också tillåtet att genomföra en fertilitetsbehandling med hjälp av en surrogatmoder. I lagen uppställs inget krav på parförhållande för att få genomgå en behandling. Klinikerna gör samtidigt alltid en lämplighetsbedömning av sökanden eller sökandena.

Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA, utövar tillsyn och licensierar kliniker samt utfärdar föreskrifter och riktlinjer om hur bl.a. barnets bästa ska tillgodoses i samband med assisterad befruktning. Det finns dock även privata, icke licensierade kliniker. Vid dessa kliniker kan det erbjudas metoder som inte är tillåtna vid de offentliga klinikerna. Som exempel på sådana metoder kan nämnas spermieseparation för könsurval av sociala skäl. HFEA arbetar aktivt för att försöka påverka dessa verksamheter och varnar allmänheten för de risker som behandling vid olicensie-

¹⁵ Avsnittet bygger i stora delar på framställningen i Smer 2013:1 s. 84-86.

rade kliniker kan innebära. Utöver hälsorisker kan det uppstå problem kring det rättsliga föräldraskapet eftersom lagstiftningen endast omfattar donation av könsceller vid licensierade kliniker.

Särskilt om donerade könsceller

I Storbritannien är det tillåtet att använda både donerade ägg och donerade spermier. Par som har övertaliga befruktade ägg efter sina egna IVF-behandlingar kan donera äggen till andra personer med infertilitetsproblem, inklusive ensamstående kvinnor.

Efter en lagändring år 2005 registreras alla donatorer och barnet kan vid 18 års ålder få tillgång till uppgifter om donatorn. Det är också möjligt för den som har donerat spermier eller ägg före år 2005 att häva anonymiteten och på så sätt ge barn en möjlighet att få reda på sitt genetiska ursprung.

Det är tillåtet att använda en känd donator och varje donator av ägg, spermier eller befruktade ägg får ge upphov till högst 10 levande barn.

En kvinna som genomgår befruktning utanför kroppen kan delta i så kallade "egg sharing arrangements". Detta innebär att kvinnan donerar sina övertaliga ägg till andra kvinnor som ska genomgå en behandling. Den kvinna som donerar ägg behöver då ofta inte betala för sin egen behandling. Nedfrysta ägg får lagras i högst 10 år.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen

Enligt Human Fertilisation and Embryology Act ska den kvinna som föder ett barn betraktas som barnets mor. Moderskapet för kvinnan upphör dock om barnet adopteras eller föräldraskapet överflyttas genom en s.k. "parental order".

I brittisk rätt finns det en presumtion om att barn som föds inom ett äktenskap är makarnas gemensamma. Om en kvinna är gift med en man vid tiden för en behandling med donerade spermier, anses han därför som barnets far. Detta gäller dock bara om det inte kan visas att han inte har samtyckt till behandlingen. En motsvarande presumtion gäller vid äktenskap eller partnerskap (civil partnership) mellan två kvinnor. I dessa fall anses alltså den

andra kvinnan som barnets förälder under förutsättningen att det inte kan visas att hon inte har samtyckt till behandlingen.

Även två personer som inte är gifta med varandra kan uppnå ett gemensamt föräldraskap vid behandling med donerade spermier. En förutsättning för detta är dock att det inte finns någon annan man eller kvinna som ska anses som barnets far respektive förälder. Det krävs också att behandlingen har utförts vid en licensierad klinik och att de tilltänkta föräldrarna har lämnat sitt samtycke till att mannen ska vara barnets far eller att den andra kvinnan ska vara barnets förälder. Samtycket ska vara skriftligt och undertecknat av den person som avger det. När könscellerna eller det befruktade ägget har förts in i kvinnan, kan ingen av parterna ta tillbaka sitt samtycke.

När en ogift kvinna väljer att insemineras med donerade spermier på annat sätt, t.ex. genom heminsemination, kan ett gemensamt föräldraskap för henne och hennes partner inte åstadkommas genom samtycke. I sådana fall måste alltså partnern adoptera barnet för att ett gemensamt föräldraskap ska uppnås.

När reglerna innebär att en viss man ska anses som barnets far, kan ingen annan man eller kvinna anses som barnets far respektive förälder. På motsvarande sätt kan ingen annan kvinna betraktas som barnets förälder eller en man betraktas som barnets far om det vid sidan av modern finns en kvinna som ska anses som barnets andra förälder.

Om en ensamstående kvinna föder barn efter en IVF-behandling med donerade befruktade ägg, ska hon anses som barnets rättsliga mor. Det är dock oklart vem som i dessa fall ska anses som barnets far.

6 Tidigare utgångspunkter

6.1 Inledning

Regleringen om assisterad befruktning har genomgått stora förändringar sedan den första lagstiftningen om insemination infördes under mitten av 1980-talet. Förändringarna, som till stor del har bestått i godtagande och reglering av nya metoder, är ett resultat av framsteg inom reproduktionsteknologin, ny forskning, ändrade normer och värderingar i samhället, förändringar i vår omvärld samt av nya etiska överväganden och ställningstaganden. Den kunskap som finns i dag är annorlunda än den som fanns under mitten av 1980-talet.

Vi ska i detta kapitel beskriva hur regeringens och riksdagens syn på assisterad befruktning har förändrats från mitten av 1980-talet till i dag. Beskrivningen inleds med en redogörelse för de utgångspunkter som enligt förarbetena har varit styrande för olika förändringar i regelverket. Efter det följer en exemplifiering av de argument som har framförts i debatten om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor samt en beskrivning av riksdagens tillkännagivande från våren 2012.

Kapitlet avslutas med en beskrivning av de senaste etiska övervägandena i frågor som rör assisterad befruktning. Beskrivningen baseras på den rapport om assisterad befruktning som relativt nyligen har utarbetats av Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och som har titeln *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1). Beskrivningen i denna del inleds med en kort redogörelse för bakgrunden till rapporten och en genomgång av de etiska utgångspunkter som enligt Smer bör gälla vid ställningstaganden i frågor om assisterad befruktning. Efter det behandlar vi Smers överväganden i frågor som rör assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

Vi kommer inte i detta kapitel att beskriva hur vi ser på tidigare uttalanden och andra utgångspunkter. Detta behandlar vi först i kapitel 7.

6.2 Förarbetsuttalanden

6.2.1 Den första inseminationsregleringen i Sverige

Den första svenska lagstiftningen om insemination tillkom i syfte att reglera en verksamhet som sedan länge redan hade bedrivits i Sverige. I propositionen *om artificiella inseminationer* (prop. 1984/85:2) angavs det väsentligen följande. Det är uppenbart att insemination fyller en viktig funktion för de makar och andra samboende par som inte kan få barn på annat sätt. Det är dock inte godtagbart att denna verksamhet kan bedrivas utan särskild insyn från samhällets sida och utan att lagstiftaren har tagit ställning till de delvis mycket känsliga frågor som verksamheten ger upphov till.

Ett viktigt syfte med att reglera inseminationsverksamheten var således att man från statens sida ville fortsätta hjälpa ofrivilligt barnlösa personer att få barn. Barnens intressen aktualiserades inte särskilt i frågan om verksamheten skulle vara fortsatt tillåten eller inte. Barnperspektivet iaktogs däremot vid utformningen av de villkor som skulle gälla för verksamheten. Det föredragande statsrådet konstaterade i propositionen att det inte fanns någon forskning om de barn som har kommit till genom insemination och angav att verksamheten bl.a. därför borde begränsas till sådana fall där det blivande barnet kan växa upp hos föräldrar av båda könen. Statsrådet angav också följande. En medverkan från samhällets sida till att ett barn kommer till genom givarinsemination bör bara lämnas om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Någon form av prövning av makarnas eller de samboendes lämplighet att vårda och fostra barn är därför nödvändig. Det är också viktigt att ett barn som har kommit till genom insemination får samma rättsliga ställning som andra barn. Ur principiell synpunkt är det dessutom viktigt att barnet får reda på hur det har kommit till och vem som har varit donator.

Statsrådets uttalanden resulterade i förslag till regler om särskild prövning vid användning av donerade spermier, regler om faderskap till de barn som har kommit till genom en assisterad befrukt-

ning med sådana spermier och regler om barnets rätt till information om spermiegivaren (se avsnitt 4.2 och 4.3).

Förslagen godtog riksdagen (LU 1984/85:10 och rskr. 1984/85:99).

6.2.2 Befruktning utanför kroppen godtas och regleras

Införandet av en reglering om befruktning utanför kroppen för- anledde ytterligare överväganden, särskilt nya överväganden av etisk natur. I propositionen *om befruktning utanför kroppen* (prop. 1987/88:160) konstaterades det inledningsvis att alla konstlade befruktningsmetoder innebär en manipulation med de mänskliga livsprocesserna. En fråga som ställdes var hur långt det kan anses etiskt acceptabelt att påverka dessa livsprocesser. Det föredragande statsrådet kom fram till följande.

Ett etiskt ställningstagande till befruktning utanför kroppen måste grundas i den humanistiska synen på människan som en fri och ansvarig, skapande och social varelse. Ingen människa får behandlas enbart som medel utan att varje individ har ett värde och är ett mål i sig själv.

Det är också viktigt att eftersträva långsiktigt goda konsekvenser för alla inblandade parter. Framför allt måste frågan dock prövas utifrån det blivande barnets bästa. Eftersom samhället medverkar vid tillkomsten av barnet har samhället också ett ansvar för att barnet skall komma att växa upp under så goda förhållanden som möjligt.

Hur angeläget det än kan kännas att hjälpa ett par som är ofrivilligt barnlöst får detta aldrig ske på bekostnad av det blivande barnets bästa. Även om rätten att bilda familj är en mänsklig rättighet innebär denna ej en rätt att till varje pris få föda ett eget barn.

I sammanhanget måste också beaktas om det kan anses uppkomma någon risk för selektion av individer eller för kommersialisering av barnalstringen.¹

Regleringen om befruktning utanför kroppen föreslogs bli utformad på väsentligen samma sätt som regleringen om insemination. Syftet med regleringen var att hjälpa fler ofrivilligt barnlösa att få barn. Barnperspektivet beaktades främst vid utformningen av de villkor som skulle gälla för verksamheten.

Riksdagen godtog regeringens förslag (SoU 1987/88:26 och rskr. 1987/88:383).

¹ Prop. 1987/88:160 s. 8.

6.2.3 Assisterad befruktning med donerade ägg

I propositionen *Behandling av ofrivillig barnlöshet* (prop. 2001/02:89) föreslog regeringen att det vid befruktning utanför kroppen skulle bli tillåtet att använda även donerade ägg. Regeringen angav följande. De etiska bedömningar som måste göras vid behandling av ofrivillig barnlöshet och olika metoder för assisterad befruktning har många likheter med bedömningen av andra medicinska åtgärder. De skiljer sig dock från dessa av främst två skäl. För det första rör behandlingen på ett konkret sätt en individ som inte har någon möjlighet att göra sin röst hörd, nämligen barnet. För det andra kan det hävdas att en behandling som rör den mänskliga fortplantningen är av sådan karaktär att det krävs särskilda överväganden.

Regeringens förslag i propositionen baserades till stor del på förslagen i departementspromemorian *Behandling av ofrivillig barnlöshet* (Ds 2000:51), vilka i sin tur baserades på de förslag som Smer under år 1995 hade presenterat i rapporten *Assisterad befruktning – synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen*. Smer hade grundat sina överväganden på uppfattningen om alla människors lika värde och en humanistisk människosyn samt på principen om respekt för självbestämmande och integritet, principen om att minska lidande, godhetsprincipen² och rättvisepincipen. Regeringen angav i propositionen att den instämde i Smers uppfattning om dessa utgångspunkters betydelse vid ställningstaganden i frågor som rör assisterad befruktning. Regeringen angav därefter att den etiska bedömningen av olika metoder för behandling av ofrivillig barnlöshet innebär en avvägning mellan olika principer och intressen samt tillade följande.

De överväganden som måste göras vid bedömningen av olika behandlingsmetoder kan vara av olika karaktär. Det är viktigt att metoder som kan skada den humanistiska människosynen inte används. Vidare utgör barnets behov och rättigheter en viktig del av bedömningen av vilka insatser som är etiskt godtagbara. Vid användning av medicinsk teknologi där människor som saknar självbestämmande – eller som här

² Principen innebär att var och en ska sträva efter att göra gott och att göra nytta. I hälso- och sjukvården innebär principen att man alltid ska sträva efter att bota en patients sjukdom eller, om det inte går, lindra patientens besvär.

människor i vardande – är inblandade, måste riskerna särskilt noggrant övervägas innan tekniken införs inom sjukvården.³

Regeringen angav också att samhället i dessa fall har ett särskilt ansvar för de blivande barnen samt tillade följande. Samhället har ett ansvar för att bevaka barnens intressen samt för att se till så att de metoder och behandlingar som används är etiskt acceptabla. Samhället har också ett ansvar för de risker som ett barn kan komma att utsättas för genom att man på artificiell väg framkallar en graviditet. Ett barn som kommer till genom assisterad befruktning får inte utsättas för större risker än andra barn och det är därför viktigt att riskerna ur barnets perspektiv har övervägts särskilt innan nya behandlingsmetoder införs. Regeringen tillade också att en försiktighetsprincip bör tillämpas när det gäller införande av nya metoder och detta även om det medför att alla inte omedelbart kan få den hjälp som de skulle kunna få.

Riksdagen godtog regeringens förslag (bet. 2001/02:SoU16 och rskr. 2001/02:227).

6.2.4 Assisterad befruktning för samkönade par

I propositionen *Assisterad befruktning och föräldraskap* (prop. 2004/05:137) föreslog regeringen att assisterad befruktning med donerade spermier också skulle få utföras beträffande en kvinna som är partner eller sambo med en annan kvinna. Förslaget motiverades med att man nu ville hjälpa även dessa kvinnor att bli föräldrar. Det kan tilläggas att det för dessa par, till skillnad från vad som gällde och fortfarande gäller för olikkönade par, inte uppställdes något krav på medicinskt hinder för assisterad befruktning genom insemination. Ett sådant krav uppställdes däremot för assisterad befruktning genom befruktning utanför kroppen.

På samma sätt som i tidigare propositioner, gjorde regeringen här vissa uttalanden om vad som ska gälla då samhället medverkar till att skapa liv. Regeringen framhöll att regleringen på detta område inte får uppfattas som en alltför stark instrumentalisering av mänskligt liv och en alltför långtgående strävan att med tekniska insatser kompensera livets ofullkomligheter. Regeringen betonade också utgångspunkten att ett barn som har kommit till genom

³ Prop. 2001/02:89 s. 22.

assisterad befruktning ska ha två föräldrar. Barnet ska dessutom ha fötts av en av dem.

Regeringen övergick sedan till att pröva om det aktuella förfarandet, dvs. assisterad befruktning för ett par med två kvinnor, var förenligt med barnets bästa. Regeringen beaktade den forskning som fanns om barn i homosexuella familjer och forskningen om adopterade barn samt kom därefter fram till att förfarandet borde tillåtas. Enligt regeringen fanns det inte skäl att anta något annat än att såväl partner som homosexuella sambor generellt sett kan erbjuda även dessa barn en god uppväxtmiljö och tillgodose de särskilda behov av omsorg och omvårdnad som barnen kan ha. Regeringen tillade att förfarandet är förenligt med barnets bästa även i ett annat avseende, nämligen i frågan om barnets rätt till information. Regeringen konstaterade att barn som tillkommit genom assisterad befruktning i utlandet eller i egen regi ofta inte har någon rätt till information om spermiedonatorns identitet. Genom ett tillåtande av förfarandet inom svensk hälso- och sjukvård kunde en sådan rätt garanteras.

En viktig utgångspunkt för regeringens överväganden var, som tidigare nämnts, att det blivande barnet ska ha två föräldrar. Regeringen gick ännu längre och angav att det blivande barnet också ska garanteras två rättsliga föräldrar. Detta motiverades med att två rättsliga föräldrar ger barnet trygghet ekonomiskt, social och rättsligt – inte bara under den tid då familjen lever tillsammans utan också i fall föräldrarna skulle separera eller någon av dem skulle avlida. Till detta kommer, menade regeringen, att barnet har rätt till underhåll från sina föräldrar och arvsrätt efter dem och deras släktingar samt att reglerna om vårdnad, boende och umgänge är knutna till föräldraskapet.

Regeringens förslag godtogs av riksdagen (bet. 2004/05:LU25 och rskr. 2004/05:284).

6.3 Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor

6.3.1 De senaste årens debatt

Det har länge pågått en diskussion om ensamstående kvinnors möjlighet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Redan inför riksdagsbehandlingen av prop. 1984/85:2 väcktes en motion i frågan (motion 1984/85:22). Både lagutskottet och

socialutskottet föreslog dock att riksdagen skulle avstyrka motionen, vilket riksdagen också gjorde (LU 1984/85:10 och rskr. 1984/85:99).

Socialutskottet motiverade sitt ställningstagande till motionen enligt följande. Det kan inte anses som en allmän mänsklig rättighet att under alla förhållanden få tillgång till givarinsemination och samhället bör inte medverka till en så känslig verksamhet som givarinsemination om inte barnet kan antas få en positiv utveckling. Det råder knappast några delade meningar om att det är önskvärt att ett barn har både en mor och en far. Att helt beröva barnet en fadersgestalt kan inte anses godtagbart. Barnets bästa måste här gå före likställigheten mellan olika kvinnogrupper (LU 1984/85:10 s. 54 [Socialutskottets yttrande]).

Inte heller lagutskottet ansåg att det kan anses som en allmän mänsklig rättighet att få tillgång till insemination. Lagutskottet tillade följande. Det måste vara en strävan att så långt som möjligt se till det blivande barnets bästa. Man måste också beakta att barnpsykiatriker och barnpsykologer särskilt har betonat vikten av både en mor och en far när det gäller ett barns utveckling. Till detta kommer att ett rättsligt faderskap inte kan fastställas för ett barn som har kommit till genom insemination på en ensamstående kvinna. Utskottet kan inte ställa sig bakom en ordning som innebär att samhället direkt medverkar till att ett barn redan från början berövas möjligheten att få ett rättsligt faderskap fastställt (LU 1984/85:10 s. 16).

Diskussionen om ensamstående kvinnors möjlighet till assisterad befruktning har därefter fortsatt. Diskussionen trappades upp under slutet av 2010-talet och ett flertal motioner lades då fram i riksdagen. Diskussionerna och motionerna ledde så småningom fram till riksdagens tillkännagivande, vilket behandlas i nästa avsnitt. Vi ska här kort redogöra för några av de argument som under senare år har framförts mot respektive för ensamstående kvinnors möjlighet till assisterad befruktning. Vi inleder med några argument mot en sådan ordning.

Nästan samtliga argument mot att kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning som ensamstående fokuserar på barnets bästa eller barnets behov och intressen. Ett vanligt argument är att förfarandet strider mot regeringens och riksdagens tidigare uttalanden om barns rätt till två föräldrar, mot innehållet i barnkonventionen och vissa andra internationella dokument samt mot den svenska reglering som tillkommit i syfte att tillgodose barnets behov i olika avseenden, bl.a. regleringen om fastställande av fader-

skap och föräldraskap. Ett närliggande argument är att förfarandet strider mot principen om att alla barn ska behandlas lika (alla barn ska ha rätt till och dessutom garanteras två rättsliga föräldrar).

En del andra argument mot ett tillåtande av förfarandet handlar mer specifikt om de blivande barnens förhållanden. Som exempel på argument av detta slag kan nämnas argumenten att en ensam förälder ofta inte kan tillgodose barnets behov på samma sätt som två föräldrar och att familjer med endast en förälder är mer sårbara än familjer med två föräldrar. Ett närliggande argument är argumentet att förfarandet inte bör godtas och regleras förrän det finns tillräcklig forskning om konsekvenserna för de barn som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade spermier och som har växt upp med endast en förälder.

Vi övergår nu till att behandla några av de argument som har anförts för ensamstående kvinnors möjlighet till assisterad befruktning. En del av dessa argument handlar om likabehandling och förbud mot diskriminering. Som exempel kan nämnas argumentet att ensamstående kvinnor diskrimineras med nuvarande reglering om assisterad befruktning och att ensamstående kvinnor framöver bör behandlas på samma sätt som de kvinnor som är gifta, registrerade partner eller sambo. Som ytterligare exempel kan nämnas argumentet att ensamstående kvinnor bör ges rätt till assisterad befruktning med tanke på att en sådan rätt nu har getts till de par som består av två kvinnor. Två närliggande argument handlar om att förfarandet är tillåtet i vissa andra länder och att ensamstående kvinnor redan i dag får barn på egen hand. Det har också framförts vissa argument som nästan uteslutande handlar om kvinnans intressen. Som exempel kan nämnas argumentet att detta i första hand är en fråga om kvinnans eget val och kvinnans beslut samt att kvinnans beslut ska respekteras.

En del andra argument för ett tillåtande av förfarandet handlar om förändringar i samhället, särskilt förändrade normer och värderingar. Ett av dessa argument är att många barn numera växer upp med endast en förälder eller i andra familjekonstellationer som tidigare inte var lika vanliga. Ett annat sådant argument är att samhället borde godta att ensamstående ges möjlighet till assisterad befruktning eftersom samhället redan har godtagit att ensamstående prövas som adoptivföräldrar. Ett närliggande argument är att barnets behov ofta kan tillgodoses lika väl genom en förälder som genom två föräldrar.

6.3.2 Riksdagens tillkännagivande

I utskottsbetänkandet *Assisterad befruktning* (bet. 2011/12:SoU26) behandlade socialutskottet olika motionsyrkanden på hälso- och sjukvårdsområdet. En del av dessa avsåg ensamstående kvinnors möjlighet till assisterad befruktning. Utskottet konstaterade inledningsvis att det gällande regelverket gör skillnad mellan pars och ensamståendes möjligheter att bli föräldrar och att ensamstående tidigare har getts möjlighet att prövas som adoptivföräldrar samt angav därefter följande.

Familjer kan se ut på många olika sätt, och många barn i dag växer upp i andra familjekonstellationer än i den traditionella kärnfamiljen. Många ensamstående skaffar barn på andra sätt än genom assisterad befruktning inom svensk sjukvård. Vidare konstaterar utskottet att det i Sverige redan finns barn som fötts av ensamstående efter assisterad befruktning. Mot denna bakgrund anser utskottet att det är otillfredsställande med den ordning som för närvarande råder och att tiden nu är mogen att jämställa par och ensamstående när det gäller rätten till assisterad befruktning.

Att tillåta assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård hänger även ihop med frågan om barnets bästa och barnets rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung. I dag har ett barn som blivit till genom assisterad befruktning utomlands i många fall inte någon sådan möjlighet.

Mot denna bakgrund anser utskottet att det är angeläget att regeringen initierar ett lagstiftningsarbete med målet att ge ensamstående kvinnor rätt till assisterad befruktning.⁴

Utskottet föreslog därefter att riksdagen borde tillkännage för regeringen att regeringen – efter att ha vidtagit de utredningsåtgärder som krävs – skyndsamt ska återkomma till riksdagen med ett lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning på samma sätt som olikkönade respektive samkönade par redan har enligt gällande lag.

Riksdagen biföll utskottets förslag (rskr. 2011/12:180).

⁴ Bet. 2011/12:SoU26 s. 13.

6.3.3 En ny rapport från Statens medicinsk-etiska råd

Allmänt om rapporten

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor i ett samhällsperspektiv. Smer ska följa utvecklingen inom sådan forskning som kan anses känslig för den personliga integriteten och som kan påverka respekten för människovärdet. Smer ska också vara en förmedlande länk mellan vetenskapen och politiska beslutsfattare.

Under år 2010 anordnade Smer konferensen ”Assisterad befruktning – 15 år senare”. Syftet med konferensen var att belysa och problematisera utvecklingen när det gäller forskning, lagstiftning och värdeförskjutningar i den allmänna debatten. Namnet på konferensen markerade att det hade gått 15 år sedan rådet publicerade rapporten *Assisterad befruktning – synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen*, dvs. den rapport som låg till grund för regeringens ställningstaganden i prop. 2001/02:89. Under konferensen år 2010 diskuterades både etiska aspekter och juridiska dilemman.

Smer publicerade år 2013 rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1). Rapporten har utarbetats med konferensen som utgångspunkt och behandlar etiska aspekter på olika former av assisterad befruktning, bl.a. assisterad befruktning för ensamstående.

Vi kommer i detta avsnitt att behandla de specifika etiska utgångspunkter som Smer har enats om inför sin diskussion och analys i rapporten. Vi kommer också att redogöra för Smers överväganden i frågor som rör assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

Det kan tilläggas att det i Smers rapport också finns beskrivningar av bl.a. befintlig forskning om assisterad befruktning och de ungdomsdialoger som rådet genomförde inför författandet av rapporten. Vi kommer i avsnitt 7.3.4 att behandla den forskning som rör assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. För information om annan forskning och ungdomsdialogerna, hänvisas till Smers rapport.

Etiska utgångspunkter

Smer konstaterar inledningsvis att människovärdesprincipen fortfarande är central i frågor som rör assisterad befruktning. Principen kan tolkas på olika sätt och den tolkning som Smer normalt använder i sin rapport är den s.k. likarättstolkningen eller likavärdestolkningen. Tolkningen innebär att alla människor har samma värde och samma rättigheter oberoende av social och ekonomisk ställning i samhället. Ett till principen närliggande begrepp är begreppet integritet. Begreppet är knutet till värde och värdighet och avser varje människas egenvärde som person. Begreppet innefattar både fysisk och psykisk integritet. Det som utmärker integriteten är att den består även om man inte själv förmår hävda den.

En annan viktig utgångspunkt är rättvisa eller lika vård på lika villkor. Den grundläggande idén är att lika fall ska behandlas lika. Med detta synsätt är det omoraliskt att särbehandla vissa grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader mellan dessa och andra grupper. Smer konstaterar samtidigt att det är svårt att exakt ange vad som är etiskt relevanta skillnader och att synen på detta kan ändras över tid. När det gäller assisterad befruktning, måste man enligt Smer ta ställning till på vilket sätt olika metoder bör erbjudas för att upprätthålla en vård på lika villkor för hela befolkningen samt tanken om jämlik vård.

En tredje utgångspunkt är icke-diskriminering. Alla människor ska bemötas lika oavsett etnisk tillhörighet, politisk uppfattning, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, ålder, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, eller sexuell läggning.

En fjärde utgångspunkt är autonomi eller rätten till självbestämmande. Inom den medicinska etiken har rätten att få sina beslut respekterade hävdats sedan länge. Den är också en del av den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen och innebär en rätt att inte genom påverkan förmås eller tvingas genomgå medicinska behandlingar. En person har rätt att få veta vad behandlingen innebär, hur riskabel och smärtsam den är, vilka konsekvenser det sannolikt medför att genomgå respektive inte genomgå behandlingen samt en rätt att få säga ja eller nej till behandlingen.

En femte utgångspunkt är att medicinska åtgärder ska föregås av ett informerat samtycke. En första förutsättning för att en person ska kunna lämna ett sådant samtycke är att han eller hon har fått tillräcklig information om de förutsättningar och konsekvenser som gäller för olika handlingsalternativ. En andra förutsättning är

att personen har förstått informationen och att han eller hon på basis av informationen kan lämna sitt samtycke. Kravet på informerat samtycke är centralt i den etiska diskussionen om olika metoder för assisterad befruktning.

En sjätte utgångspunkt är principen om barnets bästa. Smer anger att det inte kan vara en rättighet för barnlösa par att få tillgång till assisterad befruktning, att assisterad befruktning bara bör komma i fråga om verksamheten är förenlig med barnets bästa och att barn som tillkommit genom assisterad befruktning ska ha samma förutsättningar som andra barn.

Den sjunde och sista utgångspunkten är försiktighetsprincipen. Denna princip innebär i huvudsak att nya tekniker ska införas på ett försiktigt och ansvarsfullt sätt.

Rådets överväganden om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor

Smer har i rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* utgått från att assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inom kort kommer att beredas inom Regeringskansliet. Smer har därför i sin diskussion fokuserat på att identifiera relevanta frågeställningar utifrån ett etiskt perspektiv som den kommande beredningen bör beakta och analysera.

Smer konstaterar inledningsvis att utgångspunkten måste vara barnets bästa och tillägger att den ensamstående kvinnans önskan att få ett barn måste vägas mot de konsekvenser som kan uppkomma för barnet genom att barnet från början bara har en förälder. Smer anger därefter i huvudsak följande.

Assisterad befruktning för ensamstående bör föregås av en särskild bedömning utifrån ett barnperspektiv. Vid bedömningen bör man ta hänsyn till om kvinnan har ett utvidgat socialt nätverk eller om man på andra sätt kan säkerställa att kvinnan kan erbjudas ett anpassat stöd från BVC eller liknande. Det bör också övervägas om det behövs en striktare bedömning än vid behandling av par när det gäller ålder och hälsa hos den kvinna som ska genomgå behandlingen. En striktare bedömning kan behövas för att säkerställa att det blivande barnets intressen tillvaratas i så hög utsträckning som möjligt.

Det är möjligt att frånvaron av en social och rättslig far kan medföra ett större intresse hos barnet att söka upp donatorn och

kanske till och med skapa en relation till honom. Mot bakgrund av den kunskapsosäkerhet som finns på området, bör man överväga om spermiedonatorn ska ges en särskild möjlighet att samtycka till donation av spermier till ensamstående kvinnor. Det kan också bli aktuellt att inhämta ett förnyat samtycke från sådana spermiegivare som redan före lagändringarna har donerat spermier.

Det är viktigt att omgående stödja forskning och uppföljning av de barn som kommer till genom assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Man bör följa upp den psykologiska och sociala utvecklingen hos barnen för att i god tid överväga eventuella behov av särskilda insatser eller stöd till denna grupp.

7 Överväganden

7.1 Inledning

I det här kapitlet redovisar vi våra överväganden om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Vi har i avsnitt 2.1 redovisat vår tolkning av direktiven och utvecklat vilka frågor som vi kommer att behandla i delbetänkandet. Där har vi också klargjort vilka frågor som vi inte kommer att behandla och skälen till avgränsningarna. Det som har sagts där innebär i korthet följande.

Utredningen ska i delbetänkandet lämna förslag till en reglering som ger ensamstående kvinnor en möjlighet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Regleringen ska vara utformad på väsentligen samma sätt som motsvarande reglering för gifta, registrerade partner och sambor. Vi kommer inte i delbetänkandet att överväga en reglering som i fråga om t.ex. användningen av donerade ägg är annorlunda än den som gäller för par. Vi kommer inte heller att behandla andra frågor som har en nära anknytning till de frågor som ska behandlas först i slutbetänkandet.

I delbetänkandet ska vi också ta ställning till vilka förändringar som behöver göras för att anpassa lagstiftningen om assisterad befruktning och tillämpningen av denna till en ordning där en ensam tilltänkt förälder kan genomgå behandlingen. Uppdraget i denna del är samtidigt begränsat till nödvändiga följdändringar.

Vi inleder med en redogörelse för de utgångspunkter som gäller för våra överväganden (avsnitt 7.2). I avsnitt 7.3 redovisar vi våra förslag och övriga överväganden när det gäller regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Frågor om nödvändiga följdändringar behandlas i avsnitt 7.4 och 7.5.

Det som i övervägandena sägs om kvinnor gäller också, om inte annat anges eller annars framgår av sammanhanget, för de personer som har ändrat könstillhörighet från kvinna till man (s.k. KtM-personer) och som har behållit sin fortplantningsförmåga.

7.2 Våra utgångspunkter

Våra bedömningar: Vi instämmer i de uttalanden som tidigare har gjorts om vilka etiska och andra utgångspunkter som bör gälla i frågor som rör assisterad befruktning. Vi instämmer också i att man vid ställningstaganden i dessa frågor alltid måste göra en avvägning mellan olika intressen, att principen om barnets bästa bör tillmätas en särskild vikt och att samhället i dessa fall har ett särskilt ansvar för att bevaka och tillvarata de blivande barnens intressen.

Vi instämmer vidare i de uttalanden som har gjorts om att barn normalt ska ha rätt till två föräldrar och dessutom garanteras två rättsliga föräldrar redan från födseln. Detta bör även fortsättningsvis gälla. En reglering om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör betraktas som ett undantag från det som annars gäller.

Med hänsyn till de etiska och andra utgångspunkter som bör gälla, finns det anledning att överväga om det i fråga om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor behöver införas några särskilda villkor eller regler för att tillgodose de blivande barnens intressen.

I flera länder har ensamstående kvinnor numera tillgång till assisterad befruktning. Så är fallet i de andra nordiska länderna, förutom i Norge. Så är också fallet i exempelvis Storbritannien och Nederländerna. Varje år genomgår en hel del svenska ensamstående kvinnor en assisterad befruktning i utlandet, inte minst i Danmark. Det råder således ingen tvekan om att en svensk reglering om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor skulle fylla en viktig funktion för många kvinnor som önskar att bli föräldrar.

I Sverige har frågan varit föremål för diskussion under lång tid. Lagstiftaren har hittills avstått från att införa en möjlighet till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor med hänvisning till bl.a. barnets rätt till två föräldrar. Vi har redovisat den tidigare diskussionen i kapitel 6. När vi nu ska lämna förslag som ger ensamstående kvinnor en möjlighet till assisterad befruktning, uppkommer frågan vilka tidigare ställningstaganden som fortfarande har giltighet och vilken betydelse de i så fall bör ges vid regleringens utformning. Vi inleder med att behandla vissa etiska utgångspunkter.

Vi instämmer till att börja med i tidigare uttalanden om att människovärdesprincipen är central i frågor som rör assisterad befruktning. Principen innebär bl.a. att alla människor har lika värde och samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. Ingen människa får behandlas som enbart medel för att tillfredsställa en annan människas behov eller önskningar. Vi instämmer också i uttalandena om att det aldrig kan vara en mänsklig rättighet att till varje pris få föda ett eget barn.

Regeringen har tidigare uttalat att de barn som kommer till genom en assisterad befruktning inte får utsättas för större risker än andra barn och att det är viktigt att riskerna ur barnets perspektiv har övervägts särskilt innan nya behandlingsmetoder införs (prop. 2001/02:89 s. 23). I sammanhanget tillade regeringen att en försiktighetsprincip bör tillämpas när det gäller införande av nya metoder och detta även om det medför att alla inte omedelbart kan få den hjälp som de skulle kunna få. Detsamma bör enligt vår mening gälla vid ställningstaganden som innebär att nya grupper ges tillgång till befintliga metoder. Principen blir särskilt viktig att tillämpa i sådana situationer där kunskapen om tänkbara konsekvenser är bristfällig.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i sin senaste rapport på området angett vilka andra etiska utgångspunkter som enligt rådet är centrala vid ställningstaganden i frågor som rör assisterad befruktning. Några av dessa är rättvisa eller lika vård på lika villkor, icke-diskriminering, autonomi eller rätten till självbestämmande samt kravet på informerat samtycke (se avsnitt 6.3.3). Vi instämmer i att även dessa utgångspunkter är centrala. De intressen som ligger bakom utgångspunkterna tillgodoses till stor del redan genom ett införande av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Vi övergår nu till att behandla den, enligt vår mening, mest centrala etiska utgångspunkten, nämligen principen om barnets bästa.

Statsmakterna har gång på gång framhållit att principen om barnets bästa ska genomsyra all svensk lagstiftning, inklusive regleringen om assisterad befruktning. Det anges dessutom i våra direktiv att arbetet ska ske med utgångspunkt i att barnets bästa ska placeras i första rummet och att de rättigheter som barn tillerkänns enligt FN:s konvention om barnets rättigheter ska beaktas. Principen om barnets bästa är alltså en av våra viktigaste utgångspunkter.

Det kan knappast hävdas att motivet för ett införande av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående är hänsynen till

barnets bästa. Grunden för införandet är i stället en önskan att hjälpa fler ofrivilligt barnlösa att få barn på detta sätt. Detsamma gäller för assisterad befruktning i stort och är således inte unikt för denna grupp. Det är alltså de vuxnas önskningar som står i centrum för att möjligheterna skapas. Detta innebär inte att assisterad befruktning som företeelse är oförenlig med principen om barnets bästa. Principen måste dock ges stor vikt när man överväger olika förändringar och regleringars utformning.

Det hävdas ibland att samhället inte uppställer några lämplighetskrav eller andra begränsningar när människor får barn utan sjukvårdens inblandning och att man därför inte heller bör göra det vid assisterad befruktning. Sådana argument kan inte godtas. Som regeringen tidigare uttalat, har samhället ett särskilt ansvar för att i dessa fall bevaka och tillvarata de blivande barnens intressen. Detta gäller inte minst med tanke på att samhället aktivt medverkar vid tillkomsten av de blivande barnen och att barnen inte själva kan göra sina röster hörda. Samhället måste därför överväga om negativa konsekvenser kan uppkomma för barnen och även i övrigt se till så att nya förfaranden m.m. framstår som etiskt acceptabla. En utvidgning av möjligheterna till assisterad befruktning kan alltså inte få ske på bekostnad av de blivande barnens bästa. Det ankommer på samhället att göra en avvägning mellan olika intressen och att, om ett nytt förfarande tillåts eller nya grupper ges tillgång till befintliga förfaranden, utforma en reglering som ger de garantier som behövs för att principen om barnets bästa ska kunna tillgodoses.

Regeringen har för mindre än tio år sedan uttalat att ett barn som tillkommit genom assisterad befruktning ska ha två föräldrar och att barnet dessutom, genom särskilda regler i föräldrabalken, ska garanteras två rättsliga föräldrar. Det senare har motiverats med att två rättsliga föräldrar ger barnet trygghet ekonomiskt, socialt och rättsligt – inte bara under den tid då familjen lever tillsammans utan också för det fallet att föräldrarna skulle separera eller någon av dem skulle avlida. Barnets rätt till två rättsliga föräldrar har vidare motiverats med att barnet har rätt till underhåll från sina föräldrar och arvsrätt efter föräldrarna och deras släktingar. Den har också motiverats med att reglerna om vårdnad, boende och umgänge är knutna till föräldraskapet (prop. 2004/05:137 s. 42).

Vår bedömning är att regeringens tidigare uttalanden fortfarande har giltighet och att huvudregeln alltså även fortsättningsvis bör vara att ett barn har rätt till två rättsliga föräldrar. Detta

synsätt genomsyrar de nuvarande regleringarna om barn och deras föräldrar. Som exempel kan nämnas de föräldraskapsrättsliga regleringarna, särskilt reglerna om fastställande av faderskap eller föräldraskap, reglerna om vårdnad och umgänge samt reglerna om underhåll till barn. Som ytterligare exempel kan nämnas den arvsrättsliga regleringen och sådana regleringar som på olika sätt syftar till att stödja ensamstående föräldrar med barn. Ett ställningstagande som innebär att det inte längre är en huvudregel att barn ska ha rätt till två rättsliga föräldrar skulle innebära att det rättsliga systemet framstår som inkonsekvent. Till detta kommer att de skäl som har anförts om att två rättsliga föräldrar ger barnet större trygghet i ekonomiskt, socialt och rättsligt hänseende inte kan anses överspelade. Man kan inte bortse från att en familj med en förälder kan vara mer sårbar än en familj med två föräldrar, t.ex. när en förälder blir sjuk. Vår uppfattning är därför att ett barn även fortsättningsvis, som huvudregel, bör ha rätt till två rättsliga föräldrar. Detta innebär att en reglering om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör betraktas som ett undantag från det som annars gäller.

Det som nu har sagts gäller som utgångspunkt för alla våra överväganden. Våra ställningstaganden innebär att det finns anledning att överväga om det med hänsyn till relevanta principer behöver införas särskilda villkor eller regler vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Vi kommer i de avsnitt där det blir aktuellt att redovisa argument för respektive mot behovet av sådana villkor eller regler samt vår bedömning av dessa argument.

7.3 Ändringar i regleringen om assisterad befruktning

7.3.1 Inledning

Assisterad befruktning inom den svenska hälso- och sjukvården regleras i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Insemination behandlas i 6 kap. och befruktning utanför kroppen i 7 kap. Bestämmelserna innebär i korthet följande.

Assisterad befruktning får bara utföras om kvinnan är gift, registrerad partner eller sambo. För insemination eller införande av ett befruktat ägg i kvinnans kropp, krävs makens, partnerns eller sambons skriftliga samtycke. När donerade könsceller används vid

behandlingen, ska läkaren pröva om det med hänsyn till makarnas, de registrerade partnernas eller sambornas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. En behandling får i sådana fall bara utföras om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Om en behandling vägras, kan paret begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Donatorinsemination får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Samma krav gäller för befruktning utanför kroppen i sådana fall där en behandling genomförs med parets egna könsceller. Om en befruktning utanför kroppen ska utföras med donerade ägg eller spermier, får behandlingen däremot bara utföras vid s.k. universitetssjukhus, dvs. sjukhus som har upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting. För närvarande utförs sådana behandlingar vid sju sjukvårdsinrättningar i landet.

När donerade könsceller ska användas, väljer läkaren en lämplig givare.

7.3.2 Begreppet ensamstående kvinna

Vår bedömning: Begreppet ensamstående kvinna bör vid assisterad befruktning omfatta alla kvinnor som inte är gifta, registrerade partner eller sambor.

Vårt uppdrag avser assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. I direktiven anges att det handlar om ”kvinnor som inte lever i äktenskap eller samboskap”. Skrivningen skulle möjligen kunna tolkas som att även en kvinna som är gift, men som inte lever med sin make, omfattas av begreppet ensamstående. Frågan berörs inte närmare i direktiven. I viss annan lagstiftning är själva samlevnaden avgörande för om en person räknas som ensamstående eller inte. Exempelvis anses makar som lever i skilda hushåll som ensamstående enligt 8 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Lagrummet handlar om fastställande av den enskildes förbehållsbelopp vid bestämning av vissa avgifter.¹

De kvinnor som är gifta eller registrerade partner omfattas dock redan i dag av möjligheterna till assisterad befruktning och detta oavsett om de lever tillsammans med sin partner eller inte. Syftet med vårt uppdrag är inte att skapa nya möjligheter för dessa kvinnor att genomgå en assisterad befruktning. Tanken är alltså inte att det ska skapas möjligheter till behandling för t.ex. en gift kvinna som i dag skulle riskera att vägras behandling med donerade köns-celler på grund av att hon har separerat från maken eller att maken inte vill ge sitt samtycke till behandlingen. En tolkning som gör skillnad mellan gifta kvinnor som lever med sin make och gifta kvinnor som inte gör det kan då knappast vara avsedd.

Man kan också diskutera om en kvinna som har en stadigvarande relation – men som inte är gift, registrerad partner eller sambo med den andra parten i relationen – ska betraktas som ensamstående när det gäller möjligheten till assisterad befruktning. Något sådant går möjligen emot en vardaglig definition av begreppet ensamstående. Direktiven kan dock svårligen tolkas på något annat sätt än att dessa kvinnor bör betraktas som ensamstående när det gäller möjligheterna till assisterad befruktning.

Vi tolkar alltså direktiven på så sätt att begreppet ensamstående kvinnor i detta fall, dvs. vid assisterad befruktning, bör omfatta alla kvinnor som inte är gifta, registrerade partner eller sambor. En annan tolkning torde som sagt inte vara avsedd och skulle dessutom medföra svårlosta gränsdragningsproblem vid tillämpning av regleringen.

7.3.3 En möjlighet att bli ensam förälder

Vår bedömning: Utredningen ska lämna förslag som ger en ensamstående kvinna möjligheten att *ensam* genomgå en assisterad befruktning och således *ensam* få barn på detta sätt. Utredningens uppdrag är däremot inte att skapa nya möjligheter för två personer att *gemensamt* bli föräldrar.

¹ Se Lundgren & Thunved, *Nya sociallagarna med kommentarer*, den 1 januari 2013, kommentaren till 8 kap. 7 § socialtjänstlagen.

Syftet med uppdraget i denna del är att kvinnor som inte är gifta, registrerade partner eller sambo ska få möjlighet att bli föräldrar genom assisterad befruktning. Det finns inget i direktiven som talar för att utredningen i delbetänkandet också ska föreslå nya möjligheter till gemensamt föräldraskap, t.ex. genom att en ensamstående kvinna och en ensamstående man eller två särbor tillsammans får barn med hjälp av assisterad befruktning. Några sådana förslag kommer därför inte att lämnas i delbetänkandet.

Vi tolkar alltså uppdraget på så sätt att vi i delbetänkandet ska lämna förslag som ger en ensamstående kvinna möjligheter att ensam genomgå en assisterad befruktning och ensam få barn på detta sätt. Även i sådana fall då en känd donator används, t.ex. en vän till kvinnan, blir det alltså fråga om en behandling för en ensamstående kvinna och prövningen av förutsättningarna för att barnet får en god uppväxt m.m. ska avse hennes förhållanden. I avsnitt 7.4. återkommer vi till frågan om faderskap till de barn som har kommit till genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

7.3.4 Regleringens utformning

Våra förslag: Ensamstående kvinnor ges möjlighet till insemination och befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Detta åstadkoms genom ändringar i 6 kap. och 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m. (fortsättningsvis lagen).

Det införs ett nytt begrepp i lagen, nämligen begreppet *ensamstående kvinna*. Begreppet definieras i 1 kap. 5 § lagen. Enligt definitionen innefattar begreppet en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo.

Bestämmelser om att ensamstående kvinnor får genomgå en assisterad befruktning tas in som ett andra stycke i 6 kap. 1 § lagen (insemination) och 7 kap. 3 § lagen (befruktning utanför kroppen). Det nuvarande andra stycket i 6 kap. 1 § lagen blir då tredje stycket i paragrafen. I 7 kap. 3 § andra stycket lagen införs det också en bestämmelse om att det vid befruktning utanför kroppen för ensamstående kvinnor bara är tillåtet att använda kvinnans eget ägg.

Bestämmelserna om särskild prövning i 6 kap. 3 § första stycket och 7 kap. 5 § första stycket lagen ändras på så sätt att de också omfattar assisterad befruktning för en ensamstående

kvinnor. Detta innebär att de regler som i dag gäller för par också ska gälla för ensamstående kvinnor.

Bestämmelserna om överprövning i 6 kap. 3 § andra stycket och 7 kap. 5 § andra stycket lagen ändras på så sätt att även de ensamstående kvinnor som vägras behandling kan begära Socialstyrelsens prövning av frågan.

Det införs en ny paragraf, 6 kap. 1 a §, i lagen. I paragrafen föreskrivs det att en givare av spermier ska vara myndig, att givaren ska lämna ett skriftligt samtycke till att hans spermier får användas för insemination och att givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess att inseminationen har skett.

Våra bedömningar: Nuvarande regler om vilka vårdinrättningar som får utföra assisterad befruktning med donerade könsceller, om vem som ska göra prövningen inför en sådan behandling och om valet av spermiegivare, bör gälla också för behandling av ensamstående kvinnor. Det behövs inga författningsändringar för att åstadkomma det.

Det bör inte införas en föreskrift som innebär att en spermiegivare kan begränsa sitt samtycke på så sätt att hans spermier bara får användas vid behandling av par. Det bör inte heller införas en lagregel om nedre eller övre åldersgräns för de kvinnor som vill genomgå en behandling som ensamstående. Även i dessa avseenden bör alltså nuvarande regler gälla också för behandling av ensamstående kvinnor.

Frågorna

Vi övergår nu till att behandla frågan om hur regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor närmare bör utformas. Frågan rymmer olika delfrågor, bl.a. frågan om vilka krav som ska ställas på kvinnan och frågan om det ska krävas ett särskilt samtycke från donatorn för att hans spermier ska kunna användas vid behandling av en ensamstående kvinna.

Ensamstående kvinna införs som ett i lagen definierat begrepp

Vi har tidigare angett att vi med begreppet ensamstående kvinna avser en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo. Eftersom avsikten inte är att t.ex. gifta kvinnor ska kunna genomgå behandling utan samtycke från sin partner, måste det av författningstexten tydligt framgå att det bara är ensamstående kvinnor som har möjligheten att genomgå en behandling ensam. Det måste också tydligt framgå att prövningen inför en assisterad befruktning med donerade könsceller i dessa fall bara ska avse kvinnans förhållanden och att kvinnan, om hon vägras en behandling, ensam ska kunna begära Socialstyrelsens prövning av frågan.

Saken kan lösas på två sätt. Det ena är att i lagen om genetisk integritet m.m. införa begreppet *ensamstående kvinna* och en definition av begreppet. Så kan ske genom att ensamstående kvinna läggs till bland definitionerna i 1 kap. 5 § lagen. Det andra alternativet är att i varje relevant lagrum klargöra att lagrummet också avser en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo. Båda lösningarna är möjliga. Även om man bör vara restriktiv med att införa nya begrepp, anser vi att den förstnämnda lösningen är att föredra eftersom den dels minskar behovet av upprepningar, dels underlättar hänvisningar mellan olika författningar och författningsbestämmelser. Vi föreslår därför att begreppet ensamstående kvinna införs som ett nytt begrepp i lagen om genetisk integritet m.m. och att begreppet definieras i 1 kap. 5 § lagen.

Det bör tilläggas att begreppet ensamstående kvinna och definitionen av detta begrepp bara gäller för lagen om genetisk integritet m.m. Begreppet eller liknande begrepp kan alltså ha en annan betydelse i andra författningar.

Ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning

Kravet att en kvinna ska vara gift, registrerad partner eller sambo för att genomgå en assisterad befruktning inom den svenska hälso- och sjukvården finns i 6 kap. 1 § (insemination) och 7 kap. 1 och 3 §§ (befruktning utanför kroppen) lagen om genetisk integritet m.m. I paragraferna finns det också ett krav på skriftligt samtycke från kvinnans make, registrerade partner eller sambo. Ett införande av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor

föranleder ändringar i två av dessa paragrafer, nämligen 6 kap. 1 § och 7 kap. 3 § lagen.

Vår bedömning är att det av lagtexten tydligt bör framgå vilka personer som har möjlighet att genomgå en assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Det är därför inte tillräckligt att enbart ta bort kravet på parförhållande i 6 kap. 1 § och 7 kap. 3 § lagen och på så sätt indirekt ange att ensamstående kvinnor har denna möjlighet. Det finns dessutom en viktig skillnad mellan assisterad befruktning för par och assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Skillnaden består i att det vid assisterad befruktning för par krävs ett skriftligt samtycke från den person i paret som inte ska bära och föda barnet. Detta bör även fortsättningsvis tydligt framgå av lagtexten. Bestämmelser om assisterad befruktning för par och bestämmelser om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör därför tas in i olika stycken i respektive paragraf.

Vi föreslår således att paragraferna ändras på så sätt att ordet ”endast” tas bort i 6 kap. 1 § första stycket och 7 kap. 3 § första stycket lagen samt att bestämmelser om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor tas in som ett andra stycke i respektive paragraf. Det nuvarande andra stycket i 6 kap. 1 § lagen, som handlar om registrerade partner, blir då tredje stycket i paragrafen. Det senare föranleder ingen ändring i andra författningar. Vi återkommer i nästföljande avsnitt till vad som ska gälla i fråga om användningen av donerade ägg vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

Ägget ska vara kvinnans eget

Enligt 7 kap. 3 § lagen om genetisk integritet m.m. får man vid en befruktning utanför kroppen inte använda både donerade ägg och donerade spermier. Om ett donerat ägg ska användas, måste ägget alltså befruktas av makens eller sambons spermier. I vårt uppdrag ingår att undersöka om detta krav på genetisk koppling ska finnas kvar även i framtiden. Av skäl som har utvecklats i avsnitt 2.1, kommer denna fråga dock inte att behandlas i delbetänkandet. Detta innebär att kravet på genetisk koppling behålls tills vidare och att ensamstående kvinnor, i vart fall inledningsvis, inte ges möjlighet till en assisterad befruktning med donerade ägg.

Det förhållandet att kravet på genetisk koppling behålls tills vidare föranleder ett tillägg i 7 kap. 3 § andra stycket lagen. Vi före-

slår således att det där införs en bestämmelse om att det vid befruktning utanför kroppen för ensamstående kvinnor bara är tillåtet att använda kvinnans eget ägg.

Prövningen inför en behandling

Nuvarande reglering

När donerade könsceller ska användas vid en assisterad befruktning, måste läkaren pröva om det med hänsyn till de blivande föräldrarnas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. Behandlingen får bara utföras om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Detta har gällt alltsedan assisterad befruktning med donerade könsceller första gången lagreglerades. I förarbetena (prop. 1984/85:2 s. 24 f.) angavs det bl.a. följande. Kvinnans fysiska och psykiska hälsa ska undersökas, liksom hennes och mannens fruktsamhet. Insemination ska inte få äga rum om kvinnans hälsa allvarligt äventyras av en graviditet och inte heller om paret kan bedömas ha rimliga möjligheter att få barn utan assisterad befruktning. Det är en uppgift för den ansvariga läkaren att – med det biträde som kan behövas av sjukhusets kuratorer, psykologer eller psykiatriker – svara för den psykosociala utredningen av makarnas eller de samboendes lämplighet som föräldrar. I många fall torde det enligt förarbetena räcka med att utredaren samtalar med makarna eller de samboende vid ett eller ett par tillfällen. Om parets psykosociala förhållanden redan har utretts av socialnämnden, t.ex. inom ramen för en adoptionsutredning, kan det finnas anledning för läkaren att ta del av den utredningen. Även i andra fall då det kan finnas anledning att inhämta upplysningar från nämnden bör läkaren försöka få parets samtycke till att uppgifterna lämnas ut.

Socialstyrelsen har, som tidigare nämnts, utfärdat föreskrifter och allmänna råd om assisterad befruktning. Enligt föreskrifterna ska det fastställas rutiner för hur prövningen inför en behandling med donerade könsceller ska genomföras och rutinerna ska dokumenteras (4 kap. 12 § SOSFS 2009:32). I de allmänna råden anges det att läkarens bedömning bör utgå från parets möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar under barnets hela uppväxt. Vid bedömningen bör hänsyn tas till parets ålder, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, till deras inbördes relation och

levnadsförhållanden och även till deras inställning till att berätta för barnet om dess biologiska ursprung. Vidare anges det att en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens bör delta i prövningen av parets psykologiska och sociala förhållanden. I den utredningen bör samtal hållas både med paret gemensamt och med var och en för sig.

Det verkar inte vara särskilt vanligt att par vägras en behandling med donerade könsceller. Enligt uppgift från Reproduktionsmedicinskt centrum i Malmö kan en vägran aktualiseras i sådana fall där det råder en stor osäkerhet om parets förmåga att fungera som föräldrar, t.ex. på grund av missbruk, eller om kvinnans möjligheter att fysiskt klara av en graviditet. Det verkar inte heller vara vanligt att par överklagar ett beslut som innebär att de vägras behandling. Enligt en granskning överklagades bara fem sådana beslut till Socialstyrelsen under tiden från den 1 mars 1985, då den första inseminationsregleringen trädde i kraft, till den 1 november 2011. I samtliga fem fall avslog Socialstyrelsen överklagandet.²

Frågeställningen

Frågan är vad som ska gälla när ensamstående kvinnor vill genomgå en assisterad befruktning. I dessa fall blir det alltid fråga om en behandling med donerade spermier. I likhet med vad som gäller för par bör det därför uppställas ett krav på prövning som innefattar en lämplighetsbedömning. Med hänsyn till att det handlar om ett undantag från huvudregeln om att barn har rätt till två föräldrar och dessutom ska garanteras två rättsliga föräldrar, finns det anledning att överväga om prövningen bör innefatta några särskilda kriterier eller moment (jfr diskussionen i avsnitt 7.2). Avgörande för bedömningarna är principen om barnets bästa och närmare bestämt vilka krav som kan anses nödvändiga för att barnets bästa ska tillgodoses. Om det finns brister i kunskapsunderlaget, behöver även försiktighetsprincipen beaktas. Barn som tillkommer genom assisterad befruktning för ensamstående kvinnor ska, som tidigare nämnts, inte ha sämre förutsättningar än andra barn som tillkommer på motsvarande sätt.

² Se jur. dr Caroline Sörgjerd i SvJT 2012 s. 675 f., *Rätten att bli förälder – en analys av reglerna om assisterad befruktning och adoption*.

Kunskapsläget

Omfattande forskning visar att barn till ensamstående mödrar har högre risk för känslomässiga och beteendemässiga problem och att de har sämre skolresultat än barn som växer upp med två föräldrar.³ De studier som visat detta har dock framför allt omfattat barn vars föräldrar har genomgått en separation eller där graviditeten har varit oplanerad. Det är därför inte givet att avsaknaden av en andra förälder ligger bakom problemen. Andra faktorer kan ha en avgörande betydelse. Sådana faktorer kan vara bl.a. barnets erfarenheter av separationen, tidigare och pågående konflikter mellan föräldrarna eller en dålig relation till en frånvarande förälder. Det finns en del studier som visar att sådana faktorer har relevans.⁴ Vissa av de observerade skillnaderna har kunnat förklaras med att ensamstående mödrar generellt sett har sämre ekonomiska och sociala förutsättningar.⁵ Det finns också forskning som visar att skilsmässobarn löper mindre risk för en ogynnsam utveckling om modern är högutbildad och om familjen före skilsmässan hade en god ekonomisk situation.⁶

Det finns några studier som särskilt har inriktats på sådana familjer där modern har varit ensam förälder redan från början eller annars från det att barnet är mycket litet. Dessa studier tyder på att det kan finnas stora skillnader mellan olika grupper av ensamstående mödrar och att frånvaron av en far inte nödvändigtvis behöver innebära att barnen riskerar att utvecklas negativt. Enligt dessa studier behöver det alltså inte vara så att barnen i de familjer där modern har fått barn på egen hand, eller annars varit ensam-

³ Se t.ex. Blanchard m.fl. (2006), *Emotional, developmental and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health*. Pediatrics Vol. 117, nr 6 s. 1202–1212 och Dunn m.fl. (1998), *Children's adjustment and prosocial behaviour in step-, single parent and non-stepfamily settings: findings from a community study*. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry Vol. 39, nr 8 s. 1083–1095. Se även Culpin m.fl. (2013), *Father absence and depressive symptoms in adolescence: findings from a UK cohort*. Psychological Medicine Vol. 43, nr 12 s. 2615–2626.

⁴ Se t.ex. Mooney m.fl. (2009), *Impact of Family Breakdown on Children's Well-Being: Evidence Review*, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.

⁵ Scharte m.fl. (2012); for the GME Study Group. *Increased health risks of children with single mothers: the impact of socio-economic and environmental factors*. European Journal of Public Health.

⁶ Mandemakers m.fl. (2014), *Do mother's and father's education condition the impact of parental divorce on child well-being?*, Social Science Research, Vol. 44 s. 187–199.

stående från barnets födelse, har samma nackdelar som de barn som t.ex. har upplevt föräldrarnas separation.

En brittisk forskargrupp har följt en grupp barn som vuxit upp med sådana heterosexuella mödrar som har varit ensamstående från början eller i vart fall från barnets första levnadsår.⁷ Vissa av mödrarna hade blivit gravida genom en donatorinsemination. Studien omfattade 42 familjer med en ensamstående heterosexuell mor och 30 familjer där modern var homosexuell och antingen levde ensam eller tillsammans med en annan kvinna. När barnen var cirka 6, 12 och 18 år utvärderades deras psykologiska utveckling och förälder-barnrelationen.⁸ Resultatet jämfördes med en grupp jämnåriga barn som hade vuxit upp med både en mor och en far.⁹ Familjerna i studien hade generellt sett en god ekonomi och mödrarna hade överlag en hög utbildning. Resultaten visade att de barn som hade vuxit upp med en ensamstående mor hade en lika god psykologisk utveckling och relation till modern som de barn som hade vuxit upp med både en mor och en far. Detta gällde vid samtliga uppföljningstillfällen. I vissa avseenden hade barnen till de ensamstående mödrarna till och med en bättre psykologisk utveckling och relation till modern. Man iakttog dock även vissa negativa skillnader. I den studie som gjordes när barnen var omkring 6 år, uppfattade barnen till de ensamstående mödrarna sig själva som mindre kompetenta än barnen i traditionella familjer. Denna skillnad fanns dock inte kvar vid den studie som gjordes när barnen var omkring 12 år. I den sistnämnda studien rapporterade samtidigt de ensamstående mödrarna mer allvarliga konflikter med sina barn. I den sista uppföljningen, som gjordes när barnen var i artonårsåldern, visade barnen till de ensamstående mödrarna lägre nivåer av ångslan, depression, fiendlighet och problematisk alkoholanvänd-

⁷ Golombok m.fl. (1997) *Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers*. Journal of Child Psychology and Psychiatry Vol. 38, nr 7 s. 783–791, Maccallum & Golombok (2004), *Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adolescence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry Vol. 45, nr 8 s. 1407–1419, och Golombok m.fl. (2010), *Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adulthood*, Human Reproduction Vol. 25, nr. 1 s. 150–157.

⁸ Ett visst bortfall förekom i studien. Vid uppföljningen när barnen var omkring 13 år deltog 38 av familjerna med en ensamstående mor och 25 familjer med två lesbiska föräldrar. I den sista uppföljningen deltog 27 ensamstående mödrar och 20 familjer med två lesbiska föräldrar.

⁹ Från början deltog 41 familjer. Vid uppföljningen när barnen var omkring 13 år deltog 38 familjer och vid den sista uppföljningen deltog 36 familjer.

ning än de jämnåriga barnen i de andra familjerna. Dessutom hade barnen till de ensamstående mödrarna en högre självkänsla.

Forskarna konstaterade sammanfattningsvis att barnen fungerade väl under hela uppväxten och in i vuxen ålder samt drog slutsatsen att frånvaron av en far inte nödvändigtvis måste innebära psykologiska nackdelar för barnen. Forskningsresultatet ansågs också visa att man inte kan jämföra alla sådana familjer som består av ensamstående mödrar med varandra.

Det finns också en amerikansk studie som avser 80 familjer med barn. Samtliga barn hade tillkommit genom donatorinsemination.¹⁰ I 30 av familjerna fanns det en ensamstående mor. Även denna studie visade på god psykologisk utveckling hos barnen till de ensamstående mödrarna. Resultaten visade också att barnens psykologiska utveckling inte kunde kopplas till strukturella variabler såsom föräldrarnas sexuella läggning eller antalet föräldrar i hushållet.

Det finns ett fåtal studier som specifikt avser sådana ensamstående kvinnor som har valt att få barn genom en assisterad befruktning med donerade spermier. Dessa pekar i samma riktning som de nyss beskrivna studierna.

Den tidigare nämnda brittiska forskargruppen följde ett antal ensamstående mödrar som hade fått barn genom en assisterad befruktning med donerade spermier.¹¹ Vid den första uppföljningen, när barnen var omkring ett år, deltog 27 ensamstående mödrar. I studien undersöktes mödrarnas psykiska välmående och förälder-barnrelationen. Resultaten jämfördes med 50 familjer i vilka gifta, olikkönade föräldrar hade fått barn med hjälp av donerade spermier. Forskarna kunde inte se några större skillnader mellan de två grupperna under barnets första levnadsår och familjerna med en ensamstående mor syntes fungera väl. Studien följdes upp när barnen var omkring två år gamla. Då deltog 21 av de ensamstående mödrarna och 46 av de traditionella familjerna. Resultatet visade att de ensamstående mödrarna upplevde större glädje över barnet och mindre ilska gentemot barnet. Dessa mödrar rapporterade vidare färre beteenderelaterade problem hos sina barn

¹⁰ Chan m.fl. (1998), *Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers*. Child Development Vol. 69, nr 2, s. 443–457.

¹¹ Murray & Golombok (2005), *Going it alone: Solo mothers and their infants conceived by donor insemination*. American Journal of Orthopsychiatry Vol. 75 nr 2 s. 242–253, Murray & Golombok (2005), *Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years*. Human Reproduction Vol. 20, nr 6 s. 1655–1660.

än mödrarna i de olikkönade paren. Enligt forskarna gav resultaten stöd för uppfattningen att de ensamstående kvinnor som väljer att få barn med hjälp av donerade spermier utgör en distinkt undergrupp till gruppen ensamstående föräldrar. Vidare drogs slutsatsen att denna väg till föräldraskap inte nödvändigtvis tycktes ha någon negativ effekt på moderns föräldraförmåga eller barnets psykologiska utveckling.

Den forskning som finns tyder på att de ensamstående kvinnor som väljer att få barn med hjälp av donerade spermier kan betraktas som en egen grupp med särskilda karaktäristiska.¹² Det tycks enligt forskningen ofta handla om kvinnor som har en hög utbildning, en god ekonomi och ett stödjande socialt nätverk. Beslutet att skaffa barn på detta sätt verkar ofta ha vuxit fram som ett andrahandsalternativ till att bilda familj med en partner, många gånger för att kvinnan befarar att tiden för barnalstrande håller på att rinna ut. En färsk brittisk studie tyder på att den bild av kvinnorna som framkommit i tidigare forskning möjligen bör nyanseras något, och att det råder en större spridning i fråga om kvinnornas sociala profil än vad man tidigare har trott.¹³

Det bör framhållas att det fåtal studier som har genomförts är förhållandevis små. Deltagarna har varit få och de flesta barn som studerats har varit unga. Dessutom förekom ett inte obetydligt bortfall i den brittiska studien om frivilliga singelmödrar och deras barn. Vidare är studierna gjorda i andra länder, och man kan inte vara säker på att resultaten fullt ut är applicerbara på svenska förhållanden. Det kan t.ex. inte uteslutas att andra grupper av ensamstående kvinnor i Sverige kan komma att se assisterad befruktning som en möjlighet än vad som gäller i exempelvis USA eller Storbritannien. Skillnader kan uppstå på grund av olikheter i fråga om exempelvis individens kostnader för assisterad befruktning eller tillgången till barnomsorg och annat stöd från samhället. Det är också möjligt att kulturella skillnader och skillnader i synen på ensamstående föräldrar kan påverka. Beslutet att bli ensam förälder kan, med hänsyn till sådana faktorer, eventuellt uppfattas som enklare att fatta i Sverige än i länder där samhällets stöd till för-

¹² Se bl.a. Jadva m.fl. (2009), 'Mom by choice, single by life's circumstance...' *Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice*. Human Fertility, Vol. 12 nr 4 s. 175–184 och de där refererade studierna.

¹³ Zadeh m.fl. (2013) *Psychological and social characteristics of single mothers by sperm donation*, Human Reproduction Vol. 28 (suppl 1):i261–i282.

äldrar inte är lika omfattande. Forskningsresultaten måste mot denna bakgrund tolkas med en viss försiktighet.

Såvitt vi känner till, finns det bara en undersökning som specifikt rör svenska kvinnor som har blivit föräldrar genom en assisterad befruktning med donerade spermier. Det rör sig inte om ett vetenskapligt arbete, utan om en medlemsundersökning. Föreningen Femmis (frivilligt ensamstående mammor med insemination/IVF), som består av kvinnor i olika faser av processen att bli ensamstående mödrar på detta sätt, gav under hösten 2013 i uppdrag åt TNS-Sifo att genomföra en undersökning bland föreningens medlemmar. Samtliga medlemmar i Femmis uppmanades att besvara frågor i en webbenkät. Undersökningen syftade bl.a. till att få ett kvalitetssäkrat faktaunderlag som kunde användas i diskussioner med politiker och tjänstemän. Enkäten besvarades av 540 medlemmar av totalt 707 och ger därför en relativt god bild av de kvinnor i Sverige som har valt denna väg till föräldraskap. De flesta kvinnor i undersökningen gjorde sitt första försök med assisterad befruktning i åldern 36–40 år och bara en procent var under 25 år. Flertalet kvinnor hade också övervägt sitt beslut i minst ett år, varav 40 procent hade funderat i tre år eller mer. En majoritet av kvinnorna uppgav att de hade någon i sin närhet som stöd om kvinnan själv eller barnet skulle bli sjuk och 80 procent uppgav att de eller deras familjer hade ett socialt nätverk i ganska eller mycket stor utsträckning. Alla respondenter hade som lägst utbildning från gymnasium eller folkhögskola och en stor majoritet – nästan 90 procent – hade universitets- eller högskoleutbildning. Enligt enkätsvaren var sysselsättningsgraden hög och de flesta kvinnorna arbetade heltid.

Den bild som framträder genom Femmis undersökning stämmer väl överens med resultaten av den forskning som har gjorts i andra länder. Även om en undersökning av detta slag – som härrör från en intresseorganisation och som enbart omfattar dess medlemmar – alltid måste bedömas med viss försiktighet, talar den för att forskningsresultaten i andra länder verkar vara relevanta också för svenska förhållanden.

De relativt få genomförda studierna tyder sammanfattningsvis på att barnen till de ensamstående kvinnor som får barn genom en assisterad befruktning med donerade spermier inte behöver få sämre uppväxtvillkor än sådana barn som växer upp med två för-

äldrar. Som Smer har framhållit, behövs det dock fler studier på området, särskilt långtidsstudier.¹⁴

Vår bedömning

Vad bör då gälla vid assisterad befruktning för en ensamstående kvinna inom svensk hälso- och sjukvård? Vid behandling med donerade könsceller gäller redan i dag ett krav på att barnet kan antas växa upp under goda förhållanden. Det kan knappast komma i fråga att i detta avseende ställa ett högre krav inför behandlingen av en ensamstående kvinna. Även de barn som tillkommer genom en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor ska alltså kunna antas växa upp under goda förhållanden. Resultaten av befintlig forskning ger inte stöd för att det heller i övrigt behöver införas några särskilda regler om prövningen för ensamstående kvinnor. Prövningen bör därför, på samma sätt som prövningen för par, omfatta kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden. Prövningen kan samtidigt se något annorlunda ut än den prövning som görs av ett par. Detta beror naturligtvis på att prövningen bara ska avse kvinnans förhållanden och kvinnans förmåga att som *ensam förälder* tillgodose barnets behov. Det senare kan medföra att högre krav bör ställas i fråga om t.ex. kvinnans hälsa än om det vore fråga om ett par där den ena parten har en sjukdom eller funktionsnedsättning. Det kan också medföra att man bör fästa särskild vikt vid kvinnans sociala nätverk. Förutom att ett nätverk kan ge kvinnan möjlighet till stöd och avlastning i föräldraskapet, innebär det en trygghet för barnet, i synnerhet för det fallet att modern blir sjuk eller avlider.

Det anförda innebär alltså att prövningen inför en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor kan se något annorlunda ut än motsvarande prövning för par. Det handlar samtidigt inte om några nya eller andra bedömningsgrunder jämfört med vad som redan gäller utan enbart om att vissa faktorer kan behöva tillmätas större vikt vid den prövning som ska göras. Några författningsändringar behöver därför inte göras. Beslutet om huruvida en behandling ska tillåtas eller inte måste, på samma sätt som i andra fall, baseras på en helhetsbedömning i det enskilda fallet. Det är viktigt att den ansvariga läkaren har tillräcklig kompetens för att

¹⁴ Smer 2013:1 s. 215.

göra en sådan bedömning och att en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens deltar i prövningen av kvinnans psykologiska och sociala förhållanden. Att så är fallet framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Särskilt om kvinnans ålder

Frågan om en nedre eller övre åldersgräns för behandling med donerade könsceller har diskuterats i förarbetena. Vi börjar med en redogörelse för uttalandena om en nedre åldersgräns.

I propositionen som ledde fram till införandet av den första lagregleringen om insemination anfördes det att det många gånger kan vara befogat att ställa upp ett krav på att makarna eller de samboende ska ha fyllt 25 år för att få genomgå en behandling (prop. 1984/85:2 s. 24). En sådan nedre åldersgräns hade, efter mönster från adoptionslagstiftningen, också föreslagits av inseminationsutredningen (SOU 1983:42). Samtidigt anfördes det i propositionen att omständigheterna någon gång kan vara sådana att en lägre ålder skulle kunna godtas. Någon absolut åldersgräns föreslogs därför inte.

Frågan om en övre åldersgräns vid befruktning utanför kroppen med donerade könsceller diskuterades i prop. 2001/02:89. Där angavs det att såväl kvinnans som mannens ålder ska beaktas i den särskilda prövning som föregår en sådan behandling. När det gäller parets ålder, uttalade regeringen att en jämförelse kan göras med den bedömning som görs vid adoptioner av små barn och att det ankommer på Socialstyrelsen att överväga vilka allmänna råd som kan behövas vid lämplighetsprövningen. I specialmotiveringen framhölls vikten av att befruktning utanför kroppen inte utförs beträffande sådana kvinnor som har passerat den ålder då kvinnors fertilitet normalt avtar.

Den fråga som utredningen ska ta ställning till är om det finns tillräckliga skäl för en särskild reglering vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Vi gör följande bedömning.

Att kvinnor som har passerat den normala fertilitetsåldern inte ska beviljas behandling får redan anses gälla. Detta bör naturligtvis gälla också vid behandling av ensamstående kvinnor. Även i frågan om en nedre åldersgräns finns det tidigare uttalanden som bör vara vägledande. Kvinnans ålder blir dessutom en del i den lämplighetsbedömning som alltid ska göras. Med hänsyn till att beslutet att bli

ensam förälder kräver en viss mognad, bör det inte annat än i undantagsfall vara aktuellt att låta mycket unga kvinnor genomgå en assisterad befruktning som ensamstående. Det kan tilläggas att de flesta kvinnor som väljer att genomgå en assisterad befruktning som ensamstående verkar vara över 30 år. Med hänsyn till det anförda anser vi att det varken finns ett behov av eller tillräckliga skäl för att införa en särreglering. Det som i dag gäller för par ska således gälla även för ensamstående kvinnor.

Det kan tilläggas att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) håller på att ta fram gemensamma riktlinjer om åldersgränserna vid assisterad befruktning. Syftet med riktlinjerna är att skapa en mer enhetlig tillämpning mellan olika landsting.¹⁵ Vi är positiva till detta och vill framhålla vikten av att detta arbete fortsätter.

Vem bör göra prövningen?

Prövningen inför en assisterad befruktning med donerade könsceller görs i dag av en läkare. Vid prövningen bör en person med beteendevetenskaplig kompetens delta. Om det finns behov av det, och patienten lämnar sitt samtycke, kan även dokumentation hos socialnämnden hämtas in.

Vi anser inte att den prövning som ska göras beträffande ensamstående kvinnor skiljer sig från prövningen beträffande par på ett sådant sätt att det finns anledning till en särreglering. De regler som i dag gäller för par bör därför gälla också för ensamstående kvinnor.

Det bör i sammanhanget tilläggas följande. Under möten med företrädare för Reproduktionsmedicinskt centrum i Malmö och Familjerättsbyrån i Malmö under hösten 2013 har det föreslagits att lämplighetsprövningen inför en assisterad befruktning med donerade könsceller, eller delar av denna prövning, framöver bör utföras av socialnämnden. Liknande förslag har framförts vid den hearing som utredningen anordnade i februari 2014 (se bilaga 2). Förslaget har framför allt motiverats med att socialnämnden genomför liknande prövningar inom ramen för adoptionsförfaranden och att nämnden därför kan vara mer lämpad att göra prövningarna även i dessa fall. Vår uppfattning är att detta i så fall bör gälla vid alla typer av assisterad befruktning med donerade könsceller

¹⁵ Uppgift från SKL vid hearingen den 5 februari 2014 (se bilaga 2).

och således inte enbart vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Överväganden i denna fråga kan därför inte omfattas av det uppdrag som gäller för delbetänkandet. En så genomgripande förändring som det här handlar om, förutsätter dessutom andra utredningsinsatser än de som kan göras inom ramen för detta uppdrag. Vår slutats har därför blivit att frågan inte kan behandlas i delbetänkandet. Det är däremot inte uteslutet att frågan kan komma att behandlas i vårt slutbetänkande. Om så inte blir fallet, bör frågan hanteras i ett annat sammanhang.

Var ska behandling få utföras?

Enligt nuvarande regler får en donatorinsemination inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Samma krav gäller för en befruktning utanför kroppen i sådana fall där paret kan använda sina egna könsceller vid behandlingen. Om en befruktning utanför kroppen ska genomföras med donerade ägg eller spermier, får befruktning och införande av ägg bara utföras vid s.k. universitetssjukhus, dvs. sjukhus som har upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting. För närvarande görs sådana behandlingar vid sju sjukvårdsinrättningar i landet. Bör dessa regler gälla också för behandling av ensamstående kvinnor eller bör behandlingar av ensamstående kvinnor bara få utföras vid universitetssjukhusen?

Det enda argument som talar för att alla behandlingar av ensamstående kvinnor bör genomföras vid universitetssjukhus är att det finns ett stort behov av forskning på området och att det ofta bedrivs mer forskning vid universitetssjukhusen än vid andra sjukvårdsinrättningar. Som vi tidigare har anfört, finns det än så länge bara ett fåtal studier om barn som har tillkommit genom assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Det är angeläget att kartlägga eventuella psykologiska och sociala konsekvenser för barnet och modern på både kort och lång sikt. När ensamstående kvinnor nu får möjlighet till behandling med donerade spermier, är det också viktigt att detta sker under sådana former som ger goda möjligheter till tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering. Det är då en fördel om det i anslutning till sjukvårdsinrättningen bedrivs forskning på olika områden och även tvärvetenskaplig forskning. Det förhållande att vissa behandlingar av ensamstående

kvinnor, nämligen inseminationsbehandlingar, får genomföras även på andra sjukvårdsinrättningar utgör samtidigt inget hinder mot att det vid universitetssjukhusen bedrivs forskning på området. Behövliga uppgifter från andra sjukvårdsinrättningar torde ofta kunna inhämtas genom kvalitetsregistret Q-IVF och genom kontakter med respektive sjukvårdsinrättning. Vår bedömning är därför att forskningsargumentet måste betraktas som relativt svagt, i vart fall om man som här vill använda argumentet till stöd för en särreglering.

Det finns dessutom starka skäl mot en särreglering. Ett av dessa är att inseminationsbehandlingar ofta är relativt okomplicerade att utföra. Mot en särreglering talar också att tillgängligheten för de ensamstående kvinnorna skulle minska och att köerna till behandling skulle kunna bli långa. Det senare kan uppstå som en konsekvens av hög belastning vid universitetssjukhusen. Vår bedömning är att dessa skäl väger tyngre än forskningsargumentet och att det därför inte bör införas någon särreglering för ensamstående kvinnor. Nuvarande regler för par bör alltså gälla även för ensamstående kvinnor. Det behövs ingen författningsändring för att åstadkomma det.

Valet av spermiegivare

Enligt bestämmelser i lagen om genetisk integritet m.m. är det läkaren som väljer en lämplig spermiegivare. Det finns inget som hindrar att läkaren väljer någon som paret själv har pekat ut och som är villig att medverka. Dock har i förarbetena framhållits att släkt- och vänskapsförhållanden mellan paret och givaren inte är okomplicerat. Risker för påtryckningar, i synnerhet när det gäller äggdonation, har lyfts fram. Vidare har framhållits att det ur barnets perspektiv är viktigt att föräldrarna och givaren kan hantera förhållandet att barnet har en genetisk förälder i släkt- eller bekantskapskretsen. Om ett par önskar använda könsceller från en känd donator, måste läkaren därför bl.a. undersöka de inblandade personernas motiv till det och deras möjligheter att framöver klara sina inbördes relationer på ett bra sätt (prop. 1984/85:2 s. 25 f. och prop. 2001/02:89 s. 42 f.). Uttalandena i förarbetena har inneburit att man inom hälso- och sjukvården verkar för att ett par inte använder könsceller från en känd donator.

Den fråga som utredningen måste ta ställning till är om de nuvarande reglerna också ska gälla vid behandling av ensamstående kvinnor eller om det bör införas en särreglering. Det som kan övervägas är ett förbud mot eller en inskränkning av möjligheten för ensamstående kvinnor att behandlas med spermier från en känd donator.

Det kan finnas godtagbara skäl för ett par att använda spermier från en känd donator. Ett sådant skäl kan vara att paret tillhör en etnisk minoritet och vill använda en känd donator för att det blivande barnet i fråga om t.ex. utseende ska likna sina föräldrar. Det som nu sagts om par gäller naturligtvis också för ensamstående kvinnor och utgör således ett starkt argument mot en särreglering.

Det enda egentliga skälet för en särreglering är att regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor annars skulle kunna användas på ett sätt som inte är syftet med den. Man kan t.ex. tänka sig att en kvinna vill få barn tillsammans med en man som hon inte är gift eller sambo med och att hon vid kontakter med hälso- och sjukvården framför önskemål om att behandlas med just den mannens spermier. Mannen kan vara en person som kvinnan har en kärleksrelation med, men han kan också vara t.ex. en vän. Avsikten kan vara att kvinnan ska bli barnets enda förälder, men den kan också vara att både kvinnan och mannen ska bli barnets rättsliga föräldrar. Gemensamt föräldraskap kan uppnås under förutsättning att en spermiegivare i dessa fall har möjlighet att bekräfta faderskapet, vilket vi föreslår i avsnitt 7.4. En kvinna och en man som inte är makar eller sambor skulle på detta sätt alltså, och med sjukvårdens hjälp, kunna få barn tillsammans och på så sätt också uppnå ett gemensamt rättsligt föräldraskap.

Finns det med hänsyn till den nu skisserade situationen skäl att frångå den ordning som gäller för par och således införa en särreglering vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor? Vi anser inte att så är fallet. Skälen för detta är i huvudsak följande. I de få fall där en kvinna begär att få använda spermier från en känd donator och det framgår att hennes syfte är att donatorn ska bli barnets rättsliga far, bör läkaren inte tillmötesgå kvinnans begäran. En annan ordning skulle nämligen stå i strid med grunderna för regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Syftet med regleringen är att en ensamstående kvinna ska kunna genomgå en assisterad befruktning och på så sätt ensam bli förälder till ett barn. Prövningen inför en behandling avser därför bara kvinnans förhållanden och innebär, om den utfaller positivt, att kvinnan

bedöms lämplig som ensam förälder. En annan ordning skulle också innebära ett kringgående av de regler som gäller för par som vill genomgå en assisterad befruktning. En sådan behandling kräver nämligen alltid att kvinnan är gift, registrerad partner eller sambo samt att det finns ett skriftligt samtycke från den person i paret som inte ska bära och föda barnet. Om behandlingen ska genomföras med donerade könsceller, krävs dessutom att båda personerna i paret, dvs. de tilltänkta föräldrarna, genomgår en prövning och att de båda bedöms lämpliga som föräldrar. Ingen av dessa förutsättningar är uppfyllda vid assisterad befruktning för en ensamstående kvinna. En läkare bör därför inte tillåta att en kvinna får använda spermier från en känd donator i sådana fall där det framgår att kvinnans avsikt är att donatorn ska bli barnets rättsliga far. Läkaren bör då i stället verka för att kvinnan använder spermier från en annan donator eller hänvisa kvinnan och donatorn till det förfarande som gäller vid behandling av par.

Det ovan anförda innebär att en kvinna, om hon vill få till stånd ett gemensamt föräldraskap med en känd donator, måste vilseleda den ansvariga läkaren och dennes medarbetare om sina egentliga avsikter. Detsamma gäller för donatorn. Det krävs dessutom att läkaren i det enskilda fallet gör bedömningen att kvinnan får använda spermier från den kända donatorn. Läkaren måste här, som tidigare nämnts, bl.a. undersöka de inblandade personernas motiv till användningen av donerade könsceller och deras möjligheter att framöver klara sina inbördes relationer på ett bra sätt. Antalet fall i vilka en kvinna och en donator vill göra detta torde bli ytterst litet.

Till det nu sagda kommer den osäkerhet som i dessa fall finns om möjligheterna att efter barnets födelse fastställa donatorn som barnets far. Kvinnan måste beakta risken för att donatorn då inte vill bekräfta faderskapet och donatorn måste beakta risken för att kvinnan inte godkänner hans bekräftelse av faderskapet. Det räcker nämligen med att en av parterna har ändrat uppfattning i frågan efter behandlingen för att faderskap inte ska kunna fastställas. Vi återkommer till detta i avsnitt 7.4.

Risken för att regleringen utnyttjas på ett annat sätt än vad som är syftet med den bedöms sammanfattningsvis inte vara sådan att den motiverar ett förbud mot användning av känd donator vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Den är inte heller sådan att den motiverar en särreglering av annat slag. Detta innebär att de regler som nu gäller för behandling av par också bör gälla för

behandling av ensamstående kvinnor. Det behövs inga författningsändringar för att åstadkomma det.

Särskilt samtycke från donatorn

Frågeställningen

Smer har i rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1) anført att det är möjligt att frånvaron av en social och rättslig far kan medföra ett större intresse hos barnet att söka upp donatorn och kanske eventuellt skapa en framtida relation till honom. Mot bakgrund av denna kunskapsosäkerhet bör man enligt Smer överväga om en spermiedonator ska få lämna ett särskilt samtycke till att hans spermier används vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor eller om han på annat sätt bör ges en möjlighet att begränsa sitt samtycke.¹⁶ I det här avsnittet diskuterar vi denna fråga.

Kunskapsunderlaget

Det finns några studier som tar upp barns intresse av att få veta om donatorns identitet och av att söka upp honom. De studier som vi har tagit del av, tyder på att de kvinnor som har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående är mer benägna än heterosexuella par i motsvarande situation att berätta för barnen om deras tillkomst. De tyder också på att barn till ensamstående mödrar kan vara mer benägna än andra donatorbarn att ta reda på donatorns identitet och att skapa en relation till honom.¹⁷

Det finns också studier som har utforskat spermiedonatorers syn på att bli kontaktade av de barn som har kommit till med hjälp av deras spermier. En studie rörande donatorer i Sverige tyder på att donatorer har en positiv inställning till framtida kontakt med

¹⁶ Smer 2013:1 s. 218.

¹⁷ Scheib m.fl. (2005), *Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds*. Human Reproduction Vol. 20, nr 1, s. 239–252, Jadva m.fl. (2010), *Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor*, Reproductive BioMedicine Online 20, s. 523–532, Beeson m.fl. (2011), *Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process*, Human Reproduction, Vol. 26, nr 9 s. 2415–2424.

sin genetiska avkomma.¹⁸ Liknande resultat har framkommit i en studie som genomförts av en amerikansk forskargrupp.¹⁹

Utredningen har under perioden den 1 december 2013–28 februari 2014 genomfört en mindre enkätundersökning om donatorers benägenhet att donera spermier för användning vid behandling av ensamstående kvinnor. Enkäten har riktats till sådana personer som i dag donerar spermier för behandling av par. Dessa personer har noga övervägt och tagit ställning till frågan om spermiedonation och beslutat sig för att donera. De är också medvetna om de regler som gäller för donation och om vad en donation kan medföra i framtiden, bl.a. att ett blivande barn senare kan inhämta information om donatorn och kanske till och med söker upp honom. Vår uppfattning har därför varit att dessa personer, även om många av dem i praktiken inte kommer att vara aktuella för donation av spermier till behandling av ensamstående kvinnor²⁰, bör kunna ge en god bild av såväl nuvarande som potentiella donatorers syn på sådana donationer. Till detta kommer att en enkätundersökning bland potentiella donatorer hade varit mycket svår att genomföra inom ramen för detta uppdrag. En sådan undersökning hade nämligen behövt rikta sig till alla personer, eller en procentuell andel av alla personer, som kan donera spermier. Den hade dessutom behövt förmedla en hel del information till respondenterna om vad det innebär och medför att donera spermier för användning vid en assisterad befruktning.

Enkätundersökningen har genomförts med hjälp av de sju sjukvårdsinrättningar som för närvarande utför befruktning utanför kroppen med donerade könsceller. Dessa är Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Universitetssjukhuset i Linköping, Skånes universitetssjukhus i Malmö, Universitetssjukhuset Örebro, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Sjukvårdsinrättningarna har hjälpt oss med att distribuera enkäten till de spermiedonatorer som donerat spermier under den aktuella tidsperioden. De har också hjälpt oss med att samla in och vidare-

¹⁸ Lalos m.fl. (2003), *Recruitment and motivation of semen providers in Sweden*. Human Reproduction Vol. 18, nr 1, s. 212–216.

¹⁹ Se Scheib m.fl. (2005), *Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds*. Human Reproduction Vol. 20, nr 1, s. 239–252.

²⁰ Detta är en konsekvens av att en donator inte bör ge upphov till barn i mer än sex familjer. Många av de personer som donerar spermier i dag, kommer således inte att kunna donera spermier för behandling av ensamstående kvinnor.

befordra enkätsvaren till oss. Det bör tilläggas att deltagandet i enkätundersökningen har varit frivilligt och att varje donator har fått svara anonymt.

Enkäten innehöll viss information och två frågor. Vi angav inledningsvis att utredningen ska föreslå en reglering som ger ensamstående kvinnor en möjlighet till assisterad befruktning med donerade spermier. Vi angav också att Smer under våren 2013 har uttalat att avsaknaden av en far i dessa fall möjligtvis kan öka barnets intresse av att söka upp donatorn och skapa en relation till honom samt att vi var intresserade av att få veta hur detta och förslaget i övrigt kan tänkas påverka donatorers vilja att donera spermier. Den första frågan i enkäten var ”Hur gammal är du?”. Respondenterna kunde här ange att de var 25 år eller yngre, 26–35 år, 36–45 år, 46–55 år eller 56 år eller äldre. Den andra frågan var ”Hur tror du att införandet av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor skulle påverka din vilja att donera spermier för användning vid insemination och IVF?”. Respondenterna fick markera ett av fyra svarsalternativ. De gavs också möjlighet att lämna egna kommentarer till svaren. Svarsalternativen var a) ”Det skulle sakna betydelse för mig om spermierna mottas av par eller av ensamstående kvinnor. Om förslaget genomförs, skulle jag alltså kunna tänka mig att fortsätta donera spermier”, b) ”Jag skulle kunna tänka mig att fortsätta donera spermier om jag visste att spermier bara kunde komma att mottas av par”, c) ”Om förslaget genomförs, är jag osäker på om jag skulle vilja fortsätta donera spermier” och d) ”Om förslaget genomförs, skulle jag inte längre kunna tänka mig att donera spermier”. Vi övergår nu till att redovisa resultaten av vår undersökning.

Det totala antalet respondenter och enkätsvar har uppgått till 44. En sammanställning av svaren finns i tabell 7.1. Svarsalternativen a–d har i tabellen ersatts med ”Vill fortsätta donera”, ”Vill fortsätta donera till par”, ”Osäkra” respektive ”Vill inte fortsätta donera”.

Tabell 7.1 Sammanställning av enkätsvaren

Svarsalternativ	Ålder					Totalt
	>25	26-35	36-45	46-55	56<	
Vill fortsätta donera	5	11	14	3		33
Vill fortsätta donera till par	2	3	1			6
Osäkra	3	1				4
Vill inte fortsätta donera		1				1
Totalt	10	16	15	3		44

Sammanställningen visar att 33 av 44 respondenter (75 procent) kan tänka sig att fortsätta donera spermier om ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Av dessa 33 respondenter har 7 lämnat egna kommentarer till sitt svar. Några av dem har angett att det är självklart att kvinnor ska kunna genomgå en assisterad befruktning som ensamstående och att det viktigaste är ett positivt utfall av den lämplighetsbedömning som alltid ska göras, dvs. att de personer som vill få barn på detta sätt också har bedömts lämpliga som föräldrar. Några andra har angett att det är fantastiskt att kunna hjälpa barnlösa personer att få barn och att det är bättre att ensamstående kvinnor kan genomgå assisterad befruktning i Sverige än att de genomgår behandlingar i utlandet med spermier från anonyma donatorer.

Av de övriga 11 respondenterna har 5 lämnat egna kommentarer till svaren. De som är osäkra har angett att de är skeptiska till en ordning som innebär att det blivande barnet bara kommer att ha en förälder och de som fortsättningsvis bara vill donera till par har angett att en sådan ordning inte är bra för barnet. Den man som inte vill donera spermier om möjligheten införs, har inte lämnat någon kommentar till sitt svar.

Vår undersökning är alltför begränsad för att man ska kunna dra mer långtgående slutsatser av resultaten. Resultaten ger dock en viss bild av nuvarande spermiegivares syn på donation av spermier till ensamstående kvinnor och denna bild måste betraktas som positiv. Resultaten talar nämligen för att en stor majoritet av nuvarande spermiegivare (75 procent) skulle kunna tänka sig att donera spermier till behandling av ensamstående kvinnor. Endast en person har angett att han inte skulle kunna tänka sig det. Det går givetvis inte att uttala sig om hur de som har angett att de är

osäkra eller som har angett att de inte vill donera spermier till ensamstående kvinnor skulle ha svarat på frågan om de hade fått del av den forskning som finns på området och våra överväganden om regleringens utformning. Det är möjligt att de med sådan information hade svarat annorlunda. Information till potentiella donatorer torde nämligen kunna motverka eventuella farhågor i fråga om donation till ensamstående kvinnor och på så sätt minska risken för att vissa män avstår från att donera. Det kan dessutom tillkomma sådana donatorer som särskilt vill hjälpa ensamstående kvinnor att få barn på detta sätt.

Vår bedömning

Det enda egentliga skälet för en föreskrift om särskilt samtycke eller motsvarande är att en annan ordning skulle kunna avhålla potentiella donatorer från att donera spermier för användning vid assisterad befruktning. Man utgår här från att de barn som kommer till genom behandling av en ensamstående kvinna är mer benägna än andra donatorbarn att inhämta information om och kanske till och med söka upp donatorerna samt från att det senare kan avhålla potentiella donatorer från att donera spermier. Om så är fallet, kan avsaknaden av en föreskrift om särskilt samtycke eller motsvarande innebära en minskning av antalet spermiedonatorer och längre köer till behandling. Det senare är negativt och drabbar inte bara ensamstående kvinnor utan också olikkönade och samkönade par.

Det finns visserligen forskning som talar för att ensamstående kvinnor kan vara mer benägna än t.ex. olikkönade par i en motsvarande situation att berätta för barnet om dess tillkomst och forskning som talar för att de barn som tillkommer genom behandling av en ensamstående kvinna kan vara mer benägna än andra donatorbarn att inhämta information om donatorn och kanske till och med söka upp honom. Det finns samtidigt forskning som talar för att många spermiegivare är positiva till att bli kontaktade av de barn som tillkommer genom behandlingar med deras spermier. Resultaten av vår egen begränsade enkätundersökning talar i samma riktning. Det förhållandet att det blivande barnet kan komma att ta kontakt med och kanske till och med söka upp donatorn verkar alltså inte avhålla donatorer från att fortsätta donera spermier för användning vid assisterad befruktning. Enligt vår mening kan man nog utgå från att detsamma gäller för många potentiella donatorer.

Det nu anförda i förening med övriga resultat från vår enkätundersökning talar för att det inte behöver införas någon föreskrift om särskilt samtycke eller motsvarande. Det finns dessutom skäl som talar mot en sådan föreskrift. Ett viktigt skäl är att en sådan föreskrift inte infördes i samband med att samkönade par gavs möjlighet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Att nu införa en föreskrift av detta slag kan ge intrycket att familjer med en ensam förälder är att betrakta som sämre än andra familjer. Ett annat viktigt skäl är att avsaknaden av en föreskrift vid införandet av möjligheten till assisterad befruktning för samkönade par inte innebär någon egentlig minskning av det totala antalet spermiedonatorer. Det var visserligen så att enstaka donatorer inte ville fortsätta donera när deras spermier kunde mottas av samkönade par. Det tillkom samtidigt donatorer som särskilt ville hjälpa samkönade par att få barn på detta sätt. Det är inte uteslutet att en liknande effekt uppkommer när ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning. Ett tredje skäl är att föreskrifter av detta slag kan vara ett första steg på vägen mot en utveckling som måste betraktas som negativ. Föreskrifter som innebär att en spermiegivare kan välja mottagare eller välja bort vissa personer som mottagare av hans spermier kan i förlängningen nämligen innebära att vi i Sverige har en ordning som uppfattas som diskriminerande eller som kan ifrågasättas av andra skäl, bl.a. etiska sådana.

Vår bedömning är att skälet för en föreskrift om särskilt samtycke eller motsvarande är svagt och att det vid en jämförelse med de skäl som talar mot en sådan föreskrift måste betraktas som ännu svagare. Vi anser därför, i likhet med många deltagare vid hearingen (se bilaga 2), att det inte bör införas en föreskrift av detta slag. Detta innebär att de regler som nu gäller för donation av spermier till ett par också kommer att gälla för donation till ensamstående kvinnor. Vi anser däremot att hälso- och sjukvården vid införandet av möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör vidta aktiva åtgärder för att öka antalet spermiedonatorer. Åtgärderna bör rikta sig till potentiella donatorer samt innefatta tydlig information om bl.a. befintliga forskningsresultat och gällande regler.

Vi återkommer i kapitel 8 till vad som ska gälla för de spermier som har donerats före de nya reglernas ikraftträdande.

Andra ändringar i nuvarande regleringar

Vi har övervägt behovet av andra ändringar i lagen om genetisk integritet m.m. och kommit fram till att ytterligare två paragrafer behöver ändras. Vi har också kommit fram till att det bör införas en ny paragraf i 6 kap. lagen. Ändringarna innebär följande.

Enligt nuvarande regleringar har ett par som vägras behandling en möjlighet att begära Socialstyrelsens prövning av frågan. En ensamstående kvinna som vägras en behandling bör naturligtvis ha samma möjlighet. Detta föranleder ändringar i 6 kap. 3 § andra stycket och 7 kap. 5 § andra stycket lagen.

I 7 kap. 2 § lagen anges det, såvitt avser befruktning utanför kroppen, att en givare av ägg eller spermier ska vara myndig, att givaren ska lämna skriftligt samtycke till att ägget får befruktas eller att spermier får användas för befruktning samt att givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess befruktning skett. Detta bör i tillämpliga delar gälla även vid insemination (jfr förslaget i *En ny biobankslag* [SOU 2010:81 s. 66 och s. 582]). Vi föreslår därför att det införs en ny paragraf i lagen, 6 kap. 1 a §, och att det där föreskrivs att en givare av spermier ska vara myndig, att givaren ska lämna ett skriftligt samtycke till att hans spermier får användas för insemination och att givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess att inseminationen har skett.

Mer detaljerade bestämmelser om assisterad befruktning finns, som tidigare nämnts, i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m. (SOSFS 2009:32) och i Socialstyrelsens föreskrifter om donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler (SOSFS 2009:30). Vi utgår från att Socialstyrelsen reviderar dessa eller utarbetar särskilda föreskrifter och allmänna råd för assisterad befruktning av ensamstående kvinnor.

7.4 Nödvändiga följdändringar i föräldrabalken

7.4.1 Inledning

Regleringen i 1–3 kap. föräldrabalken (FB) syftar till att garantera varje barn två föräldrar och dessutom två rättsliga föräldrar. Den kvinna som föder barnet ska i rättsligt hänseende betraktas som barnets mor. Om modern är gift eller nybliven änka vid barnets födelse, ska hennes make eller avlidne make per automatik anses

som barnets far. I andra fall har socialnämnden en långtgående skyldighet att försöka utreda faderskapet eller föräldraskapet och se till att det fastställs genom bekräftelse eller dom.

Om barnet har kommit till genom en assisterad befruktning, anses moderns make, maka, registrerade partner eller sambo som barnets far eller förälder under förutsättningen att han eller hon har samtyckt till behandlingen och att det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Det förhållandet att en person ska anses som barnets far eller förälder, innebär dock inte att faderskap eller föräldraskap gäller i rättslig mening. För detta krävs att faderskapet eller föräldraskapet fastställs genom bekräftelse eller dom. Undantag gäller i sådana fall som avses i föregående stycke, dvs. när det finns en faderskapspresumtion.

Om en assisterad befruktning har genomförts med donerade spermier och enligt lagen om genetisk integritet m.m., finns det endast små möjligheter att fastställa spermiegivaren som far till barnet. För att så ska kunna ske, krävs att det brister i någon av de förutsättningar som anges i 1 kap. 6 eller 8 § FB. Det ska alltså brista i fråga om samtycket eller sambandet mellan behandlingen och barnets tillkomst. Det krävs också att spermiegivaren frivilligt bekräftar faderskapet enligt 1 kap. 4 § FB och att övriga förutsättningar i det lagrummet är uppfyllda. Någon möjlighet att genom dom fastställa faderskapet för spermiegivaren finns inte (se 1 kap. 5 § andra stycket FB).

7.4.2 En rättslig förälder

Tanken med assisterad befruktning för ensamstående kvinnor är att en kvinna ska kunna bli ensam förälder till ett barn. Det är därför bara kvinnans förmåga att ge barnet en god uppväxt som beaktas vid den prövning som ska göras inför en behandling. Prövningen ska resultera i ett beslut som innebär att kvinnan bedöms lämplig eller inte lämplig som ensam förälder till ett barn.

Det som gäller för behandlingen bör i möjligaste mån återspeglas i den föräldraskapsrättsliga regleringen. Utgångspunkten bör därför vara att barnet vid födseln bara får en rättslig förälder, nämligen modern. En sådan utgångspunkt föranleder samtidigt ett antal frågor. Vad bör t.ex. gälla om kvinnan gifter sig med en man mellan behandlingen och barnets födelse? Vad bör krävas för att ett

faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas när en kvinna har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående? Ska det även i dessa fall finnas en möjlighet att fastställa faderskapet för en spermiegivare? Bör socialnämnden ha en utredningsskyldighet och vad ska den i så fall innefatta?

Vi ska i de följande avsnitten redogöra för våra överväganden i dessa och andra frågor. Det bör återigen framhållas att vi i delbetänkandet bara lämnar förslag till nödvändiga följdändringar. Ytterligare ändringar kan således aktualiseras i vårt slutbetänkande.

7.4.3 Inget undantag från faderskapspresumtionen

Vår bedömning: Det bör inte införas något undantag från faderskapspresumtionen för sådana fall där en kvinna gifter sig med en man mellan den assisterade befruktningen som ensamstående och barnets födelse. Samma regler bör alltså gälla som i andra fall där en kvinna mellan befruktning och barnets födelse gifter sig med en annan man än barnets genetiska far. När faderskapspresumtionen leder till ett felaktigt resultat, kan faderskapet hävas med stöd av reglerna i 1 kap. 2 § föräldrabalken (se också 3 kap. 1–4 §§ samma balk).

Nuvarande reglering

Enligt nuvarande reglering ska en man anses som barnets far om han vid barnets födelse är gift med barnets mor. Detsamma gäller om modern är änka och barnets har fötts inom sådan tid efter makens död att barnet kan vara avlat dessförinnan (1 kap. 1 § FB).

Om en kvinna genomgår en assisterad befruktning som ensamstående och sedan gifter sig med en man mellan behandlingen och barnets födelse, kommer alltså mannen – med nuvarande reglering – per automatik att anses som barnets far. Bör det införas en bestämmelse om undantag från faderskapspresumtionen som innebär att kvinnans make i sådana fall inte ska anses som barnets far?

Argument för respektive mot ett undantag

Ett argument för ett undantag från faderskapspresumtionen är att den rättsliga regleringen annars kan uppfattas som inkonsekvent. Regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor innebär att en kvinna, efter genomförda tester och undersökningar, ska kunna bedömas lämplig som ensam förälder till ett barn. En man som kvinnan gifter sig med mellan behandlingen och barnets födelse har inte omfattats av den lämplighetsprövning som föregått behandlingen. Man kan under sådana förhållanden tycka att utfallet av den genomförda lämplighetsprövningen bör vara styrande för regleringen om det rättsliga föräldraskapet och att kvinnan således, oavsett om hon mellan behandlingen och barnets födelse gifter sig med en man eller inte, bör vara barnets enda rättsliga förälder.

Regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor innebär också att behandlingen normalt ska utföras med spermier som har donerats av en för kvinnan okänd man. Om så har skett, torde det i många fall stå klart för såväl inblandade parter som en utomstående att moderns nyblivne make inte kan vara far till barnet och att presumtionen ger ett felaktigt resultat. Maken ska, trots detta och per automatik, anses som barnets rättslige far.

Ett annat argument för ett undantag är att regleringen annars kan innebära negativa konsekvenser för barnet. Modern och hennes make kan efter barnets födelse välja mellan att godta faderskapspresumtionen, och därmed också godta att maken anses som barnets rättslige far, eller vidta åtgärder för att häva faderskapet för maken. Det första alternativt kan innebära sämre möjligheter för barnet att efterforska sitt genetiska ursprung, dvs. att utöva sin rätt att inhämta information om spermiegivaren. Konsekvensen kan uppkomma om moderns make vid barnets födelse automatiskt registreras som barnets far och föräldrarna sedan inte berättar för barnet om dess tillkomst. Forskning visar att andelen föräldrar med ”donatorbarn” som berättar för barnet om dess tillkomst visserligen har ökat, men också att det fortfarande finns föräldrar som inte berättar. Det andra alternativet, dvs. att faderskapet hävs, kan i vissa fall få negativa konsekvenser för barnet och barnets relation till vuxna personer i dess närhet. Barnet kan t.ex. under sin uppväxt få veta att dess far, dvs. dess sociala far, har vidtagit åtgärder för att häva faderskapet och uppfatta detta som att fadern inte vill vara barnets far. Det kan också förhålla sig så att modern och hennes make inledningsvis väljer att godta resultatet av faderskaps-

presumtionen och att moderns make senare, t.ex. vid en skilsmässa, vidtar åtgärder för att häva faderskapet. I sådana fall kan de negativa konsekvenserna för barnet bli än mer omfattande. Att en sådan händelse t.ex. kan vara emotionellt smärtsam för barnet behöver inte motiveras närmare.

Det finns dock även argument mot ett undantag från faderskapspresumtionen. Ett av dessa är att moderns make i undantagsfall faktiskt kan vara barnets genetiska far och att faderskapspresumtionen då ger ett riktigt resultat. Situationen kan uppkomma om kvinnan i nära anslutning till en insemination har samlag med den man som hon sedan gifter sig med.

Vi har tidigare angett att behovet av konsekvens i den rättsliga regleringen kan tala för ett undantag från faderskapspresumtionen vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Detta behov kan också anföras som ett argument mot ett undantag. Faderskapspresumtionen kan nämligen även i andra fall ge ett felaktigt resultat. Situationen uppkommer i alla sådana fall där en kvinna mellan en befruktning och barnets födelse gifter sig med en annan man än barnets genetiska far. Införandet av ett undantag från faderskapspresumtionen vid enbart assisterad befruktning för ensamstående kvinnor skulle således innebära att den rättsliga regleringen blev inkonsekvent.

Slutligen finns det skäl att ifrågasätta behovet av en särreglering vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Det torde nämligen bli ovanligt att en kvinna beslutar sig för att genomgå en assisterad befruktning som ensamstående, inklusive alla tester och undersökningar, och att hon därefter – under den relativt korta tid som förflyter mellan behandlingen och barnets födelse – gifter sig med en man. Det torde också bli ovanligt att en kvinna genomgår en assisterad befruktning om hon strax före behandlingen har träffat en man som hon sedan gifter sig med mellan behandlingen och barnets födelse.

Vår bedömning

Vår bedömning är att argumenten mot ett undantag från faderskapspresumtionen är tyngre än argumenten för. Argumentet att utfallet av lämplighetsprövningen före en behandling bör vara styrande för regleringen om det rättsliga föräldraskapet, är ganska svagt. Detta gäller i vart fall om man som här vill använda argu-

mentet till stöd för att skapa en särreglering vid enbart assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Argumentet tar nämligen inte hänsyn till den omständigheten att förhållanden kan ändras mellan lämplighetsprövningen och barnets födelse. Om en kvinna har gift sig med en man mellan en insemination och barnets födelse och har haft samlag med mannen i nära anslutning till inseminationen, kan det inte uteslutas att mannen också är barnets far. Det förhållandet att en kvinna har bedömts lämplig som ensam förälder och genomgått en insemination som ensamstående behöver alltså inte alltid innebära att faderskapspresumtionen ger ett felaktigt resultat.

Argumentet att det i dessa fall ofta torde stå klart för såväl parter som utomstående att moderns nyblivna make inte kan vara barnets far, får visserligen betraktas som riktigt. Motsvarande situation kan dock uppkomma även i andra fall där en kvinna gifter sig med en man kort före barnets födelse. Situationen uppkommer alltså inte bara vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Till detta kommer det som tidigare har sagts, nämligen att moderns nyblivne make i vissa fall faktiskt är eller kan vara barnets genetiska far. Även det andra argumentet för ett undantag måste därför bedömas som ganska svagt.

Det enda argument för ett undantag som då kvarstår är att faderskapspresumtionen kan innebära negativa konsekvenser för barnet. Inte heller detta är dock unikt för de fall där en kvinna har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående. Negativa konsekvenser kan uppkomma i alla sådana fall där en kvinna före barnets födelse gifter sig med en annan man än barnets genetiska far. Till detta kommer att faderskapspresumtionen naturligtvis inte behöver innebära negativa konsekvenser för barnet. Det förhållandet att maken inte vidtar åtgärder för att häva faderskapet behöver inte innebära negativa konsekvenser för barnet om kvinnan och mannen tidigt berättar för barnet om dess tillkomst. Barnet får då två rättsliga föräldrar och dessutom goda förutsättningar att senare utforska sitt genetiska ursprung. Inte heller det förhållandet att maken vidtar åtgärder för att häva faderskapet behöver innebära negativa konsekvenser för barnet om kvinnan och mannen noga förklarar för barnet varför mannen har vidtagit åtgärderna.

De argument som kan anföras för en särreglering, dvs. ett undantag från faderskapspresumtionen, väger alltså inte särskilt tungt. Dessutom finns det, som tidigare framgått, argument som i

sig talar mot ett sådant undantag och som också måste betraktas som tyngre. Det första argumentet är att faderskapspresumtionen även i andra fall medför ett felaktigt resultat i fråga om det rättsliga faderskapet. Resultatet blir felaktigt i alla sådana fall där en kvinna mellan en befruktning och barnets födelse gifter sig med en annan man än barnets genetiska far. Situationen kan dessutom uppstå även vid andra typer av assisterad befruktning. Att under sådana förhållanden införa ett undantag för enbart här aktuella fall skulle inte bara medföra en inkonsekvens i den föräldraskapsrättsliga regleringen utan också en inkonsekvens som är svår att motivera. Det andra argumentet är att den här skisserade situationen, dvs. att en kvinna genomgår en assisterad befruktning och sedan gifter sig med en man mellan behandlingen och barnets födelse, måste bli sällsynt och att det därför inte finns något behov av en särreglering. Situationen torde under alla förhållanden inte bli mer vanligt förekommande än andra situationer i vilka en kvinna före barnets födelse gifter sig med en annan man än barnets genetiska far. Även det bristande behovet av en särreglering talar således mot att införa ett undantag för enbart här aktuella fall.

Det bör i sammanhanget tilläggas att det redan enligt nuvarande reglering finns goda möjligheter att åstadkomma en ändring i de fall då faderskapspresumtionen leder till ett felaktigt resultat. Förfarandet är dessutom relativt enkelt och smidigt.

Vår slutsats blir således att argumenten mot ett undantag är tyngre än argumenten för ett undantag. Någon ändring i 1 kap. 1 § FB behöver därför inte göras.

7.4.4 Faderskap eller föräldraskap behöver normalt inte fastställas

Vårt förslag: Det införs ett nytt lagrum i 1 kap. föräldrabalken där det anges att faderskap eller föräldraskap inte behöver fastställas om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen.

Våra bedömningar: En spermiegivare ska även i dessa fall kunna fastställas som far till barnet. Faderskapet för en spermiegivare ska dock bara kunna fastställas genom bekräftelse och enligt bestämmelserna i 1 kap. 4 § föräldrabalken. Bedömningarna i denna del föranleder inga författningsändringar.

Nuvarande reglering

Enligt nuvarande regler ska faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB fastställas i alla sådana fall där det inte gäller en faderskapspresumtion (1 kap. 3 § FB). Om barnet har kommit till genom samlag, ska den man som modern haft samlag med fastställas som barnets far. Om barnet i stället har kommit till genom en assisterad befruktning, ska moderns maka, registrerade partner eller sambo fastställas som barnets far eller förälder. Socialnämnden har en långtgående skyldighet att försöka utreda faderskapet eller föräldraskapet och se till att det fastställs genom bekräftelse eller dom (2 kap. 1 och 8 a §§ FB).

Möjligheten att fastställa faderskapet för en spermiegivare är begränsad i sådana fall där den assisterade befruktningen har genomförts enligt lagen om genetisk integritet m.m. För att så ska kunna ske, krävs att moderns maka, registrerade partner eller sambo inte har samtyckt till behandlingen eller att det inte med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Det krävs också att spermiegivaren, som normalt är okänd för paret, är villig att bekräfta faderskapet och att övriga förutsättningar i 1 kap. 4 § FB är uppfyllda. En viktig förutsättning är att modern eller en särskilt förordnad vårdnadshavare för barnet godkänner bekräftelsen. Om barnet är myndigt eller om det enligt 6 kap. 2 § FB inte står under någons vårdnad, ska bekräftelsen i stället godkännas av barnet självt. Det finns således ingen möjlighet att fastställa faderskapet för en spermiegivare i strid med moderns vilja eller, om det är barnet som ska godkänna bekräftelsen, barnets vilja. Om behandlingen har genomförts enligt lagen om genetisk integritet m.m., finns det inte heller någon möjlighet att fastställa faderskapet för en spermiegivare genom dom (1 kap. 5 § andra stycket FB). Förutom ovanstående, krävs det naturligtvis att det inte gäller en faderskapspresumtion i det enskilda fallet. Faderskapet för en spermiegivare kan nämligen inte fastställas om det finns en annan man som ska anses som barnets far.

Om en assisterad befruktning har genomförts på något annat sätt än enligt lagen om genetisk integritet m.m., gäller olika regler för olikkönade och samkönade par. För olikkönade par gäller i stort sett detsamma som om behandlingen har genomförts enligt lagen om genetisk integritet m.m. En skillnad är dock att fadersskapet för en spermiegivare i sådana fall kan fastställas även genom dom. För samkönade par gäller här inte reglerna om bl.a. samtycke som grund för gemensamt föräldraskap. Om ett samkönat par genomgår en assisterad befruktning i egen regi eller utomlands, gäller i stället allmänna regler om fastställande av faderskap. I dessa fall ska alltså fadersskapet fastställas genom bekräftelse eller dom. Ett gemensamt föräldraskap för personerna i det samkönade paret kan – om övriga förutsättningar för det är uppfyllda – åstadkommas genom en s.k. närståendeoption (se 4 kap. 1 och 3 §§ FB).

Om en kvinna genomgår en assisterad befruktning som ensamstående och är ensamstående även vid barnets födelse, skulle förhållandena – med nuvarande reglering – vara sådana att ett faderskap eller föräldraskap ska fastställas. I detta fall finns det normalt bara en person som kan fastställas som barnets andra rättsliga förälder och då som far, nämligen spermiegivaren. Denna reglering behöver ändras. Utgångspunkten ska nämligen vara att modern i dessa fall blir barnets enda rättsliga förälder. Frågan är dock vad som bör krävas för att ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. En annan fråga är om det i dessa fall bör vara möjligt att fastställa fadersskapet för en spermiegivare och, om så är fallet, under vilka förutsättningar det bör kunna ske. Vi inleder den fortsatta framställningen med att behandla dessa frågor. Efter det följer våra överväganden om regleringens utformning.

Vi kommer, som tidigare nämnts, att begränsa våra överväganden i delbetänkandet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Detta innebär, i vart fall tills vidare, att allmänna regler om fastställande av faderskap gäller i sådana fall där behandlingen har genomförts på något annat sätt än enligt lagen om genetisk integritet m.m. I dessa fall ska alltså fadersskapet fastställas enligt 1 kap. 3–5 §§ FB. Den viktigaste anledningen till att vi gör denna begränsning är att frågan om vad som ska gälla i andra fall har en nära koppling till de frågor som ska behandlas först i slutbetänkandet. Detta gäller inte minst frågan om vad som framöver bör gälla då samkönade par genomgår en assisterad befruktning på något annat sätt än enligt lagen om genetisk integritet m.m. Frågan om vad som ska gälla när en ensamstående kvinna genomgår

assisterad befruktning i egen regi eller utomlands måste behandlas tillsammans med den frågan och således först i slutbetänkandet.

Vad bör krävas för att ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas?

En förutsättning för att faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas är naturligtvis att modern har genomgått en assisterad befruktning enligt lagen om genetisk integritet m.m. och att hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen. Uppgifter om detta kan, med moderns samtycke, inhämtas från hälso- och sjukvården. Vi anser dock att det bör krävas något ytterligare för att faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Det förhållandet att modern har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående talar visserligen för att hennes barn har avlats genom behandlingen och att en spermiegivare är barnets genetiska far. Det innebär samtidigt inte att så måste vara fallet. Om kvinnan har haft samlag med en man i nära anslutning till behandlingen, kan mannen vara barnets far. I dessa fall bör det göras en faderskapsutredning för att få klarhet i frågan. Det bör i sammanhanget upprepas att reglerna om fastställande av faderskap och socialnämndens utredningsskyldighet utgör ett skydd för bl.a. barnets, den potentiella faderns och samhällets intressen. Om barnet inte har kommit till genom en assisterad befruktning, ska allmänna regler tillämpas och faderskap fastställas för barnets genetiska far. Det nu sagda innebär att det bör ställas upp något ytterligare krav för att ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Kravet bör vara utformat på ett sådant sätt att man genom ett uppfyllande av kravet i möjligaste mån utesluter att barnet har tillkommit på något annat sätt än genom den assisterade befruktningen. Det bör alltså, så långt det är möjligt, kunna uteslutas att någon annan man än spermiegivaren är barnets genetiska far.

Vid assisterad befruktning för par uppkommer inte frågan vad som bör krävas för att ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Om det inte föreligger en faderskapspresumtion, uppkommer i sådana fall frågan vad som bör krävas för att moderns maka, registrerade partner eller sambo ska anses som barnets far respektive förälder. För att så ska vara fallet, krävs dels att personen har samtyckt till behandlingen, dels att det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behand-

lingen. Det senare kravet syftar till att skydda barnet, men också till att skydda mannen eller den andra kvinnan i en relation. En person ska inte anses som far respektive förälder till ett barn som har tillkommit på något annat sätt än genom en assisterad befruktning. Kravet på att det med hänsyn till samtliga omständigheter ska vara sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen innebär alltså att det i möjligaste mån ska kunna uteslutas att någon annan man än spermiegivaren är barnets genetiska far. Kravet bör därför kunna tillämpas även i här aktuella fall, men då som ett krav för att faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Det man vill uppnå med kravet är nämligen detsamma, dvs. att så långt som möjligt kunna utesluta att någon annan man än spermiegivaren är far till barnet.

Vi föreslår därför att faderskap inte ska behöva fastställas om modern har genomgått en assisterad befruktning enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. En sådan reglering innebär att det råder konsekvens mellan den föräldraskapsrättsliga regleringen och regleringen i lagen om genetisk integritet m.m., men också inom den föräldraskapsrättsliga regleringen. Regleringen innebär vidare att ett rekvisit som redan förekommer i 1 kap. FB används på nytt, men på ett något annorlunda sätt. Syftet med rekvisitet är dock detsamma. Regleringen innebär också att en faderskaps- eller föräldraskapsutredning alltid ska göras om det inte med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom en viss behandling. Även i detta avseende råder det således konsekvens inom den föräldraskapsrättsliga regleringen. Att man på detta sätt återanvänder ett rekvisit som redan förekommer i föräldraskapsbalken, och dessutom i bestämmelserna om föräldraskap vid assisterad befruktning, är positivt för de personer som ska tillämpa den föräldraskapsrättsliga regleringen.

Bör en spermiegivare kunna fastställas som barnets far?

Argument mot respektive för att faderskap ska kunna fastställas

Man kan även här göra gällande ett av de argument som har anförts för ett undantag från faderskapspresumtionen. Argumentet är att utfallet av den lämplighetsprövning som föregår en assisterad befruktning borde vara styrande för utformningen av det rättsliga föräldraskapet. Varför ska det finnas en möjlighet att fastställa spermiegivaren som far om modern före behandlingen har bedömts lämplig som ensam förälder till barnet? Ett närliggande argument handlar om en viktig skillnad mellan dessa fall och andra typer av assisterad befruktning. Möjligheten att fastställa en spermiegivare som far till barnet är förenlig med utgångspunkterna att ett barn normalt har rätt till två föräldrar och att ett barn normalt också ska garanteras två rättsliga föräldrar. Regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor ska dock, som tidigare nämnts, i vissa avseenden betraktas som ett undantag från det som annars gäller. Utgångspunkten i dessa fall ska vara att modern blir ensam förälder till barnet. Frågan är om det med tanke på denna utgångspunkt bör finnas en möjlighet att fastställa spermiegivaren som far.

Ett annat argument mot att i dessa fall kunna fastställa faderskapet för en spermiegivare är att regleringen, om möjligheten finns, kan användas på ett sätt som inte har åsyftats med den. Syftet med regleringen är att hjälpa ensamstående kvinnor att få barn genom assisterad befruktning. Syftet är däremot inte att skapa nya möjligheter för två eller fler personer att tillsammans få barn på detta sätt. En reglering som innebär att spermiegivaren får fastställas som far, kan i undantagsfall komma att användas för att kringgå de regler som gäller för par (se avsnitt 7.3.4). Man skulle, som tidigare nämnts, kunna tänka sig att en kvinna får genomföra en assisterad befruktning med spermier från en känd donator, t.ex. en manlig vän, och att hon sedan godkänner att mannen genom bekräftelse fastställs som barnets far. Kvinnan och mannen har då, under förutsättningen att även socialnämnden godkänner bekräftelsen, kringgått den reglering som innebär att två personer ska vara gifta, registrerade partner eller sambo för att tillsammans bli föräldrar genom en assisterad befruktning.

Det finns samtidigt argument för att en spermiegivare även i dessa fall ska kunna fastställas som barnets far. Ett sådant argument är att den föräldraskapsrättsliga regleringen annars skulle bli in-

konsekvent. I dagsläget är det vid alla typer av assisterad befruktning möjligt att under vissa förutsättningar fastställa faderskapet för en spermiegivare och detta oavsett om den assisterade befruktningen har genomförts inom svensk hälso- och sjukvård eller på annat sätt, t.ex. utomlands eller i egen regi. Ett närliggande argument handlar om att möjligheten att fastställa faderskapet för en spermiegivare är just en möjlighet. Regleringen innebär absolut inte att faderskapet för en spermiegivare alltid ska eller bör fastställas. Den innebär bara att faderskapet för en spermiegivare *får* fastställas om modern och spermiegivaren är överens om det. Om barnet är myndigt eller om det enligt 6 kap. 2 § FB inte står under någons vårdnad, är det i stället barnet och spermiegivaren som ska vara överens om det (1 kap. 4 § FB). Ett faderskap för en spermiegivare kan alltså aldrig fastställas i strid med moderns eller det myndiga barnets och spermiegivarens vilja.

Ett annat argument för att en spermiegivare även i dessa fall bör kunna fastställas som far handlar om bl.a. barnets intressen och ändrade förhållanden, men också om moderns och spermiegivarens intressen. Det finns, som tidigare nämnts, forskning som tyder på att de kvinnor som har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående är mer benägna än heterosexuella par i motsvarande situation att berätta för barnen om deras tillkomst. Detta är positivt och innebär goda möjligheter för barnen att inhämta information om sitt genetiska ursprung. Det finns också forskning som tyder på att dessa barn kan vara mer benägna än andra "donatorbarn" att efterforska sitt genetiska ursprung, ta kontakt med donatorn och eventuellt skapa en relation till honom. Det kan, med hänsyn till det nu sagda, inte uteslutas att sannolikheten för en framtida relation mellan barnet och spermiegivaren kan vara högre i sådana fall där en ensamstående kvinna har genomgått en assisterad befruktning än vid andra typer av assisterad befruktning. Om barnet dessutom skapar en bra relation till spermiegivaren, är det inte uteslutet att modern eller det myndiga barnet och spermiegivaren i framtiden vill fastställa spermiegivaren som barnets far.

Vår bedömning

Vår bedömning är att argumenten mot en särreglering även i detta fall väger tyngre än argumenten för. Vi anser alltså att det även vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inom svensk

hälso- och sjukvård bör vara möjligt att fastställa en spermiegivare som barnets far.

Argumentet att bl.a. utfallet av lämplighetsprövningen inför en assisterad befruktning bör vara styrande för utformningen av det rättsliga föräldraskapet är svagt om man jämför argumentet med de argument som handlar om att denna möjlighet är just en möjlighet och att förhållanden kan ändras. Den omständigheten att man vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inte behöver tillgodose barnets rätt till två föräldrar innebär dessutom inte att man också bör införa ett förbud mot att i dessa fall fastställa en spermiegivare som barnets far. Möjligheten att fastställa faderskapet för en spermiegivare är som sagt enbart en möjlighet och förfarandet kan aldrig genomföras i strid med moderns eller det myndiga barnets och spermiegivarens vilja. Förhållandena kan dessutom ändras på ett sådant sätt att både modern, barnet och spermiegivaren vill att spermiegivaren ska fastställas som barnets far. Det nu sagda talar för att det även i dessa fall bör finnas en möjlighet att fastställa faderskapet för en spermiegivare.

Vi övergår nu till att behandla det argument mot som handlar om att regleringen kan användas på ett sätt som inte är syftet med den. Det finns alltid ett visst utrymme för att regleringar används på detta sätt. Nuvarande regleringar om assisterad befruktning och föräldraskap utgör inget undantag. Vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård finns det samtidigt vissa moment i förfarandet som innebär att detta utrymme blir litet. Som angetts i avsnitt 7.3.4, bör den ansvariga läkaren inte tillåta att en ensamstående kvinna får använda spermier från en känd donator i sådana fall där det framkommer att kvinnan senare vill få till stånd ett gemensamt föräldraskap med donatorn. Läkaren bör då i stället verka för att kvinnan använder spermier från en annan donator eller hänvisa kvinnan och donatorn till det förfarande som gäller vid behandling av par. Detta innebär att kvinnan, om hon vill få till stånd ett gemensamt föräldraskap med donatorn, måste vilseleda hälso- och sjukvården om sina egentliga avsikter. Detsamma gäller för donatorn. Det krävs också att läkaren i det enskilda fallet gör bedömningen att kvinnan får använda spermier från den kända donatorn. Läkaren måste här undersöka de inblandade personernas motiv till användningen av donerade könsceller och deras möjligheter att framöver klara sina inbördes relationer på ett bra sätt. Vi har i avsnitt 7.3.4 kommit fram till att

antalet fall i vilka en kvinna och en donator vilseleder hälso- och sjukvården på detta sätt bör bli ytterst litet.

Till detta kommer att en ensamstående kvinna som vill använda spermier från en känd donator också måste beakta den osäkerhet som finns i fråga om möjligheten att senare fastställa ett rättsligt faderskap. Detsamma gäller för donatorn. Faderskapet för en spermiegivare kan i dessa fall nämligen aldrig fastställas genom dom. En förutsättning för att spermiegivaren ska kunna fastställas som barnets far är därför att kvinnan och spermiegivaren inte har ändrat uppfattning i frågan efter den genomförda behandlingen. Det krävs också att övriga förutsättningar i 1 kap. 4 § FB är uppfyllda.

Risken för att regleringen utnyttjas på ett annat sätt än vad som är syftet med den bedöms sammanfattningsvis inte vara sådan att den motiverar ett förbud mot att i dessa fall fastställa en spermiegivare som barnets far. Den bedöms inte heller vara sådan att den motiverar en särreglering med annat innehåll.

Vår slutsats blir således att det även vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor ska vara möjligt att fastställa faderskapet för en spermiegivare. Faderskapet för en spermiegivare ska dock, på samma sätt som i andra fall av assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård, bara kunna fastställas om det inte finns någon annan man som ska anses som barnets far, genom bekräftelse enligt 1 kap. 4 § FB och under de förutsättningar som anges i det lagrummet.

Den föreslagna ordningen innebär att samma regler gäller vid alla typer av assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård och att det således råder konsekvens i den föräldraskapsrättsliga regleringen. Det bör i sammanhanget tilläggas följande. Det förhållandet att en spermiegivare fastställs som far innebär inte att han också får vårdnad om barnet. Frågor om vårdnad, boende och umgänge regleras i 6 kap. FB och beslut i sådana frågor ska alltid vara förenliga med barnets bästa (6 kap. 2 a § FB).

Regleringens utformning

Vi har tidigare i detta avsnitt lämnat förslag till vilka förutsättningar som bör vara uppfyllda för att ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Vi har samtidigt föreslagit att det även vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor ska vara

möjligt att fastställa faderskapet för en spermiegivare om modern eller det myndiga barnet och spermiegivaren är överens om det. Det senare är styrande för utformningen av den första regleringen, dvs. regleringen om under vilka förutsättningar ett faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas. Vi föreslår att man i lagtexten använder ordet ”behöver”. Lagtexten får då följande utformning. Faderskap eller föräldraskap behöver inte fastställas om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Användningen av ordet ”behöver” innebär att det, även när förutsättningarna är uppfyllda, finns en möjlighet att genom bekräftelse fastställa spermiegivaren som barnets far. Vi kommer i nästa avsnitt att lämna förslag till hur socialnämnden ska förhålla sig till denna reglering.

En reglering som innebär att faderskap eller föräldraskap inte behöver fastställas utgör ett undantag från det som annars gäller enligt 1 kap. FB. För att tydligt markera detta, föreslår vi att den nya bestämmelsen inte tas in i som ett andra stycke i 3 § utan i stället i ett helt nytt lagrum, en 3 a §. Att det nya lagrummet ska betraktas som ett undantag från det som anges i 3 § följer redan av innehållet i lagrummet. Någon uttrycklig föreskrift om detta behövs därför inte.

7.4.5 Socialnämndens utredningsskyldighet

Vårt förslag: Det införs ett nytt andra stycke i 2 kap. 7 § föräldrabalken där det anges att socialnämnden *ska* lägga ner en påbörjad faderskaps- eller föräldraskapsutredning om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § föräldrabalken är uppfyllda. Genom en ändring i 2 kap. 9 § andra stycket föräldrabalken ska detsamma gälla för utredningar som inleds med stöd av det lagrummet.

Vår bedömning: Reglerna om socialnämndens medverkan vid fastställande av faderskap och föräldraskap i 2 kap. föräldrabalken bör i tillämpliga delar gälla också för den utredning som ska göras när ett barn har kommit till genom assisterad befruktning för en ensamstående kvinna.

Nuvarande reglering

Socialnämnden har en långtgående skyldighet att försöka utreda faderskap eller föräldraskap och se till att faderskapet eller föräldraskapet fastställs (2 kap. 1 och 8 a §§ FB). Skyldigheten gäller normalt inte om det finns en man som enligt 1 kap. 1 § FB ska anses som barnets far. Även i sådana fall kan dock nämnden behöva göra en utredning om faderskapet eller föräldraskapet. Syftet är då att utreda om det finns någon annan man eller en kvinna som ska anses som barnets far respektive förälder. En förutsättning för utredning i dessa fall är att vårdnadshavaren, någon av vårdnadshavarna eller mannen begär det. Det krävs dessutom att det är lämpligt att genomföra en utredning (2 kap. 9 § FB).

Socialnämnden ska inom ramen för en utredning inhämta upplysningar från modern och andra personer som kan lämna uppgifter av betydelse för utredningen (2 kap. 4 § FB). Om utredningen avser faderskap, kan nämnden också behöva verka för att en blodundersökning genomförs på modern, barnet och en potentiell far. Genomförandet av en sådan undersökning förutsätter dock att den potentiella fadern begär det eller att det finns anledning att anta att modern har haft samlag med mer än en man under den tid då barnet kan vara avlat (2 kap. 6 § FB). Om faderskapsfrågan kan bedömas med tillräcklig säkerhet på grund av nämndens utredning, bör den som antas vara far eller förälder ges möjlighet att bekräfta faderskapet respektive föräldraskapet (2 kap. 5 och 8 a §§ FB).

Socialnämnden får enligt 2 kap. 7 § FB lägga ner en påbörjad utredning om det visar sig omöjligt att få erforderliga upplysningar för bedömningen av faderskapsfrågan (första punkten), om det framstår som utsiktslöst att försöka få faderskapet fastställt av domstol (andra punkten), eller om modern eller en särskild förordnad vårdnadshavare enligt 4 kap. 5 a § FB har lämnat samtycke till adoption av barnet (tredje punkten). Så får också ske om det av särskilda skäl finns anledning att anta att en fortsatt utredning eller en rättegång skulle vara till men för barnet eller utsätta modern för påfrestningar som innebär fara för hennes psykiska hälsa (fjärde punkten). Det som nu sagts gäller också för utredningar om föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB (2 kap. 8 a § andra stycket FB). Om det finns en faderskapspresumtion och faderskaps- eller föräldraskapsutredningen har inletts med stöd av 2 kap. 9 § FB, får utredningen läggas ner under de förutsättningar som anges i första eller

fjärde punkten ovan eller om det annars är lämpligt (2 kap. 9 § andra stycket FB).

Nämndens beslut att lägga ner en påbörjad utredning eller beslut att inte påbörja en utredning enligt 2 kap. 9 § FB får överklagas till länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten (2 kap. 7 § andra stycket, 8 a § andra stycket och 9 § tredje stycket FB).

Socialstyrelsen har meddelat mer detaljerade föreskrifter om fastställande av faderskap eller föräldraskap. Föreskrifterna finns i Socialnämndens utredning och fastställande av faderskap (SOSFS 2011:2) respektive Socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap (SOSFS 2011:3). Socialstyrelsen har dessutom gett ut en handbok om fastställande av faderskap som har titeln *Att fastställa faderskap* (Socialstyrelsen 2005).

Om en ensamstående kvinna genomgår en assisterad befruktning enligt lagen om genetisk integritet m.m. och inte gifter sig med en man mellan behandlingen och barnets födelse, skulle socialnämnden – med nuvarande reglering – vara skyldig att försöka utreda vem som är far till barnet eller om föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB föreligger. Socialnämnden skulle också behöva se till att faderskapet eller föräldraskapet fastställs genom bekräftelse eller dom. En sådan ordning är inte förenlig med våra överväganden i föregående avsnitt. Regleringen bör därför ändras. Frågan är dock på vilket sätt den bör ändras. Vi behandlar först de regler som bör gälla i fråga om socialnämndens utredning i dessa fall och därefter regleringens utformning.

Socialnämndens utredning

Vi har tidigare föreslagit att faderskap eller föräldraskap inte ska behöva fastställas om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Vi har också föreslagit att detta ska anges i en ny paragraf, 1 kap. 3 a § FB.

Vår utgångspunkt är att socialnämnden inte ska belastas med en mer omfattande utredningsskyldighet än nödvändigt. Den utredning som görs måste samtidigt kunna ligga till grund för ett ställ-

ningstagande i frågan om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda eller inte.

Det som anges om socialnämndens skyldigheter i 2 kap. 1 och 8 a §§ FB bör i tillämpliga delar gälla även när ett barn har tillkommit genom assisterad befruktning för en ensamstående kvinna. Socialnämnden bör alltså även i dessa fall inleda en faderskaps- eller föräldraskapsutredning. Valet av utredning styrs av de förhållanden som gäller när utredningen inleds. Om det i ett undantagsfall finns anledning att anta att en kvinna ska anses som förälder enligt 1 kap. 9 § FB, bör en föräldraskapsutredning inledas. I alla andra fall bör en faderskapsutredning inledas.

Om modern uppger att hon har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående enligt lagen om genetisk integritet m.m., bör dock utredningen – i vart fall inledningsvis – begränsas till att avse frågan om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda. Socialnämnden bör i sådana fall alltså försöka utreda om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., om hon vid behandlingen var att en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. I många fall torde det vara tillräckligt att socialnämnden inhämtar uppgifter från modern och att modern visar upp ett intyg eller liknande som visar att hon har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående inom den svenska hälso- och sjukvården samt att socialnämnden jämför dessa uppgifter med sina egna beräkningar av den beräknade konceptionstiden. Ett alternativ till intyg eller liknande kan vara att socialnämnden, med moderns samtycke, själv inhämtar information från aktuell sjukvårdsinrättning. Att det normalt inte brukar vara några problem att inhämta behövlig information i utredningar efter en assisterad befruktning, har bekräftats vid ett möte med företrädare för Familjerättsbyrån i Malmö i december 2013.

Om socialnämnden kommer fram till att förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda, behöver det inte fastställas något faderskap eller föräldraskap. Socialnämnden ska då naturligtvis kunna lägga ner utredningen. Om förutsättningarna däremot inte är uppfyllda, bör en fullständig faderskaps- eller föräldraskapsutredning genomföras. En sådan utredning bör t.ex. göras när det är oklart om ett barn har tillkommit genom en viss behandling eller om barnet har tillkommit på något annat sätt.

Reglerna om socialnämndens möjligheter att lägga ner en påbörjad utredning är inte direkt tillämpliga på den situation som kan uppkomma i dessa fall. Reglerna, som finns i 2 kap. 7 § FB, innebär dessutom bara att socialnämnden under vissa förutsättningar *får* lägga ner en påbörjad utredning. Lagrummet bör kompletteras med en bestämmelse som innebär att socialnämnden *ska* lägga ner en utredning om ovan angivna förutsättningar är uppfyllda. Socialnämnden *ska* alltså lägga ner en utredning om modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen. Vi återkommer i nästa avsnitt till var denna bestämmelse bör placeras och övergår nu till att behandla de övriga regler som ska gälla för nämndens arbete.

Vår bedömning är att övriga regler i 2 kap. FB bör gälla även i dessa fall, om än i tillämpliga delar. Utredningen bör således genomföras av socialnämnden i den kommun där barnet är folkbokfört (2 kap. 2 § FB). Om förhållandena ändras under utredningen, bör reglerna i 2 kap. 3 § tillämpas. Dessa regler innebär att socialnämnden vid ändrade förhållanden normalt är skyldig att slutföra sin uppgift, men också att socialnämnden i vissa fall kan flytta över ärendet till socialnämnden i en annan kommun. När det gäller själva utredningsarbetet, bör bestämmelserna i 2 kap. 4 och 8 §§ gälla i tillämpliga delar. Socialnämnden bör alltså i sin utredning inhämta upplysningar från modern och andra personer som kan lämna uppgifter av betydelse för utredningen samt föra protokoll över det som framkommer vid utredningen. Utredningen bör också bedrivas skyndsamt och normalt vara slutförd inom ett år från barnets födelse. Det som anges i 2 kap. 2–4 och 8 §§ FB gäller också i föräldraskapsutredningar (2 kap. 8 a § andra stycket FB).

De regler som då kvarstår i 2 kap. FB är reglerna i 5, 6 och 9 §§. Reglerna i 2 kap. 5 § FB innebär att socialnämnden, om faderskapsfrågan kan bedömas med tillräcklig säkerhet på grund av nämndens utredning, bör ge den som antas vara far till barnet en möjlighet att bekräfta faderskapet. Detsamma gäller för en kvinna som antas vara barnets förälder enligt 1 kap. 9 § FB (2 kap. 8 a § andra stycket FB). Dessa regler blir naturligtvis inte tillämpliga om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. Någon uttrycklig bestämmelse om detta behövs inte. Reglerna i 2 kap. 6 och 9 §§ FB kan däremot bli tillämpliga även i dessa utredningar, i vart fall i vissa delar. Detta är

en konsekvens av att faderskapspresumtionen gäller även vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Enligt 2 kap. 9 § FB ska socialnämnden, trots att det gäller en faderskapspresumtion enligt 1 kap. 1 § FB, under vissa förutsättningar utreda om någon annan man kan vara far till barnet eller om en kvinna ska anses som barnets förälder enligt 1 kap. 9 § FB. En första förutsättning är, som tidigare nämnts, att barnet står under någons vårdnad och har hemvist i Sverige. En andra förutsättning är att vårdnadshavarna, någon av vårdnadshavarna eller mannen begär det. En tredje förutsättning är att det är lämpligt att göra en sådan utredning som avses i lagrummet. Reglerna i 2 kap. 9 § FB kan bli tillämpliga om en kvinna genomgår en assisterad befruktning som ensamstående och sedan gifter sig med en man före barnets födelse. Om mannen begär att det genomförs en utredning enligt 2 kap. 9 § FB, ska socialnämnden – med nuvarande reglering och om nämnden anser det lämpligt – utreda om t.ex. någon annan man kan vara far till barnet. Om mannen dessutom begär att en blodundersökning äger rum beträffande modern, barnet och honom själv, kan även 2 kap. 6 § FB bli tillämplig. Socialnämnden bör enligt det senare lagrummet verka för att en sådan undersökning äger rum. En utredning som påbörjas med stöd av 2 kap. 9 § andra stycket FB får läggas ner under de förutsättningar som anges i 2 kap. 7 § första stycket 1 eller 4 FB, eller om det annars är lämpligt.

Vår uppfattning är att även en utredning enligt 2 kap. 9 § FB ska läggas ner om förutsättningar i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. Bestämmelserna i 2 kap. 9 § andra stycket FB bör därför kompletteras med en bestämmelse som innebär att en utredning ska läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda.

Reglerna i 2 kap. 6 § FB kan behöva tillämpas även i andra fall, t.ex. för att utesluta en tänkbar man som barnets far eller för att utreda det genetiska sambandet mellan barnet och spermiegivaren. Att 2 kap. 6 § FB inte ska tillämpas vid en utredning av en kvinnas föräldraskap framgår av bestämmelserna i 2 kap. 8 a § andra stycket och 9 § andra stycket FB.

Vi anser alltså sammanfattningsvis att nuvarande regler i 2 kap. FB bör gälla även i dessa fall, om än i tillämpliga delar. Reglerna bör dock kompletteras med en bestämmelse som innebär att en faderskaps- eller föräldraskapsutredning alltid ska läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda. Socialnämndens beslut att lägga ner en utredning eller beslut att inte påbörja en utredning enligt 2 kap. 9 § FB bör, på samma sätt som i andra fall, kunna

överklagas till länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol och prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten (2 kap. 7 § andra stycket, 8 a § andra stycket och 9 § tredje stycket FB).

Regleringens utformning

Regler om socialnämndens möjligheter att lägga ner en faderskapsutredning finns som sagt i 2 kap. 7 § och 9 § andra stycket FB. Reglerna i 2 kap. 7 § FB tillämpas även i föräldraskapsutredningar (2 kap. 8 a § andra stycket FB).

Vi har i föregående avsnitt kommit fram till att aktuella regler bör kompletteras med en bestämmelse som innebär att socialnämnden *ska* lägga ner en utredning om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. För att tydligt markera skillnaden mellan de nuvarande bestämmelserna och den nya bestämmelsen och samtidigt betona att den nya bestämmelsen utgör ett undantag från det som annars gäller, föreslår vi att bestämmelsen tas in som ett nytt andra stycke i 2 kap. 7 § FB. Det nuvarande andra stycket, vilket handlar om överklagande, blir då tredje stycket i samma lagrum. Några följdändringar i andra författningar behöver inte göras med anledning av detta. I 2 kap. 8 a § FB finns det redan en hänvisning till 2 kap. 7 § FB. Någon ändring behöver därför inte göras i det förstnämnda lagrummet. En ändring behöver däremot göras i 2 kap. 9 § andra stycket FB. Det bör där tas in en bestämmelse som i sak motsvarar den bestämmelse som förs in i 2 kap. 7 § andra stycket FB. Vi föreslår också att det görs en omflyttning av vissa meningar i 2 kap. 9 § andra stycket FB. Omflyttningen innebär att de meningar som handlar om utredningen, dvs. första och sista meningen, placeras först i stycket och att de meningar som handlar om nämndens möjligheter att lägga ner en utredning placeras sist i stycket.

Mer detaljerade föreskrifter om fastställande av faderskap eller föräldraskap finns, som tidigare nämnts, i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av faderskap (SOSFS 2011:2) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om utredning och fastställande av föräldraskap (SOSFS 2011:3) samt i handboken *Att fastställa faderskap* (Socialstyrelsen 2005). Vi utgår från att Socialstyrelsen reviderar dessa eller utarbetar särskilda föreskrifter och allmänna råd för den

utredning som ska göras i sådana fall där en kvinna uppger att hon har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående enligt lagen om genetisk integritet m.m. eller där det av andra skäl finns anledning att anta att så är fallet.

7.5 Andra nödvändiga följdändringar

7.5.1 Inledning

Vi har gått igenom en stor mängd författningar för att undersöka om införandet av en möjlighet till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor i lagen om genetisk integritet m.m. och de nödvändiga följdändringarna i föräldrabalken föranleder några ytterligare sådana följdändringar. Att andra typer av ändringar kan behöva göras i vårt slutbetänkande har nämnts i ett tidigare avsnitt. Genomgången har bl.a. innefattat författningar som innehåller orden eller uttrycken ”insemination”, ”befruktning utanför kroppen”, ”genetisk integritet”, ”faderskap”, ”föräldraskap”, ”moder”, ”fader”, ”mor”, ”far” eller ”förälder”.

Resultatet av vår genomgång visar att det bara är i två författningar som det kan behöva göras nödvändiga följdändringar. Författningarna är ärvdabalken (1958:637), ÄB, och socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB. Att antalet författningar är få har sannolikt sin förklaring i att det redan i dag förekommer att ensamstående kvinnor föder barn och att det numera är relativt vanligt med familjer i vilka det bara finns en rättslig förälder. De nuvarande regleringarna är således till stor del redan anpassade till dessa förhållanden.

Vi ska i de följande avsnitten redogöra för de relevanta regleringarna i de två ovan nämnda författningarna, de omständigheter som gör att författningarna kan behöva ändras och vår bedömning. Vi inleder med att behandla regleringen i ärvdabalken.

7.5.2 Ärvdabalken

Vår bedömning: Det förhållandet att man vid assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård inte kan fastställa faderskapet för en spermiegivare genom dom (se 1 kap. 5 § andra stycket föräldrabalken), måste vara styrande vid tillämpningen av ärvdabalken och innebära att man i ett mål om arv efter barnet eller spermiegivaren inte kan nå framgång vid en prejudiciell prövning av faderskapet (jfr bl.a. 16 kap. 3 a § ärvdabalken). Bedömningen innebär att det inte behöver göras någon ändring i ärvdabalken.

Nuvarande reglering

I 1 kap. ÄB regleras de allmänna förutsättningarna för arvsrätt och i 2 kap. ÄB regleras den svenska legala arvsordningen, dvs. den ordning som gäller för släktingars rätt till arv. Ordningen bygger på tre viktiga principer, nämligen parentelprincipen, stirpalgrundsatsen och istadarätten.

Parentelprincipen innebär att den avlidnes släktingar delas in i grupper eller parenteler med företräde i viss ordning. Den första parentelen innehåller den avlidnes arvingar i rätt nedstigande led, dvs. hans eller hennes biologiska barn (bröstarvingar). Adoptivbarn och barn som har tillkommit genom assisterad befruktning jämföras i ärvdabalken med biologiska barn. Den andra parentelen innehåller den avlidnes släktingar i uppstigande led, bl.a. föräldrar och syskon, och den tredje parentelen innehåller den avlidnes far- och morföräldrar samt deras barn. I den tredje parentelen har gränsen satts så att kusiner inte har arvsrätt. Den första parentelen har i arvsrättsligt hänseende företräde framför den andra parentelen, vilken i sin tur har företräde framför den tredje parentelen.

Den andra principen, stirpalgrundsatsen, innebär att var och en inom respektive parentel tar lika lott, medan den tredje principen, istadarätten, innebär en rätt för ett barn att träda i en avlidens förälders ställe. Om ett barns föräldrar har avlidit, har barnet alltså rätt till det arv som annars skulle ha tillkommit föräldrarna.

Om den avlidne var gift, gäller bestämmelserna i 3 kap. ÄB. Bestämmelserna innebär att den efterlevande maken eller maken har en legal arvsrätt som går före de gemensamma bröstarvingarnas arvsrätt. Med gemensamma bröstarvingar avses här makarnas

gemensamma avkomlingar i rätt nedstigande led, t.ex. deras gemensamma barn. De gemensamma bröstarringarna blir i dessa fall efterarvingar, och kan först efter den efterlevande makens död få ut sitt arv efter den först avlidne maken (3 kap. 2 § ÄB).

Ett barn har rätt till arv efter sina föräldrar och vice versa. Rätten till arv regleras i ärvdabalken, medan det rättsliga föräldraskapet regleras i föräldrabalken. En rätt till arv kan finnas även i sådana fall där faderskapet eller föräldraskapet inte har fastställts vid faderns, föräldrarnas eller barnets bortgång. Frågan om faderskap eller föräldraskap kan då nämligen prövas förutsättningsvis (prejudiciellt) i ett mål om rätt till arv (se bl.a. prop. 1976/77:32 s. 17 f.). En prejudiciell prövning av faderskapet eller föräldraskapet innebär att släktskapet klarläggs som en förutsättning för en viss rättsföljd, nämligen rätten till arv, utan att familjerättslig status i övrigt slås fast. Prövningen får bara betydelse i det aktuella målet och innebär alltså inte ett mot alla gällande avgörande om rättslig status. Ett intresse för en prejudiciell prövning kan förväntas uppkomma när det inte har fastställts något faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. FB. Ett enligt svensk lag fastställt faderskap eller föräldraskap anses nämligen konstituerande för barnets rättsliga status och är således bindande mot alla.²¹ Ett barn kan alltså välja mellan att väcka en talan om fastställande av faderskap (enligt reglerna i föräldrabalken) eller begära att frågan om faderskap prövas prejudiciellt i ett mål om arv efter fadern. Detsamma gäller i fråga om föräldraskap. Den som anser sig vara barnets far eller förälder har däremot ingen självständig möjlighet att väcka talan om fastställande av faderskap respektive föräldraskap. För honom eller henne finns det således bara ett alternativ, nämligen att begära en prejudiciell prövning av frågan i ett mål om arv efter barnet.

Om det vid en persons död inte har fastställts något faderskap för honom eller henne och fadern är okänd för annan dödsbodelägare, bouppteckningsman eller den som sitter i dödsboet, ska den som vill grunda arvsrätt på faderskapet göra sin rätt gällande inom tre månader från dödsfallet eller, om bouppteckningen förrättas senare, senast vid bouppteckningen. Denna preskriptionsregel finns i 16 kap. 3 a § ÄB. Regeln tillämpas även i fråga om föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB (16 kap. 3 a § andra stycket ÄB). Om

²¹ Singer, *Föräldraskap i rättslig belysning* (2000) s. 413 f. och 510 f.

fadern eller föräldern är känd för t.ex. en annan dödsbodeläggare, gäller i stället den tioåriga preskriptionstiden i 16 kap. 4 § ÄB.

Vi har tidigare kommit fram till att det vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor normalt inte ska behöva fastställas något faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB (se vårt förslag till 1 kap. 3 a § FB). Detta innebär att ett barn som har kommit till på detta sätt normalt inte kommer att ha mer än en rättslig förälder, nämligen modern. Hur förhåller sig detta till reglerna om rätt till arv? Kan spermiegivaren i ett mål om arv efter barnet vinna framgång med en begäran om prejudiciell prövning av faderskapet? Vad ska gälla i den omvända situationen, dvs. när barnet i ett mål om arv efter spermiegivaren gör gällande att spermiegivaren är hans eller hennes far? Vi ska i det följande redogöra för vår bedömning i dessa frågor.

Det behöver inte göras någon ändring i ärvdabalken

Om ett barn har kommit till genom en assisterad befruktning med donerade spermier enligt 6 kap. eller 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m., finns det ingen möjlighet att genom dom fastställa spermiegivaren som barnets far (1 kap. 5 § andra stycket FB). Vi har tidigare i betänkandet förslagit att detta ska gälla också vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Innehållet i 1 kap. 5 § andra stycket FB måste rimligen vara styrande vid tillämpningen av andra författningar, bl.a. ärvdabalken, eller, om så följer av i Sverige gällande internationellt privaträttsliga bestämmelser, vid tillämpning i Sverige av utländsk lag. Detta innebär enligt vår mening följande.

Om faderskapet för en spermiegivare har fastställts genom bekräftelse, är spermiegivaren barnets rättsliga far. Spermiegivaren har då givetvis en rätt till arv efter barnet och vice versa. Om spermiegivaren inte har bekräftat faderskapet, är han däremot inte att anse som barnets rättsliga far. Det förhållandet att man i ett sådant fall inte kan fastställa faderskapet genom dom, måste vara styrande för möjligheten att i ett mål om arv vinna framgång vid en prejudiciell prövning av faderskapet. Regleringen i föräldrabalken måste alltså vara styrande vid tillämpningen av ärvdabalken och innebära att varken barnet, spermiegivaren eller deras arvingar kan nå framgång vid en sådan prövning. En annan ordning skulle inte bara strida mot den centrala regleringen om föräldraskap i föräldrabalken utan

också innebära ett kringgående av den regleringen. En annan ordning skulle dessutom framstå som orimlig.

Vår slutsats blir således att barnet, spermiegivaren och deras arvingar i dessa fall inte bör kunna nå framgång vid en prejudiciell prövning av faderskapet i ett mål om arv efter den andre. Något behov av ändringar i ärvdabalken finns därför inte.

7.5.3 Socialförsäkringsbalken

Vår bedömning: Den nuvarande ordningen måste innebära att den s.k. spärregeln i 18 kap. 8 § socialförsäkringsbalken inte kan tillämpas i sådana fall där man, trots moderns underlåtenhet att medverka, kommer fram till att förutsättningarna i 1 kap. 3 a § föräldrabalken är uppfyllda och att något faderskap eller föräldraskap således inte behöver fastställas. Det behöver därför inte göras någon ändring i socialförsäkringsbalken.

Nuvarande reglering

Föräldrar ska svara för sina barns underhåll och denna underhållsskyldighet gäller normalt till dess att barnen fyller 18 år (7 kap. 1 § FB). Om barnet bor hos en förälder och den andra föräldern t.ex. inte betalar något underhållsbidrag till barnet, kan boföräldern ansöka om underhållsstöd. Detsamma gäller om barnet bara har en rättslig förälder. Bestämmelser om underhållsstöd finns i 17–19 kap. SFB. Underhållsstöd lämnas normalt till dess att barnet fyller 18 år och med högst 1 273 kr per månad. Om det finns en underhållsskyldig förälder, kan han eller hon bli skyldig att återbetala hela eller delar av det stöd som har lämnats till barnet.

I 18 kap. 8–12 §§ SFB finns det bestämmelser om undantag från rätten till underhållsstöd. Vi begränsar oss här till att behandla bestämmelserna i 18 kap. 8 § SFB, där det anges följande. Underhållsstöd ska inte lämnas om barnets mor är boförälder och hon uppenbarligen utan giltigt skäl låter bli att vidta eller medverka till åtgärder för att få faderskapet eller föräldraskapet enligt föräldrabalken fastställt. Enligt förarbetena syftar denna spärregel till att förhindra uppenbara missbruk av förmånen. Regeln ska således

bara tillämpas i undantagsfall (prop. 1975/76:116 s. 31 och SoU 1975/76:37 s. 18).²²

En fråga som utredningen måste ta ställning till är om spärregeln i 18 kap. 8 § SFB behöver ändras till följd av här föreslagna ändringar i föräldrabalken (se avsnitt 7.4). Vi ska i det följande redogöra för vår bedömning i denna fråga.

Det behövs ingen ändring i socialförsäkringsbalken

Den föreslagna regleringen i föräldrabalken innebär att ett faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB inte behöver fastställas om modern har genomgått en assisterad befruktning enligt lagen om genetisk integritet m.m., hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen (vårt förslag till 1 kap. 3 a § FB). Regleringen innebär också att socialnämnden ska lägga ner en påbörjad faderskaps- eller föräldraskapsutredning om dessa förutsättningar är uppfyllda (se bl.a. vårt förslag till 2 kap. 7 § andra stycket FB). Om förutsättningarna inte är uppfyllda, ska socialnämnden däremot göra en fullständig faderskaps- eller föräldraskapsutredning. Vilka konsekvenser uppkommer om modern inte medverkar i socialnämndens utredning?

Det kan i undantagsfall förekomma att socialnämnden, trots moderns underlåtenhet att medverka, gör bedömningen att förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. Våra förslag innebär att socialnämnden då ska lägga ner den påbörjade utredningen. Eftersom det i ett sådant fall inte behöver fastställas något faderskap eller föräldraskap, blir 18 kap. 8 § SFB inte tillämplig. Moderns underlåtenhet att medverka torde dock oftast innebära att socialnämnden måste lägga ner utredningen med stöd av t.ex. 2 kap. 7 § första stycket 1 FB, dvs. på grund av att det visar sig vara omöjligt att få erforderliga upplysningar för bedömning av faderskaps- eller föräldraskapsfrågan. I detta fall bör vanliga regler gälla. Utredningen har då nämligen inte lagts ner på grund av att faderskap eller föräldraskap inte behöver fastställas. I ett sådant fall bör det alltså

²² Regeringsrätten (nu Högsta förvaltningsdomstolen) har i rättsfallet RÅ 2002 ref. 3 prövat om spärregeln kunde tillämpas i ett sådant fall där en ensamstående kvinna har genomgått en insemination i Danmark med anonym donator. Domstolen kom fram till att spärregeln inte kunde tillämpas.

vara möjligt att tillämpa spärregeln i 18 kap. 8 § SFB. Det bör samtidigt tilläggas följande. Om det, mot all förmodan, först senare, t.ex. i ett mål om spärregelns tillämplighet, skulle visa sig att förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda, måste utgången dock bli den att spärregeln inte kan tillämpas. Syftet med spärregeln, dvs. att utgöra ett påtryckningsmedel för att få faderskapet eller föräldraskapet fastställt, är då nämligen inte möjligt att tillgodose.

Den nuvarande ordningen måste således innebära att spärregeln i 18 kap. 8 § SFB inte kan tillämpas i sådana fall där man, trots moderns underlåtenhet att medverka, kommer fram till att förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. Detta är en rimlig ordning. En underlåtenhet att medverka kan i dessa fall nämligen aldrig anses innefatta ett missbruk av förmånen. Regleringen i 18 kap. 8 § SFB behöver därför inte ändras.

8 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Våra förslag: De föreslagna författningsändringarna träder i kraft den 1 juli 2015.

I lagen om genetisk integritet m.m. införs det en övergångsbestämmelse som innebär att spermier som har donerats före de nya bestämmelsernas ikraftträdande inte utan skriftligt samtycke från donatorn får användas vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

De föreslagna ändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Med beaktande av den tid som beräknas åtgå för bl.a. remittering och beredning inom Regeringskansliet, föreslår vi att ändringarna träder i kraft den 1 juli 2015.

Våra förslag innebär att en ny grupp av personer, nämligen ensamstående kvinnor, får tillgång till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* (Smer 2013:1) förordat att spermier som donerats före regleringens ikraftträdande bara bör kunna användas vid behandling av ensamstående kvinnor om ett förnyat samtycke har inhämtats från spermiegivarna. För detta talar främst att det tidigare lämnade samtycket har lämnats under andra premisser. Den inom vården gällande principen om krav på informerat samtycke talar då för att donatorn bör ges möjlighet att förnya eller ta tillbaka sitt samtycke. Det finns dock även skäl som talar mot en sådan ordning. Ett sådant skäl är att man vid införandet av möjligheten till assisterad befruktning för samkönade par inte hade några sådana föreskrifter. Ett annat skäl är att ordningen skulle innebära ett visst merarbete för de berörda sjukvårdsinrättningarna.

Vår uppfattning är att principen om krav på informerat samtycke är central inom hälso- och sjukvården och att den bör tillmätas stor vikt. Med hänsyn till denna princip, bör spermier som har donerats före de nya reglernas ikraftträdande inte kunna användas vid behandling av ensamstående kvinnor. Undantag bör gälla om en spermiegivare skriftligen har samtyckt till att hans tidigare donerade spermier får användas även i sådana fall. Donatorn kan själv ta initiativ till det. Man kan också tänka sig att en vårdgivare tar kontakt med tidigare donatorer, informerar dem om förändringarna och efterfrågar ett nytt skriftligt samtycke från dem.¹ Ordningen tillgodoser principen om krav på informerat samtycke och ger samtidigt vårdgivarna en möjlighet att, om principen tillgodoses, använda även tidigare donerad sperma.

Med hänsyn till det anförda föreslår vi att det införs en övergångsbestämmelse som innebär att spermier som har donerats före de nya bestämmelserna ikraftträdande inte utan skriftligt samtycke från donatorn får användas vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

¹ Enligt uppgift från Reproduktionsmedicinskt centrum i Malmö gjordes där ett utskick till samtliga donatorer i samband med att samkönade par gavs möjlighet till assisterad befruktning.

9 Konsekvenser

9.1 Inledning

Våra förslag innebär att ensamstående kvinnor ges möjlighet att genomgå assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Förslagen kan få ekonomiska och andra konsekvenser för landstingen och de sjukvårdsinrättningar som i dag genomför behandlingar med donerade spermier. Förslagen kan också få konsekvenser för t.ex. socialnämnderna och olika myndigheter samt för de ensamstående kvinnorna och de blivande barnen. Vi ska i detta avsnitt redovisa våra överväganden när det gäller konsekvenserna.

Vi kommer att följa de bestämmelser om kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar som finns i 14–16 §§ kommittéförordningen (1998:1474). I enlighet med våra direktiv kommer vi också att redovisa tänkbara konsekvenser för barn.

Förslagets konsekvenser styrs till stor del av hur många kvinnor som kan tänkas vilja genomgå en assisterad befruktning som ensamstående inom svensk hälso- och sjukvård och av hur många sådana behandlingar som kan komma att utföras när de nya reglerna träder i kraft. Den fortsatta framställningen inleds därför med en beräkning och uppskattning i dessa avseenden. Efter det redovisar vi i skilda avsnitt våra överväganden när det gäller konsekvenserna för hälso- och sjukvården, socialnämnderna samt för andra myndigheter och domstolarna. Kapitlet avslutas med en bedömning av konsekvenserna för de ensamstående kvinnorna och deras barn, jämställdheten mellan kvinnor och män samt andra konsekvenser.

9.2 Antalet kvinnor och behandlingar

Våra bedömningar: Antalet ensamstående kvinnor som kan tänkas vilja genomgå en assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård under det första året efter reglernas ikraftträdande uppskattas till 1 500–2 000. Antalet behandlingar som behöver utföras för att fullt ut tillgodose den ökade efterfrågan uppskattas till 3 700–5 000. Av behandlingarna uppskattas 3 000–4 000 vara inseminationsbehandlingar och 750–1 000 vara IVF-behandlingar.

9.2.1 Beräkningsmodeller

Det finns ingen statistik om hur många svenska ensamstående kvinnor som i dag genomgår behandlingar i utlandet eller om hur många behandlingar dessa kvinnor genomgår. Det finns inte heller någon statistik om hur många kvinnor som skulle vilja genomgå en behandling när möjligheten införs i Sverige. För att undersöka det senare hade man behövt genomföra en enkätstudie som riktar sig till alla de ensamstående kvinnor i Sverige som är i barnafödande ålder. En sådan studie har inte efterfrågats och hade inte heller varit möjlig att genomföra inom ramen för arbetet med detta delbetänkande. Det sagda innebär att våra bedömningar av antalet kvinnor och behandlingar måste baseras på de få uppgifter som finns att tillgå samt resultera i uppskattningar.

Vi har använt olika modeller för att ta fram ett underlag som kan användas för våra uppskattningar. Vi ska i de kommande avsnitten behandla de två modeller som, enligt vår mening, ger de mest användbara resultaten. Den första modellen har använts för att beräkna hur många ensamstående kvinnor som kan tänkas vilja genomgå en assisterad befruktning när möjligheten införs i Sverige. Den andra modellen har använts för att beräkna hur många behandlingar som kan komma att utföras på ensamstående kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård.

9.2.2 Antalet kvinnor

I både Danmark och Finland är det möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå en assisterad befruktning. Vi har från dessa grannländer efterfrågat uppgifter om hur många kvinnor med hemvist i respektive land som årligen genomgår en assisterad befruktning som ensamstående. Vi har också tagit fram uppgifter om folkmängden och antalet kvinnor i Sverige, Danmark och Finland.

Varken Danmark eller Finland har kunnat presentera någon statistik om antalet kvinnor som där genomgår en assisterad befruktning som ensamstående. Från Danmark har vi bara fått en uppskattning av det årliga antalet kvinnor med bosättning i Danmark som där genomgår en assisterad befruktning utan manlig partner. Enligt uppgiften, som således också innefattar kvinnor i samkönade par, uppgår antalet till cirka 1 900.¹ Från Finland har vi fått en uppgift om att det där är cirka 200 kvinnor per år som genomgår en assisterad befruktning som ensamstående. Även denna uppgift baseras på en uppskattning och det är inte helt klarlagt om antalet bara innefattar kvinnor med hemvist i Finland eller om det också innefattar andra kvinnor som genomgår en behandling i Finland.² Vi har trots detta, och i avsaknad av mer tillförlitliga uppgifter, valt att använda uppgifterna vid våra beräkningar av hur många kvinnor som kan tänkas vilja genomgå en assisterad befruktning som ensamstående när möjligheten införs i Sverige.

Andelen kvinnor av befolkningen är i stort sett densamma i Danmark, Finland och Sverige. Även i andra avseenden finns det stora likheter mellan dessa nordiska länder. Sverige har dock en större folkmängd än både Danmark och Finland. Under år 2013 uppgick den preliminära folkmängden i Sverige till drygt 9,6 miljoner, i Danmark till cirka 5,6 miljoner och i Finland till cirka 5,4 miljoner. Om man utgår från att det varje år är cirka 950 kvinnor med hemvist i Danmark som genomgår en assisterad befruktning som ensamstående (dvs. hälften av 1 900) och att andelen kvinnor som vill genomgå en assisterad befruktning som ensamstående är lika stor i Danmark och Sverige, skulle det årliga antalet kvinnor som vill genomgå en assisterad befruktning i Sverige – efter beaktande av skillnaden i folkmängd – uppgå till

¹ Uppgift från Dansk Fertilitetsselskab den 14 januari 2014.

² Uppgift på s. 24 i det finländska betänkandet *Revidering av lagen om faderskap* (bet. 56/2013). Betänkandet har utarbetats av arbetsgruppen för revidering av lagen om faderskap.

drygt 1 600. Om man utgår från att uppgiften från Finland, dvs. uppgiften om cirka 200 kvinnor, bara avser kvinnor med hemvist i Finland och att andelen ensamstående kvinnor som vill genomgå en assisterad befruktning i hemlandet är lika stor i Finland och Sverige, skulle motsvarande antal – efter beaktande av skillnaden i folkmängd – uppgå till cirka 350. Vi återkommer i avsnitt 9.2.5 till hur vi ser på här framräknade antal och vår uppskattning av antalet kvinnor.

9.2.3 Antalet behandlingar

I denna del har vi inhämtat uppgifter från fem sjukvårdsinrättningar i Danmark. Sjukvårdsinrättningarna är Storkkliniken i Köpenhamn, Dansk Fertilitetsklunik i Fredriksberg, Diers klinik i Århus, Vitanova i Köpenhamn och Gaia Graviditetsklunik i Hobro. Vi också inhämtat uppgifter från föreningen Femmis. Med dessa uppgifter som underlag har vi sedan gjort en beräkning av det ungefärliga antalet behandlingar som under år 2013 genomfördes på svenska ensamstående kvinnor i utlandet.

Uppgifterna från de danska sjukvårdsinrättningarna visar följande. Vid Storkkliniken uppgick antalet behandlingar av svenska ensamstående kvinnor under år 2013 till sammanlagt 1 078. Av dessa var 861 inseminationsbehandlingar och 217 IVF-behandlingar. Vid de andra fyra sjukvårdsinrättningarna uppgick antalet behandlingar av svenska ensamstående kvinnor samma år till sammanlagt 519. Av dessa var 435 inseminationsbehandlingar och 84 IVF-behandlingar.

Uppgifterna från Femmis grundar sig på en av Femmis och TNS-Sifo genomförd medlemsundersökning under hösten 2013.³ I undersökningen fick 540 medlemmar svara på frågan ”Till vilket eller vilka länder har du åkt för att planera/förbereda och få assisterad befruktning?”. Resultatet visade att cirka 84 procent hade åkt till Danmark, att cirka 11 procent hade åkt till Finland, att cirka 9 procent hade åkt till Lettland eller Estland och att cirka 9 procent hade åkt till Ryssland, Polen, Spanien eller något annat land. Andelen respondenter som inte hade åkt till något land uppgick till cirka 8 procent och andelen respondenter som inte

³ Undersökningen har beskrivits närmare i avsnitt 7.3.4.

svarade på frågan uppgick till cirka 1 procent.⁴ Eftersom medlemmarna kunde markera ett land eller flera länder, blir en summering av procentsiffrorna högre än 100. Resultatet innebär således att cirka 84 procent hade genomgått en assisterad befruktning i bl.a. Danmark. Det är visserligen oklart om dessa kvinnor har genomgått behandlingen vid någon av de sjukvårdsinrättningar som vi har inhämtat uppgifter från eller om de har gjort det vid en annan sjukvårdsinrättning i Danmark. Våra erfarenheter under arbetets gång tyder samtidigt på att många svenska ensamstående kvinnor verkar genomgå behandlingen vid Storkkliniken eller vid någon av de andra fyra tillfrågade sjukvårdsinrättningarna.

Om man utgår från att cirka 80 procent av de svenska ensamstående kvinnor som under år 2013 har genomgått en assisterad befruktning i utlandet också har gjort det vid någon av de fem danska sjukvårdsinrättningarna, uppgår det totala antalet behandlingar av svenska ensamstående kvinnor i utlandet under samma år till cirka 2 000. Om man dessutom använder den fördelning mellan inseminations- och IVF-behandlingar som gällde vid Storkkliniken under år 2013, var cirka 1 600 av behandlingarna inseminationsbehandlingar och cirka 400 IVF-behandlingar.

9.2.4 Faktorer som påverkar antalet kvinnor och behandlingar

Den svenska regleringen om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor kommer innebära att en kvinna inte kan använda spermier från en anonym donator eller donerade ägg. Kvinnor som vill använda spermier från en anonym donator eller som inte har fungerande ägg kommer därför även fortsättningsvis att behöva genomföra behandlingen i utlandet. Den svenska regleringen innebär också att en assisterad befruktning för ensamstående kvinnor normalt bara får utföras vid vissa sjukvårdsinrättningar (se 6 kap. 2 § och 7 kap. 4 § andra stycket lagen [2006:351] om genetisk integritet m.m.). Inseminationsbehandlingar med donerade spermier får normalt bara utföras vid offentligt finansierade sjukhus och IVF-behandlingar med donerade spermier får bara utföras vid s.k. universitetssjukhus. Begränsningarna i fråga om var behandlingarna får utföras kan möjligen leda till köer inom den svenska hälso- och sjukvården och innebära att en del kvinnor, på grund av köerna,

⁴ Medlemsundersökning Femmis, Presentation av undersökningsresultat, november 2013.

väljer att genomföra behandlingen i utlandet. Det finns även andra omständigheter som kan påverka antalet kvinnor och behandlingar i sänkande riktning. Som exempel på sådana omständigheter kan nämnas landstingens tillgång till donerade spermier samt landstingens regler om antalet kostnadsfria behandlingar och om åldersgränserna för behandling. Som ytterligare exempel kan nämnas de begränsningar som finns när det gäller möjligheten att välja en donator med mer specifika karakteristika.

Det finns samtidigt omständigheter som kan påverka antalet kvinnor och behandlingar i höjande riktning, i vart fall inledningsvis. I Danmark kunde man konstatera en ”topp” i antalet sökande under de år som följde efter att ensamstående kvinnor år 2007 gavs möjlighet till assisterad befruktning inom den offentliga sjukvården. Denna ”topp” uppstod trots att det redan före regleringens införande var möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå inseminationsbehandlingar vid privata sjukvårdsinrättningar i Danmark.⁵ När möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor införs i Sverige, kan man tänka sig en liknande effekt, och kanske en ännu mer kraftfull sådan. Det senare beror i så fall på att det vid regleringens införande inte finns någon möjlighet för ensamstående kvinnor att genom en privat behandling i Sverige få barn på detta sätt. En annan omständighet som kan påverka är att det vid regleringens införande har gått en relativt lång tid sedan riksdagen år 2011 uttalade att möjligheten ska införas. Det kan därför finnas en hel del kvinnor som har väntat på att möjligheten ska införas i Sverige och som, i avvaktan på detta, har valt att inte genomgå en behandling i utlandet. Det finns troligen också kvinnor som av andra skäl, t.ex. kostnadsskäl, inte har kunnat eller velat genomgå en assisterad befruktning i utlandet, men som nu vill genomgå en behandling i Sverige och inom svensk hälso- och sjukvård.

9.2.5 Våra bedömningar och uppskattningar

Beräkningarna i tidigare avsnitt innebär att antalet kvinnor som vill genomgå en assisterad befruktning som ensamstående inom svensk hälso- och sjukvård kan uppgå till 350–1 600 per år och att det totala antalet behandlingar av svenska ensamstående kvinnor i utlandet under år 2013 uppgick till cirka 2 000. Relationen mellan det

⁵ Uppgifter vid besök på Rigshospitalet den 20 november 2013.

framräknade antalet kvinnor och behandlingar visar att antalet kvinnor bör vara högre än 350. Enligt Femmis medlemsundersökning uppgick nämligen det genomsnittliga antalet inseminationsbehandlingar per kvinna till cirka 3,3 och det genomsnittliga antalet IVF-behandlingar per kvinna till cirka 1,2. Om man dividerar antalet behandlingar i utlandet med det genomsnittliga antalet försök per kvinna, blir antalet kvinnor i stället cirka 800. Även detta antal är dock lägre än 1 600. Det måste samtidigt framhållas att det senare antalet kvinnor baseras på uppskattningar från Danmark och på vår egen hypotes om att cirka hälften av de kvinnor med hemvist i Danmark som där genomgår en assisterad befruktning utan manlig partner också genomgår behandlingen som ensamstående. Till detta kommer naturligtvis de skillnader som finns mellan Sverige och Danmark när det gäller tillgången till och villkoren för en assisterad befruktning. Det anförda innebär att inte heller antalet 1 600 bör läggas till grund för våra uppskattningar.

Vår bedömning är att uppskattningarna i stället bör baseras på det totala antalet behandlingar av svenska ensamstående kvinnor i utlandet under år 2013. Beräkningen av det senare antalet innehåller nämligen inte lika många osäkerhetsmoment som beräkningarna av antalet kvinnor och bör därför ge en mer rättvisande bild. Vi kommer således fortsättningsvis att utgå från att det under år 2013 genomfördes sammanlagt cirka 2 000 behandlingar av svenska ensamstående kvinnor i utlandet och att det var cirka 800 svenska ensamstående kvinnor som genomgick dessa behandlingar. Det är alltså dessa antal som vi baserar våra uppskattningar på.

Vår uppfattning är att de faktorer som kan påverka antalet kvinnor och behandlingar i sänkande riktning är lika relevanta som de faktorer som kan påverka motsvarande antal i höjande riktning. Med hänsyn till den utveckling som skedde i Danmark, dvs. den ”topp” i antalet sökande som uppstod, när ensamstående kvinnor gavs möjlighet till assisterad befruktning inom den offentliga sjukvården och att det troligen finns en hel del kvinnor som nu har väntat relativt länge på att möjligheten ska införas i Sverige, bör man dock räkna med att antalet kvinnor och behandlingar, i vart fall inledningsvis, blir högre än 800 respektive 2 000. Vår bedömning blir därför att antalet ensamstående kvinnor som vill genomgå en assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård under det första året efter de nya reglernas ikraftträdande kan uppskattas till 1 500–2 000. Om den ökade efterfrågan på behandlingar tillgodoses fullt ut, kan ökningen av det totala antalet behandlingar

under samma tid uppskattas till 3 700–5 000. Av de tillkommande behandlingarna torde 3 000–4 000 vara inseminationsbehandlingar och 750–1 000 vara IVF-behandlingar.

Det bör tilläggas att även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har gjort en uppskattning av antalet kvinnor som kan tänkas vilja genomgå en behandling som ensamstående när möjligheten införs i Sverige. Enligt SKL kan det gissningsvis bli fråga om 5 000–6 000, kanske till och med 10 000, kvinnor per år. Det framgår dock inte hur SKL har kommit fram till dessa antal. Vi håller därför fast vid de uppskattningar som har gjorts i föregående stycke.

9.3 Konsekvenser för hälso- och sjukvården

Våra bedömningar: Förslagen kommer att innebära en ökad efterfrågan på assisterad befruktning med donerade spermier inom svensk hälso- och sjukvård. Om denna efterfrågan tillgodoses fullt ut, kan kostnadsökningen för hälso- och sjukvården uppskattas till 60–80 miljoner kronor och kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna uppskattas till 7–10 miljoner kronor.

Det blir, på samma sätt som vid tidigare författningsändringar på detta område, upp till varje landsting att bedöma hur tillgängliga resurser ska fördelas och att bestämma om möjligheten att få assisterad befruktning kan ske inom den befintliga verksamheten eller om denna typ av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna. Kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna bedöms vara marginell och den bör därför kunna hanteras med befintliga resurser och inom befintliga ramar.

Våra förslag medför, som tidigare nämnts, en ökad efterfrågan på assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Vi har i föregående avsnitt kommit fram till att denna efterfrågan motsvarar 3 000–4 000 inseminationsbehandlingar med donerade spermier och 750–1 000 IVF-behandlingar med donerade spermier.

Kostnaderna för inseminations- och IVF-behandlingar varierar mellan olika landsting och sjukvårdsinrättningar. Enligt uppgifter från SKL kan man räkna med att en IVF-behandling kostar 20 000–30 000 kronor och att en inseminationsbehandling kostar 7 000–12 000 kronor. Den genomsnittliga kostnaden för IVF- och inse-

minationsbehandlingar uppgår således till cirka 25 000 kronor respektive cirka 9 500 kronor. Till detta kommer en utredningskostnad om cirka 3 000 kronor per kvinna. Om den ökade efterfrågan på behandlingar tillgodoses fullt ut, skulle den sammanlagda kostnaden för assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård öka med 50–65 miljoner kronor.

I en rapport från SKL anges det att det under år 2010 genomfördes sammanlagt cirka 16 000 IVF-behandlingar inom svensk hälso- och sjukvård samt att en vanlig IVF-behandling då kostade 25 000–35 000 kronor.⁶ Den sammanlagda kostnaden för enbart IVF-behandlingar under år 2010 uppgick således till 400–560 miljoner kronor. Till denna kostnad kommer kostnaden för make- och givarinseminationer. Någon statistik om det totala antalet sådana inseminationer finns tyvärr inte. En jämförelse mellan kostnaden för assisterad befruktning under år 2010, inklusive den okända kostnaden för inseminationer, och kostnaden för att fullt ut tillgodose den, till följd av våra förslag, ökade efterfrågan på behandlingar, visar att kostnadsökningen kan betraktas som förhållandevis begränsad.

Det är dock inte bara kostnaderna för behandling som påverkas av våra förslag. Även andra kostnader kan påverkas. Som exempel kan nämnas hälso- och sjukvårdens kostnader för rekrytering av spermiedonatorer. Tillgången till donatorer och donerad sperma varierar mellan olika landsting och sjukvårdsinrättningar. En del sjukvårdsinrättningar kan behöva rekrytera fler spermiedonatorer för att tillgodose en ökad efterfrågan på behandlingar. Enligt uppgifter från SKL kan man räkna med att den sammanlagda kostnaden för läkarbesök, kuratorsbesök och screeningprover uppgår till cirka 5 500 kronor per donator och att kostnaden för infrysning av spermier m.m. uppgår till cirka 8 000 kronor per donator. Man kan enligt SKL också räkna med att en donator donerar sperma vid cirka 10 tillfällen, att en sådan serie av donationer kan användas vid 10–20 behandlingar⁷ och att kostnaden per donation uppgår till cirka 550 kronor. Om man tänker sig att en donators spermier kan användas vid 15 behandlingar och dividerar det av oss framräknade

⁶ SKL:s rapport *Assisterad befruktning – kartläggning och landstingens erbjudanden november 2012 – version 2* s. 3–4.

⁷ Det finns, som nämnts i avsnitt 4.2.3, en allmän uppfattning om att en donator inte bör ge upphov till barn i mer än sex familjer. Alla inseminationer och befruktningar utanför kroppen leder dock inte till en graviditet. En donators spermier kan därför ofta användas vid fler än sex behandlingar.

antalet behandlingar med 15, kan man beräkna hur många nya donatorer det skulle krävas för att fullt ut tillgodose den ökade efterfrågan. Beräkningen visar att det då skulle krävas 250–350 nya donatorer. Kostnaden för att rekrytera så många nya donatorer kan uppskattas till 3–5 miljoner kronor. Till denna kostnad kommer kostnaden om 550 kronor per donation.

Som ytterligare exempel på andra kostnader kan nämnas kostnaderna för läkemedelsförmåner. Enligt uppgifter från SKL uppgår denna kostnad till cirka 10 000 per IVF-behandling. Läkemedelskostnaden vid insemination är däremot försumbar. Den totala kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna under det första året efter de nya reglernas ikraftträdande kan således uppskattas till 7–10 miljoner kronor. Med tanke på att den årliga totalkostnaden för läkemedelsförmåner uppgår till 20 miljarder kronor (se prop. 2013/14:1 utgiftsområde 9 s. 24), måste denna kostnadsökning betraktas som marginell.

Vår sammantagna bedömning blir således att förslagen kommer att innebära en ökad efterfrågan på assisterad befruktning med donerade spermier och att hälso- och sjukvårdens kostnad för att fullt ut tillgodose den ökade efterfrågan kan uppskattas till 60–80 miljoner kronor. Denna kostnad kan vid en jämförelse med nuvarande kostnader för assisterad befruktning betraktas som relativt begränsad. Landstingens sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvård uppgick under år 2012 till 240 miljarder kronor (prop. 2013/14:1 utgiftsområde 9 s. 23). De ekonomiska konsekvenserna för hälso- och sjukvården som helhet måste därför betraktas som ännu mer begränsade.

Huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälso- och sjukvården innehas av landstingen och i viss utsträckning kommunerna. Hälso- och sjukvården finansieras till största delen genom landstingsskatten och under år 2012 utgjorde landstingsskatten cirka 70 procent av landstingens intäkter (prop. 2013/14:1 utgiftsområde 9 s. 23). Våra förslag innebär att även ensamstående kvinnor ges möjlighet till insemination och befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Det är sjukvårdshuvudmännen som självständigt finansierar och beslutar hur de organiserar och bedriver vården inom sitt område. De beslutar bl.a. hur mycket resurser som ska avsättas för behandlingar av ofrivillig barnlöshet och under vilka förutsättningar sådan vård ska ges (bet. 2011/12:SoU26 s. 14). Det är därför svårt att uttala sig om hur hälso- och sjukvården och enskilda sjukvårdsinrättningar kommer

att påverkas av de nya reglerna. Det måste, på samma sätt som vid tidigare förändringar på området, bli upp till varje landsting att, utifrån de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen har ställt sig bakom (prop. 1996/97:60), bedöma hur tillgängliga resurser ska fördelas (jfr bl.a. prop. 2001/02:89 s. 56 och prop. 2004/05:137 s. 54). Det måste alltså bli upp till varje landsting att bestämma om möjligheten att få assisterad befruktning kan ske inom den befintliga verksamheten eller om denna typ av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna.

Kostnaden för läkemedelsförmåner finansieras genom ett särskilt statsbidrag till landstingen och är beroende av bl.a. hur landstingen fördelar sina resurser och bedriver sin verksamhet. Den kostnadsökning som skulle uppkomma om den ökade efterfrågan på assisterad befruktning tillgodoses fullt ut har samtidigt bedömts som marginell. En eventuell kostnadsökning på detta område bör därför kunna hanteras med befintliga resurser och inom befintliga ramar.

9.4 Konsekvenser för socialnämnderna

Vår bedömning: Förslagen kommer bara att få marginella konsekvenser för socialnämnderna.

Vår bedömning är att förslagen bara kommer att få marginella konsekvenser för socialnämnderna. Skälen för detta är i huvudsak följande. Socialnämnderna är skyldiga att göra en faderskaps- eller föräldraskapsutredning när en svensk ensamstående kvinna har fött ett barn och barnet dels står under någons vårdnad, dels har hemvist i Sverige (2 kap. 1 och 8 a §§ föräldrabalken). En del av dessa utredningar avser barn som har tillkommit genom en assisterad befruktning i utlandet. Om våra förslag genomförs, kommer många sådana utredningar att ersättas av de utredningar som ska göras efter behandling av ensamstående kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård. Den senare typen av utredningar kan visserligen, i vart fall inledningsvis, bli något fler än de utredningar som nu görs efter att en kvinna har genomgått en behandling i utlandet. Utredningen efter en behandling inom svensk hälso- och sjukvård bör samtidigt bli relativt enkel att genomföra. Det senare är en konsekvens av föreslagna ändringar i föräldrabalken och av att utredningarna bara

avser svenska förhållanden. Med hänsyn till detta och till att antalet ärenden relativt sett kommer att vara begränsat, bedöms kostnaderna för socialnämndens utredningar inte påverkas mer än marginellt. Detsamma gäller för socialnämndernas arbete i övrigt. En eventuell kostnadsökning bör därför kunna hanteras med befintliga resurser.

9.5 Konsekvenser för andra myndigheter och domstolarna

Våra bedömningar: Förslagen kommer inte att få mer än marginella konsekvenser för Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och andra statliga myndigheter. De kommer inte heller att få några nämnvärda konsekvenser för länsstyrelserna och de allmänna förvaltningsdomstolarna.

Det förekommer redan i dag att svenska ensamstående kvinnor får barn genom en assisterad befruktning. Ett genomförande av våra förslag kommer sannolikt innebära att många ensamstående kvinnor genomgår en behandling inom svensk hälso- och sjukvård i stället för i utlandet. Antalet svenska kvinnor som får barn på detta sätt bedöms dock inte öka i någon stor omfattning. Undantag gäller möjligen för den första tiden efter regleringens ikraftträdande. Vår bedömning blir därför att kostnaderna för t.ex. olika sociala förmåner inte kommer att påverkas i någon stor utsträckning. Det nu sagda kan illustreras genom följande exempel som avser underhållsstöd. Om man utgår från att det under det första året efter reglernas ikraftträdande kommer att genomföras 3 700–5 000 behandlingar av ensamstående kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård och att det nu varje år genomförs cirka 2 000 behandlingar av svenska ensamstående kvinnor i utlandet, skulle ökningen av antalet sådana behandlingar uppgå till 1 700–3 000. Om man dessutom utgår från att 25 procent av dessa behandlingar kommer att resultera i ett barns födelse, skulle ökningen av antalet barn uppgå till 450–750.⁸ Den årliga kostnaden för underhållsstöd skulle

⁸ Enligt promemorian *Donation av könsceller från tredjepartsdonator – främjande av en enbetyg rekrytering och hantering inom Sverige* (SKL, dnr 13/2013) utfördes det under år 2010 i Sverige sammanlagt cirka 585 inseminationer med donerade spermier, 425 IVF-behand-

då öka med 7–11 miljoner kronor. Eftersom det årliga anslaget för underhållsstöd uppgår till drygt 2 miljarder kronor (prop. 2013/14:1 utgiftsområde 12 s. 33), måste en sådan kostnadsökning betraktas som marginell. Mindre kostnadsökningar på detta område och andra liknande områden måste för övrigt anses godtagbara med tanke på de positiva konsekvenser som samtidigt uppkommer genom en ökning av antalet födda barn.

De övriga myndigheter som kan påverkas av våra förslag är framför allt Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och länsstyrelserna. När det gäller domstolarna är det framför allt de allmänna förvaltningsdomstolarna som kan påverkas av förslagen. Här följer vår bedömning av konsekvenserna för dessa myndigheter och domstolar.

Socialstyrelsen kan behöva utarbeta föreskrifter och allmänna råd om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor samt om fastställande av faderskap eller föräldraskap efter sådana behandlingar. Att utarbeta föreskrifter och allmänna råd på detta område ingår redan i Socialstyrelsens arbetsuppgifter och kan således inte betraktas som ett nytt åliggande för myndigheten. Till Socialstyrelsens uppgifter hör också att, på begäran av ett par, överpröva sådana beslut som innebär att ett par vägras behandling (6 kap. 3 § andra stycket och 7 kap. 5 § andra stycket lagen om genetisk integritet m.m.). Våra förslag innebär att samma regler ska gälla när en ensamstående kvinna vägras behandling och kvinnan begär en överprövning. Det nuvarande antalet överprövningar är mycket begränsat och bedöms så vara även efter de nya reglernas ikraftträdande. Det förhållandet att även ensamstående kvinnor ska kunna begära Socialstyrelsens prövning av beslut bör alltså inte påverka myndigheten i någon nämnvärd utsträckning. Vi gör därför den bedömningen att förslagen bara kommer att få marginella konsekvenser för Socialstyrelsen.

Inspektionen för vård och omsorg prövar om sådana sjukvårdsinrättningar som inte är offentligt finansierade ska ges tillstånd att utföra inseminationsbehandlingar med donerade spermier (6 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.). Det är inte möjligt att bedöma om fler sådana sjukvårdsinrättningar kommer att ansöka om tillstånd efter de nya reglernas ikraftträdande. En eventuell

lingar med donerade spermier och 450 IVF-behandlingar med donerade ägg. Behandlingarna resulterade i 320 födda barn.

ökning kan samtidigt inte få annat än marginella konsekvenser för myndigheten. Detsamma gäller för myndighetens arbete i övrigt.

Enligt 2 kap. 7 § andra stycket och 2 kap. 8 a § andra stycket föräldrabalken (FB) ska länsstyrelsen, på talan av part, överpröva sådana beslut som innebär att en socialnämnd har lagt ner en påbörjad faderskaps- eller föräldraskapsutredning. Detsamma gäller vid överklagande av en socialnämnds beslut att med stöd av 2 kap. 9 § FB inte påbörja en sådan utredning. Våra förslag innebär att dessa regler också ska gälla för nedläggningsbeslut i sådana ärenden som rör assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Antalet beslut som överklagas torde dock bli ytterst begränsat. Förslagen bedöms därför inte få några nämnvärda konsekvenser för länsstyrelserna.

De allmänna förvaltningsdomstolarna prövar överklagande av Socialstyrelsens beslut att vägra eller tillåta en behandling och länsstyrelsernas beslut om bl.a. nedläggning av faderskaps- eller föräldraskapsutredningar (8 kap. 1 § lagen om genetisk integritet m.m. respektive 2 kap. 7, 8 a och 9 §§ FB). Med tanke på att ökningen av antalet överklaganden till nämnda myndigheter bedöms som marginell, kan målökningen i de allmänna förvaltningsdomstolarna bedömas som i stort sett obefintlig. Förslagen bedöms därför inte få några nämnvärda konsekvenser för de allmänna förvaltningsdomstolarna.

Vår bedömning är således att eventuella kostnadsökningar för andra myndigheter och domstolarna inte blir större än att de kan hanteras inom befintliga ramar.

9.6 Konsekvenser för ensamstående kvinnor och deras barn

Vår bedömning: Förslagen innebär positiva konsekvenser för ensamstående kvinnor och deras barn. Många ensamstående kvinnor kommer att kunna genomgå en behandling inom svensk hälso- och sjukvård i stället för vid en utländsk sjukvårdsinrättning och en del kvinnor, som på grund av ekonomiska eller andra skäl inte har kunnat genomgå en behandling i utlandet, kommer att få en reell möjlighet att bli föräldrar på detta sätt. Förslagen innebär också att fler barn som tillkommer genom en assisterad befruktning med donerade spermier har en lagstadgad

rätt till information om sitt genetiska ursprung. Förslagen har dessutom ett symbolvärde för både ensamstående kvinnor och deras barn.

Vi vill samtidigt framhålla vikten av att det genomförs mer forskning på detta område och särskilt forskning som avser svenska förhållanden och konsekvenserna för barnen.

Syftet med de nya regleringarna är att ge ensamstående kvinnor en möjlighet till assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. Det ligger därför i sakens natur att förändringarna får positiva konsekvenser för ensamstående kvinnor. Många kvinnor kommer t.ex. inte behöva resa till ett annat land för att genomgå en behandling som ensamstående och en del andra kvinnor, som på grund av ekonomiska eller andra skäl inte har kunnat genomgå en behandling som ensamstående i utlandet, kommer att ges en reell möjlighet att bli föräldrar på detta sätt. Till det nu sagda kommer naturligtvis den trygghet som finns i att genomgå en behandling inom svensk hälso- och sjukvård.

Vår bedömning är att förslagen också kommer att få positiva konsekvenser för de barn som tillkommer på detta sätt. Förslagen innebär nämligen att fler sådana barn har en lagstadgad rätt att inhämta information om sitt genetiska ursprung.

Förslagen har dessutom ett symbolvärde för de ensamstående kvinnor som får barn på detta sätt och för deras barn. Det förhållandet att möjligheten lagregleras visar nämligen återigen hur samhällets syn på dessa familjer har förändrats i en positiv riktning.

Det är svårt att bedöma om förslagen i övrigt kommer att innebära positiva eller negativa konsekvenser för de ensamstående kvinnorna och deras barn samt vilket stöd dessa kvinnor och barn kan behöva. Den forskning som finns talar för att ensamstående kvinnor och deras barn inte behöver ha det sämre än andra föräldrar och barn. Antalet studier är samtidigt begränsat. Vi vill därför, i likhet med Smer, framhålla vikten av att omgående stödja forskning och uppföljning på detta område. Det är särskilt viktigt att följa upp den psykologiska och sociala utvecklingen hos barnen för att i god tid kunna förutse om det finns ett behov av särskilda insatser och stöd. Det är också viktigt att undersöka vilka konsekvenser förändringarna får för barnen i ekonomiska och andra avseenden. Det vore dessutom positivt om man kan inleda forskningsstudier i nära anslutning till de nya reglernas ikraftträdande

och sedan följa kvinnor och barn under ett flertal år framöver. Resultaten av sådan forskning och andra undersökningar får sedan visa om det behöver göras ändringar i de av oss föreslagna reglerna eller om det behöver vidtas andra åtgärder.

9.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Vår bedömning: Förslagen får endast marginella konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Våra förslag avser enbart ensamstående kvinnor och de KtM-personer som har behållit sin fortplantningsförmåga. Det är därför naturligt att förslagen kan ha betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män. Förslagets inverkan på jämställdheten måste dock betraktas som liten. Skälet till detta är naturligtvis att det redan i dag finns skillnader mellan kvinnors och mäns möjligheter att genomgå en assisterad befruktning som ensamstående. Många kvinnor kan genomgå en insemination eller IVF-behandling som ensamstående i utlandet. Män kan, i vart fall än så länge, inte göra detsamma. Våra förslag bedöms visserligen innebära en viss ökning av antalet kvinnor som får barn på detta sätt. Denna ökning har dock bara en marginell betydelse för de skillnader som redan finns. Vår bedömning blir därför att förslagen inte kommer att få annat än marginella konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

9.8 Andra konsekvenser

Vår bedömning: Förslagen kommer inte att få några konsekvenser för de övriga aktörer och förhållanden som anges i 14–15 §§ kommittéförordningen.

Det är, som tidigare nämnts, upp till varje landsting att bestämma hur tillgängliga resurser ska fördelas och om möjligheten att få assisterad befruktning kan ske inom den befintliga verksamheten eller om denna typ av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna. Förslagen innebär således inte några nya åtaganden för kom-

muner och landsting. Förslagen kan därför inte heller anses påverka det kommunala självstyret eller aktualisera en tillämpning av den s.k. kommunala finansieringsprincipen.

Förslagen bedöms avslutningsvis inte få några nämnvärda konsekvenser för företag eller andra enskilda, brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

10 Författningskommentarer

10.1 Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken

1 kap.

3 a § Faderskap eller föräldraskap behöver inte fastställas om

– modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.,

– hon vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § den lagen, och

– det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen.

I paragrafen, som är ny, anges vilka tre förutsättningar som måste vara uppfyllda för att ett faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § föräldrabalken (FB) inte ska behöva fastställas. Det som anges i paragrafen utgör ett undantag från vad som annars gäller (se 1 kap. 3 § FB). Övervägandena finns i avsnitt 7.4.4.

Den första förutsättningen är att modern har genomgått en insemination eller befruktning utanför kroppen enligt lagen om genetisk integritet m.m. Bestämmelser om insemination och befruktning utanför kroppen finns huvudsakligen i 6 kap. respektive 7 kap. nämnda lag. Behandlingar som har genomförts på något annat sätt, t.ex. utomlands, omfattas inte av paragrafen. Den andra förutsättningen är att modern vid behandlingen var en ensamstående kvinna enligt 1 kap. 5 § lagen om genetisk integritet m.m. Det angivna lagrummet innehåller en definition av begreppet ”ensamstående kvinna”. Den tredje förutsättningen är att det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen, dvs. en viss insemination eller befruktning utanför kroppen.

Socialnämnden, som ska utreda om förutsättningarna är uppfyllda, kan inhämta behövliga uppgifter från modern och, med

moderns samtycke, från hälso- och sjukvården, men också från andra personer som kan lämna uppgifter av betydelse för utredningen (2 kap. 4 § FB). Vid bedömningen av den tredje förutsättningen, dvs. om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen, kan socialnämnden jämföra inhämtade uppgifter med bl.a. den beräknade konceptionstiden.

Om socialnämnden kommer fram till att förutsättningarna i paragrafen är uppfyllda, behöver det inte fastställas något faderskap eller föräldraskap. Nämnden ska då lägga ner en påbörjad faderskaps- eller föräldraskapsutredning (se förslaget till 2 kap. 7 § andra stycket FB). Om socialnämnden däremot kommer fram till att förutsättningarna inte är uppfyllda, gäller det som anges i 1 kap. 3 § FB. I ett sådant fall ska alltså faderskap eller föräldraskap fastställas.

Användningen av ordet ”behöver” innebär att det, även om förutsättningarna är uppfyllda, finns en möjlighet att fastställa spermiegivaren som barnets far (se 1 kap. 4 § FB). Att så inte kan ske genom dom, framgår av 1 kap. 5 § andra stycket FB.

2 kap.

7 § Socialnämnden får lägga *ner* en påbörjad utredning om faderskapet, om det

1. visar sig omöjligt att få *tillräckliga* upplysningar för bedömning av faderskapsfrågan,

2. framstår som utsiktslöst att försöka få faderskapet fastställt av domstol,

3. har lämnats *ett* samtycke av modern eller en särskilt förordnad vårdnadshavare enligt 4 kap. 5 a § till adoption av barnet, eller

4. av särskilda skäl finns anledning att anta att *en* fortsatt utredning eller *en* rättegång skulle vara till men för barnet eller utsätta modern för påfrestningar som innebär fara för hennes psykiska hälsa.

Socialnämnden ska lägga ner en påbörjad utredning om faderskapet om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda.

Socialnämndens beslut att lägga *ner* en påbörjad faderskapsutredning får överklagas *till* länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas *till* allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen innehåller regler om i vilka fall socialnämnden får besluta att lägga ner en påbörjad utredning om faderskap samt regler om överklagande av sådana beslut. Övervägandena finns i avsnitt 7.4.5.

Enligt *andra stycket*, som är nytt, ska socialnämnden lägga ner en påbörjad utredning om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda. Ordet "ska" används för att markera skillnaden mellan dessa fall och de fall som anges i paragrafens första stycke, dvs. sådana fall där en utredning "får" läggas ner, och innebär att socialnämnden i dessa fall inte behöver göra någon mer omfattande prövning inför ett beslut om att lägga ner en utredning. Om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda, ska nämnden lägga ner utredningen.

Reglerna om överklagande, som tidigare fanns i paragrafens andra stycke, finns nu i tredje stycket. Övriga ändringar i paragrafen är endast av språklig karaktär.

Genom hänvisningen i 2 kap. 8 a § andra stycket FB, blir det som anges i 2 kap. 7 § andra stycket FB också tillämpligt i utredningar om föräldraskap. Även i sådana fall ska alltså utredningen läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § FB är uppfyllda.

För socialnämndens arbete m.m., gäller det som har angetts i kommentaren till 1 kap. 3 a § FB samt 2 kap. FB i tillämpliga delar.

9 § Om en viss man enligt 1 kap. 1 § ska anses som far till ett barn som står under någons vårdnad och som har hemvist i Sverige, ska socialnämnden, om vårdnadshavaren eller någon av vårdnadshavarna eller mannen begär det och det är lämpligt, utreda om någon annan man kan vara far till barnet eller om en kvinna ska anses som barnets förälder enligt 1 kap. 9 §.

I fråga om utredningen tillämpas 2–6 och 8 §§. Vid utredning av en kvinnas föräldraskap tillämpas dock inte 6 §. Utredningen får läggas ner, om det finns skäl som anges i 7 § första stycket 1 eller 4 eller om det annars är lämpligt. Utredningen ska läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda.

Socialnämndens beslut att inte påbörja en utredning enligt denna paragraf eller att lägga ner en påbörjad utredning får överklagas till länsstyrelsen. Länsstyrelsens beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen innehåller regler om socialnämndens utredning i sådana fall där det gäller en faderskapspresumtion enligt 1 kap. 1 § FB samt regler om överklagande av nämndens beslut att inte påbörja en utredning eller beslut att lägga ner en utredning. Övervägandena finns i avsnitt 7.4.5.

Genom ett tillägg i paragrafens *andra stycke* ska även sådana utredningar som påbörjas med stöd av denna paragraf läggas ner om förutsättningarna i 1 kap. 3 a § är uppfyllda.

Övriga ändringar i paragrafen är endast av språklig eller redaktionell karaktär.

För socialnämndens arbete m.m., gäller det som har angetts i kommentaren till 1 kap. 3 a § FB samt 2 kap. FB i tillämpliga delar.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

1 kap.

5 § I denna lag betyder

genetisk undersökning: en undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom molekylärgenetisk, mikrobiologisk, immunologisk, biokemisk, cytogenetisk eller därmed jämförlig analysmetod eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar,

genetisk information: information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd,

fosterdiagnostik: medicinsk undersökning av en gravid kvinna och det foster hon bär på,

genetisk fosterdiagnostik: genetisk undersökning av foster eller en gravid kvinna för att få information om fostrets sjukdomar, sjukdomsanlag och missbildningar genom fostervattensprov, moderkaksprov eller blodprov,

preimplantatorisk genetisk diagnostik: genetisk undersökning av ett befruktat ägg innan detta implanteras i en kvinnas livmoder,

genterapi: en behandling som innebär att en frisk gen med hjälp av en bärare (vektor) förs in i celler hos en individ som har en genetisk sjukdom,

insemination: att föra in spermier i en kvinna på konstlad väg,

somatisk cellkärnöverföring: att cellkärnan i ett ägg ersätts med kärnan från en kroppscell, samt

ensamstående kvinna: en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo.

Paragrafen innehåller definitioner av centrala begrepp i lagen om genetisk integritet m.m. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4. Ändringen består i att *ensamstående kvinna* har införts som ett nytt begrepp i lagen och i aktuellt lagrum. Enligt definitionen avser begreppet en kvinna som inte är gift, registrerad partner eller sambo. Definitionen gäller enbart för lagen om genetisk integritet m.m. Begreppet eller liknande begrepp kan alltså ha en annan betydelse i andra författningar.

6 kap.

1 § *En insemination får utföras om kvinnan är gift eller sambo och hennes make eller sambo skriftligen har samtyckt till det.*

En insemination får också utföras om kvinnan är en ensamstående kvinna.

Det som i detta kapitel sägs om make gäller också registrerad partner.

Paragrafen innehåller regler om vissa villkor som måste vara uppfyllda för att en insemination ska få utföras. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4.

Första stycket har i sak bara ändrats på så sätt att ordet ”endast” har tagits bort. Ändringen innebär att det inte längre uppställs ett krav på parförhållande för att någon ska få genomgå en insemination. Om behandlingen avser ett par, gäller dock även fortsättningsvis ett krav på att kvinnan är gift, registrerad partner eller sambo och ett krav på skriftligt samtycke från den person i paret som inte ska bära och föda barnet.

Andra stycket, som är nytt, innebär att även en ensamstående kvinna (se 1 kap. 5 § lagen och kommentaren till den paragrafen) har möjlighet att genomgå en insemination inom svensk hälso- och sjukvård.

Tredje stycket, som är nytt, innehåller den bestämmelse som tidigare fanns i paragrafens andra stycke.

Övriga ändringar i paragrafen är endast av språklig karaktär.

1 a § *En givare av spermier ska vara myndig. Givaren ska lämna ett skriftligt samtycke till att hans spermier får användas för insemination. Givaren får återkalla sitt samtycke fram till dess att inseminationen har skett.*

Paragrafen, som är ny, innehåller vissa regler om den som donerar spermier för användning vid insemination. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4.

Innehållet i paragrafen överensstämmer i allt väsentligt med det som anges om spermiegivare i 7 kap. 2 § samma lag. Enligt den senare paragrafen kan dock samtycket återtas fram till dess att *befruktning* har skett. Vid insemination får samtycket i stället återkallas fram till dess att *inseminationen* har skett. En spermiegivare kan alltså inte återkalla sitt samtycke efter det att spermierna har förts in i en kvinna.

3 § Vid en insemination som avses i 2 § ska en läkare pröva om det med hänsyn till makarnas, sambornas eller den ensamstående kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att inseminationen äger rum. Inseminationen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Om insemination vägras, får makarna, samborna eller den ensamstående kvinnan begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Paragrafen innehåller regler om den prövning som ska göras inför en s.k. givarinsemination, dvs. en insemination som genomförs med spermier från en man som kvinnan inte är gift eller sambo med, samt regler om överprövning i sådana fall där en insemination vägras. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4.

Bestämmelserna i första stycket har ändrats på så sätt att de också omfattar assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Ändringen innebär följande. Inför en behandling ska läkaren göra en prövning av om det med hänsyn till kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. Prövningen ska således avse kvinnans förhållanden och hennes förmåga att vara ensam förälder till ett barn. Behandlingen får bara utföras om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Vid bedömningar av en ensamstående kvinnas lämplighet kan det finnas anledning att fästa särskild vikt vid t.ex. kvinnans hälsa och sociala nätverk. Läkarens beslut ska samtidigt, i likhet med vad som gäller i andra fall, baseras på en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet.

Ändringen i andra stycket innebär att en ensamstående kvinna som vägras behandling kan begära Socialstyrelsens prövning av frågan.

7 kap.

3 § Ett befruktat ägg får föras in i en kvinnas kropp om kvinnan är gift eller sambo och hennes make eller sambo skriftligen har samtyckt till det. Om ägget inte är kvinnans eget, ska ägget ha befruktats av makens eller sambons spermier.

Ett befruktat ägg får också föras in i en ensamstående kvinnas kropp. Ägget ska då vara kvinnans eget.

Paragrafen innehåller regler om vissa förutsättningar som måste vara uppfyllda vid en befruktning utanför kroppen. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4.

Första stycket har i sak bara ändrats på så sätt att ordet ”endast” har tagits bort. Ändringen innebär att det inte längre uppställs ett krav på parförhållande för att någon ska få genomgå en befruktning utanför kroppen. Om behandlingen avser ett par, gäller dock även fortsättningsvis ett krav på att kvinnan är gift, registrerad partner eller sambo och ett krav på skriftligt samtycke från den person i paret som inte ska bära och föda barnet.

Andra stycket, som är nytt, innebär att även en ensamstående kvinna (se 1 kap. 5 § lagen och kommentaren till den paragrafen) har möjlighet att genomgå en befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Det innebär också att man, på samma sätt som vid behandling av par, inte får använda både donerade ägg och donerade spermier. Vid behandling av en ensamstående kvinna är det alltså bara tillåtet att använda kvinnans eget ägg.

Övriga ändringar i paragrafen är endast av språklig karaktär.

5 § Om *en* befruktning utanför kroppen *ska* utföras med en spermie från en man som inte är kvinnans make eller sambo, *ska* en läkare pröva om det med hänsyn till makarnas, sambornas *eller den ensamstående kvinnans* medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att det äger rum en befruktning utanför kroppen. *Detsamma gäller om makar eller sambor ska genomgå en befruktning utanför kroppen och behandlingen ska utföras med ett annat ägg än kvinnans eget. En befruktning utanför kroppen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.*

Om befruktning utanför kroppen vägras, får makarna, samborna eller den ensamstående kvinnan begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Paragrafen innehåller regler om den provning som ska göras inför en befruktning utanför kroppen med donerade könsceller samt regler om överprovning i sådana fall där en behandling vägras. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.4.

Första stycket har ändrats på så sätt att det också omfattar ensamstående kvinnor. Texten i stycket har omarbetats med hänsyn till att det vid behandling av ensamstående kvinnor bara blir tillåtet att använda donerade spermier (se vårt förslag till 7 kap. 3 § andra stycket lagen). I fråga om läkarens bedömningar, hänvisas till

det som har angetts i kommentaren till 6 kap. 3 § första stycket lagen.

Ändringen i *andra stycket* innebär att en ensamstående kvinna som vägras behandling kan begära Socialstyrelsens prövning av frågan.

Övriga ändringar i paragrafen är endast av språklig karaktär.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.
2. Spermier som har donerats före denna lags ikraftträdande får inte utan skriftligt samtycke från spermiegivaren användas vid insemination eller befruktning utanför kroppen för ensamstående kvinnor.

Punkten 1 innebär att lagen träder i kraft den 1 juli 2015.

Punkten 2 innebär att man vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor inte får använda sådana spermier som har donerats före denna lags ikraftträdande. Undantag gäller om spermiegivaren självmant, eller efter en förfrågan från hälso- och sjukvården, har lämnat sitt skriftliga samtycke till det. Innehållet i punkten 2 tillgodoser den inom hälso- och sjukvården centrala principen om krav på informerat samtycke.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Jenny Munkelt

Konsekvenser

Utgångspunkten för utredningens uppdrag är vuxnas önskan att få barn vilket innebär att principen om barnets bästa är särskilt viktig att beakta. Det är därför otillfredsställande att de förändringar som föreslås i utredningen saknar en djupare belysning av konsekvenserna på kort och lång sikt för barnet ur ett barnrättsperspektiv.

Kommittédirektiv 2013:70

Utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet

Beslut vid regeringssammanträde den 19 juni 2013

Sammanfattning

En särskild utredare ska överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att kunna bli föräldrar. I uppdraget ingår att

- lämna förslag som ger ensamstående möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor,
- ta ställning till om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna vid assisterad befruktning,
- ta ställning till om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige, med utgångspunkten att detta i sådant fall ska vara altruistiskt,
- ta ställning till om det behövs särskilda regler för de barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands,
- ta ställning till om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av bl.a. den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen, samt
- föreslå de följdändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen och i annan lagstiftning som behövs.

Utredaren ska i ett delbetänkande redovisa den del av uppdraget som avser ensamståendes möjlighet till assisterad befruktning och nödvändiga följdändringar senast den 14 maj 2014. Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 24 juni 2015.

Ofrivillig barnlöshet och metoder för att övervinna denna

Det finns drygt 1,9 miljoner barn under 18 år i Sverige. Enbart under 2012 föddes 113 177 barn. Barn utgör cirka 20 procent av Sveriges befolkning.

Att bli förälder är för många människor en viktig del av livet. Bland dem som önskar få barn är uppskattningsvis 10–15 procent ofrivilligt barnlösa av en eller annan anledning. För dessa är för närvarande adoption eller assisterad befruktning möjliga metoder att övervinna barnlösheten på. År 2012 genomfördes 466 internationella adoptioner. Därutöver genomfördes ett antal nationella adoptioner, i huvudsak närståendeadoptioner. Assisterad befruktning är ett samlingsnamn på olika metoder för att behandla ofrivillig barnlöshet. År 2010 föddes 3 882 barn i Sverige med hjälp av befruktning utanför kroppen, som är en form av assisterad befruktning. Assisterad befruktning sker även genom insemination. Det finns dock ingen tillgänglig statistik på hur många barn som föds genom sådan behandling.

Surrogatmoderskap är en form av assisterad befruktning som inte är tillåten i Sverige men som förekommer i vissa länder. På senare år har allt fler ofrivilligt barnlösa i Sverige vänt sig till kliniker utomlands för att bli föräldrar genom surrogatmoderskap. Enligt en enkät bland kommunerna som genomfördes under hösten 2012 rör det sig om cirka 100 barn sedan 2007.

Uppdraget att överväga utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet

Allmänna utgångspunkter

Synen på reproduktion och assisterad befruktning har förändrats över tid, vilket kan ses som ett resultat av ny kunskap och förändringar av samhälleliga normer och värderingar. Detsamma gäller uppfattningen om föräldraskap och familj. Familjer kan se ut på flera olika sätt och många barn växer i dag upp i andra familjekonstellationer.

tioner än den traditionella kärnfamiljen. Utvecklingen avspeglas också i en debatt som under en längre tid pågått i Sverige om vilka metoder som bör tillåtas för att behandla ofrivillig barnlöshet.

Våren 2012 beslutade riksdagen att tillkännage att regeringen skyndsamt ska återkomma med lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning på samma sätt som olikkönade respektive samkönade par redan har enligt gällande rätt. Vidare tillkännagav riksdagen att det är angeläget att frågor om surrogatmoderskap utreds förutsättningslöst. Enligt riksdagen bör en sådan prövning utgå från ett brett perspektiv som inkluderar juridiska och etiska frågeställningar samt ekonomiska överväganden och hänsyn till internationella förhållanden. En fråga som bör ingå i en sådan utredning är hur en reglering bör se ut för de barn i Sverige som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands (bet. 2011/12:SoU26, rskr. 2011/12:180).

Statens medicinsk-etiska råd redovisade i februari 2013 rapporten Assisterad befruktning – etiska aspekter. Majoriteten i rådet anser i rapporten bl.a. att surrogatmoderskap – under särskilda förutsättningar – kan utgöra en etiskt godtagbar metod inom assisterad befruktning. Rådet anser vidare att olika frågor och konsekvenser av ett tillåtande av assisterad befruktning för ensamstående bör analyseras närmare och att utgångspunkten då måste vara vad som är barnets bästa.

Att få barn är en stark önskan hos många människor. Det är angeläget att det finns möjligheter även för ofrivilligt barnlösa att få barn och att lagstiftningen som reglerar dessa möjligheter utvecklas i takt med samhället i övrigt. Det är också viktigt att bl.a. den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen är utformad så att den kan hantera nya sätt att få barn och bilda familj. Det finns behov av att se över dessa frågor och ta ställning till om ytterligare steg bör tas för att utöka möjligheterna till behandling av ofrivillig barnlöshet.

Ett sådant ställningstagande aktualiserar flera svåra intresseavvägningar. Det handlar om avvägningen mellan å ena sidan en persons önskan att få barn och å andra sidan en alltför stark instrumentalisering av mänskligt liv och en alltför långtgående strävan att med tekniska insatser kompensera livets ofullkomligheter. Vid surrogatmoderskap handlar det också om avvägningen mellan å ena sidan en persons önskan att få barn och å andra sidan behovet av att en annan person upplåter sin kropp för att tillgodose denna önskan. Att få barn är ingen rättighet; strävan att tillgodose en persons önskan att få barn måste alltid ske med barnets bästa i fokus,

inbegripet att barn ska ha rätt till kännedom om sitt ursprung. Hänsyn ska också tas till andra mänskliga fri- och rättigheter.

Assisterad befruktning för ensamstående

Assisterad befruktning kan enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. utföras inom svensk hälso- och sjukvård i form av dels insemination, dels befruktning utanför kroppen (s.k. in vitro-fertilisering eller provrörsbefruktning).

För att assisterad befruktning ska få utföras krävs att den kvinna som ska genomgå behandlingen är gift eller sambo och att kvinnans make, maka eller sambo har samtyckt till behandlingen. Det krävs också att antingen ägget eller spermier kommer från det behandlade paret.

Innan insemination med donerade spermier får utföras ska en läkare pröva om det med hänsyn till makarnas eller sambornas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. Detsamma gäller vid befruktning utanför kroppen med ett annat ägg än kvinnans eget eller med spermier från en man som inte är kvinnans make eller sambo. Behandlingen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Ett barn som har avlats med ett donerat ägg eller donerade spermier har, när han eller hon uppnått tillräcklig mognad, rätt att få information om sitt ursprung. Uppgifter om givaren ska antecknas i en särskild journal som ska bevaras i minst 70 år. En givare har således inte någon möjlighet att vara anonym.

Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor, dvs. kvinnor som inte lever i äktenskap eller samboskap, är inte tillåtet inom svensk hälso- och sjukvård. Det är däremot tillåtet i flera andra länder, bl.a. Danmark, Island och Finland. I vissa av dessa länder får spermiegivarna vara anonyma. Det förekommer att ensamstående kvinnor i Sverige antingen reser utomlands för att genomgå assisterad befruktning eller utför insemination i egen regi.

Uppfattningen att det ligger i barnets bästa att ha två föräldrar från födseln och att ha fötts av en av föräldrarna har uttryckts vid flera tillfällen tidigare (se t.ex. SOU 1983:42 s. 70, prop. 2004/05:137 s. 39, bet. 2004/05:LU25 s. 9). Synen på reproduktion och föräldraskap har emellertid förändrats över tid. Assisterad befruktning i Sverige

är numera en etablerad behandlingsform och möjligheterna till sådan behandling har successivt utvidgats.

Utredaren ska därför

- lämna förslag som ger ensamstående möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor, och
- ta ställning till vilka förändringar i övrigt som behöver göras för att anpassa lagstiftningen om assisterad befruktning och tillämpningen av denna till en ordning där en ensam tilltänkt förälder avser att genomgå behandlingen.

Bör det krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna?

Tidigare fick assisterad befruktning utföras endast med det behandlade parets egna könsceller. Sedan 2003 får emellertid assisterad befruktning utföras även med donerade könsceller. Det krävs dock att det finns en genetisk koppling mellan barnet och en av de tilltänkta föräldrarna. Insemination får göras med spermier antingen från kvinnans make eller sambo eller från en spermiegivare. Befruktning utanför kroppen får göras med antingen ett donerat ägg och makens eller sambons spermier eller med kvinnans eget ägg och donerade spermier. Donation av befruktade ägg är således inte tillåten. Detta innebär att par som saknar både fungerande ägg och spermier inte har möjlighet till assisterad befruktning i Sverige. När ensamstående ges möjlighet till assisterad befruktning kommer det samma att gälla för dem som inte har fungerande ägg.

Att donation av befruktade ägg inte är tillåten innebär också att det inte är tillåtet med äggdonation inom ett äktenskap eller samboskap, trots att en sådan skulle medföra att barnet får en genetisk koppling till en av sina rättsliga föräldrar.

Utredaren ska därför

- ta ställning till om det vid assisterad befruktning ska krävas att barnet har en genetisk koppling till den eller de tilltänkta föräldrarna.

För det fall utredaren anser att det bör finnas en genetisk koppling ska utredaren

- ta ställning till om äggdonation inom ett äktenskap eller samboskap ska tillåtas.

Bör surrogatmoderskap tillåtas i Sverige?

Surrogatmoderskap (även kallat bl.a. värdmoderskap) innebär att en kvinna upplåter sin kropp och blir gravid med den uttalade avsikten att efter födseln lämna över barnet till ett par eller en person som inte själv kan eller vill bära fram ett barn. Surrogatmoderskap kan vara antingen partiellt eller fullständigt. Vid partiellt surrogatmoderskap befruktas surrogatmoderns eget ägg av spermier från en av de tillänkta föräldrarna eller från en givare. Surrogatmodern har i dessa fall en genetisk och biologisk koppling till barnet. Vid fullständigt surrogatmoderskap förs ett befruktat ägg in och utvecklas i surrogatmoderns livmoder. Såväl ägg som spermier kommer från antingen de tillänkta föräldrarna eller från utomstående donatorer. Surrogatmodern har i dessa fall en biologisk men inte genetisk koppling till barnet.

Ett surrogatmoderskap kan vara altruistiskt eller kommersiellt. Vid ett altruistiskt surrogatmoderskap finns inga vinstmotiv för surrogatmodern och hon får alltså inte någon särskild ersättning för att hon agerar som surrogatmoder. Däremot kan olika kostnader relaterade till graviditeten, t.ex. sjukhusbesök och förlorad arbetsinkomst, ersättas. Om det är fråga om ett kommersiellt surrogatmoderskap, får surrogatmodern en särskild ersättning för att hon agerar som surrogatmoder. De olika formerna av surrogatmoderskap kan även förenas med andra villkor, t.ex. att surrogatmodern ska vara närstående till den eller de tillänkta föräldrarna, att surrogatmodern ska ha uppnått viss ålder, att surrogatmodern ska ha genomgått minst en graviditet eller att surrogatmodern ska ha minst ett levande barn.

Surrogatmoderskap i olika former är tillåtet i några länder, såväl inom som utanför EU. I Finland, Island och Norge utreds för närvarande frågor om surrogatmoderskap eller vidtas åtgärder för att reglera sådana frågor.

I Sverige är det, med hänsyn till hur lagstiftningen om assisterad befruktning har utformats, inte tillåtet med surrogatmoderskap. Det har i tidigare sammanhang uttalats att förfarandet är etiskt oför-

svarbart och att det är oförenligt med människovärdesprincipen att använda en annan kvinna som medel för att lösa det barnlösa paret problem. Inte heller ur barnets perspektiv har surrogatmoderskap ansetts önskvärt. Det har uttalats att svåra konflikter kan uppstå om en kvinna som i ett tidigare skede har samtyckt till att "låna ut" sin kropp senare ångrar sig och att barnet kan tvingas uppleva och bli en del av sådana konflikter (se t.ex. SOU 1985:5 s. 50, prop. 1987/88:160 s. 14, Ds 2000:51 s. 49 f., prop. 2001/02:89 s. 55, bet. 2001/02:SoU16 s. 16 f.).

Synen på föräldraskap och möjligheterna att behandla ofrivillig barnlöshet har förändrats över tid. Surrogatmoderskap har blivit vanligare i vår omvärld och ofrivilligt barnlösa i Sverige reser utomlands i syfte att bli föräldrar genom surrogatmoderskap. Frågan om surrogatmoderskap aktualiserar flera olika etiska frågeställningar och intresseavvägningar om bl.a. individens självbestämmande och integritet samt människovärdesprincipen, såsom rätten och möjligheten att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och reproduktion. Surrogatmoderskap aktualiserar också flera komplicerade juridiska frågeställningar som ofta innefattar även etiska och medicinska aspekter.

Utredaren ska mot denna bakgrund

- analysera och allsidigt belysa frågan om surrogatmoderskap, och
- ta ställning till om surrogatmoderskap i någon form ska tillåtas i Sverige.

I uppdraget ingår att undersöka i vilken omfattning surrogatmoderskap efterfrågas i Sverige och bedöma om detta kan mötas av en reglering som är juridiskt, etiskt, medicinskt och i övrigt acceptabel. Utredaren ska redovisa relevanta aspekter och synsätt i frågan samt för- och nackdelar med att införa en ordning med surrogatmoderskap. Utredaren ska även särskilt belysa situationen för de kvinnor som blir surrogatmödrar och för de barn som tillkommer genom surrogatmoderskap samt vilka konsekvenser ett tillåtande kan få för barnet, surrogatmodern och övriga enskilda i olika avseenden.

Om utredaren anser att surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige ska utredaren

- ta ställning till i vilka fall och under vilka förutsättningar surrogatmoderskap ska kunna genomföras,

- klargöra vilka rättigheter barnet ska ha,
- klargöra vilka rättigheter och skyldigheter surrogatmodern ska ha,
- klargöra vilka rättigheter och skyldigheter den eller de tilltänkta föräldrarna och övriga inblandade ska ha, samt
- föreslå hur en heltäckande reglering av surrogatmoderskap ska utformas.

Utredaren behöver bl.a. ta ställning till vilka som ska ges möjlighet att bli föräldrar genom surrogatmoderskap, vilka krav som ska ställas på dessa tilltänkta föräldrar – t.ex. om andra möjliga metoder för att övervinna ofrivillig barnlöshet först bör ha uttömts eller om det ska göras en särskild lämplighetsprövning – samt om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna. Utredaren behöver också bl.a. ta ställning till vilka villkor i övrigt som ska vara uppfyllda för att surrogatmoderskap ska kunna komma i fråga.

I uppdraget ingår vidare att analysera frågeställningar om surrogatavtalet och de inblandade parternas mellanhavanden. Utredaren kan bl.a. behöva ta ställning till om det ska finnas möjlighet att uppställa villkor för surrogatmoderns livsstil under graviditeten och om de tilltänkta föräldrarna ska kunna ha ett inflytande över denna och andra aspekter på surrogatmoderskapet, vad som ska gälla om graviditeten är flerbördig, vilka följderna blir om surrogatmodern eller de tilltänkta föräldrarna ångrar sig sedan avtalet har ingåtts, vilken verkan de tilltänkta föräldrarnas separation under graviditeten ska få, vilken rättslig verkan olika avtalsvillkor i surrogatavtalet ska ha och tänkbara konsekvenser av att villkor helt eller delvis inte följs. Utredarens utgångspunkt ska vara att ett eventuellt surrogatmoderskap ska vara altruistiskt.

Utredaren ska vid sina överväganden sätta barnets bästa i fokus, inbegripet att beakta barnets rätt till kännedom om sitt ursprung. Ett eventuellt förslag om att i någon form tillåta surrogatmoderskap i Sverige kräver också att särskild hänsyn tas till surrogatmoderns välbefinnande inför, under och efter graviditeten samt till surrogatmoderns mänskliga fri- och rättigheter, inbegripet rätten till kroppslig integritet.

*Följändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen
och i annan lagstiftning*

Det rättsliga föräldraskapet regleras genom bestämmelserna i föräldrabalken och ger rättsverkningar i förhållande till barnet.

I svensk lagstiftning finns det endast en bestämmelse som reglerar vem som är mor till ett barn. Bestämmelsen reglerar fall av äggdonation vid befruktning utanför kroppen, dvs. när kvinnan som föder barnet inte har bidragit med arvsanlag till barnet. Genom bestämmelsen klargörs att det är kvinnan som föder barnet som anses som barnets mor. I övriga fall anses moderskapet följa en oskriven moderskapspresumtion enligt vilken den kvinna som föder barnet i rättsligt hänseende alltid betraktas som barnets mor.

Om modern vid barnets födelse är gift med en man, anses den mannen vara barnets far. Denna faderskapspresumtion gäller såväl vid naturlig befruktning som vid assisterad befruktning. Presumtionen kan dock hävas. Om modern är sambo med en man, fastställs faderskapet genom bekräftelse eller dom. Detsamma gäller för föräldraskapet, om modern är gift eller sambo med en kvinna. Vid assisterad befruktning krävs för att faderskapet eller föräldraskapet ska kunna fastställas att sambon eller maken har samtyckt till behandlingen och att det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats genom behandlingen.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen är inte enhetlig. Föräldraskapet för den kvinna som inte har fött barnet kan endast fastställas om den assisterade befruktningen skett enligt lagen om genetisk integritet m.m., medan faderskapet för en man kan fastställas även om den assisterade befruktningen skett utom lagens tillämpningsområde.

I betänkandet Föräldraskap vid assisterad befruktning (SOU 2007:3) föreslår utredaren bl.a. att föräldraskap vid assisterad befruktning med donerade ägg och spermier ska regleras på samma sätt för olikkönade och samkönade par samt att bestämmelserna om föräldraskap för en kvinna ska omfatta även assisterad befruktning som sker utomlands och insemination i egen regi. De frågor som nu ska utredas aktualiserar förnyade överväganden om föräldraskap vid assisterad befruktning.

Den föräldraskapsrättsliga regleringen är inte anpassad för surrogatmoderskap, vilket kan innebära svårigheter för de tilltänkta föräldrarna att bli rättsliga föräldrar till barnet. Regleringen innebär bl.a. att den tilltänkta modern vid barnets födelse aldrig kan fast-

ställas som rättslig moder till barnet. Hon får i stället försöka att bli förälder till barnet genom adoption. Regleringen kan också innebära att även om en av de tilltänkta föräldrarna är genetisk far till barnet, kan inte faderskapet för denne fastställas utan att faderskapspresumtionen för en man som är gift med surrogatmodern först hävs. Om surrogatmoderskap tillåts i Sverige kan därför den föräldraskapsrättsliga regleringen behöva ändras, t.ex. genom utvidgade möjligheter att fastställa föräldraskap, införande av en reglering som möjliggör överföring av föräldraskap eller införande av grundläggande bestämmelser om fastställande av moderskap.

Familjerättslig och närallgande lagstiftning utgår i många avseenden från att ett barn har två rättsliga föräldrar från födseln. Detta kommer till uttryck bl.a. i föräldrabalken genom att samhället har ett ansvar för att utreda och fastställa vem som är barnets far eller förälder. Ett barn som har tillkommit genom assisterad befruktning som utförts på en ensamstående kommer emellertid endast ha en rättslig förälder från födseln. Att ensamstående ges möjlighet till assisterad befruktning kan således föranleda ett behov av följdändringar i den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen. Frågan är vidare om en förändring av en sådan grundläggande utgångspunkt bör återspeglas även i annan lagstiftning.

Utredaren ska därför

- ta ställning till om föräldraskapet för den kvinna i ett samkönat äktenskap eller samboskap som inte har fött barnet ska kunna fastställas även i de fall assisterad befruktning har skett utomlands eller i egen regi,
- ta ställning till hur den föräldraskapsrättsliga regleringen ska ändras om surrogatmoderskap tillåts i Sverige,
- ta ställning till hur den föräldraskapsrättsliga regleringen ska anpassas till att ensamstående ges möjlighet till assisterad befruktning, och
- analysera hur lämnade förslag påverkar annan lagstiftning och ta ställning till om denna behöver ändras i något avseende.

Behövs det särskilda regler för de barn i Sverige som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands?

Det förekommer att ofrivilligt barnlösa söker sig utomlands för att bli föräldrar genom surrogatmoderskap. Barn som tillkommit på detta sätt finns redan i Sverige eller är på väg hit. Eftersom surrogatmoderskap inte är tillåtet i Sverige har det uppstått svårigheter när barn har fötts och de tilltänkta föräldrarna vill resa med barnet till Sverige. Bland annat kan det vara svårt att avgöra vilket lands lag som ska tillämpas i frågor om moderskap och faderskap, vilket får betydelse t.ex. vid ansökningar om medborgarskap, uppehållstillstånd och pass. De svenska regelverken för t.ex. föräldraskap och adoption är inte heller anpassade för dessa barn (jfr t.ex. JO beslut 2013-05-22 i dnr 5744-2012). Barnens ställning och familjerättsliga situation påverkas därigenom negativt. Det skapar också en osäkerhet om vad som rättsligt gäller i situationer när ett barn tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands. Osäkerheten kan bl.a. innebära en risk för att de tilltänkta föräldrarna inte är medvetna om de juridiska svårigheter som ett surrogatmoderskap innebär och att inblandade myndigheter behandlar fall olika. I slutändan drabbar osäkerheten barnet. Det är av stor betydelse att få ökad kunskap om situationen för de barn som kommit till genom surrogatmoderskap och säkerställa att de inte hamnar i en juridiskt eller på annat sätt utsatt situation på den grunden att surrogatmoderskap inte är tillåtet i Sverige.

Det är inte möjligt att genom en svensk reglering förhindra att surrogatmoderskap genomförs utomlands. Oavsett om surrogatmoderskap skulle tillåtas i Sverige eller inte kommer företeelsen – att söka sig utomlands för att bli förälder genom surrogatmoderskap – inte att upphöra. Det är därför, inte minst ur ett barnperspektiv, viktigt att svenska myndigheter har tydliga regler att tillämpa och att enskilda som överväger att söka sig utomlands för att bli föräldrar genom surrogatmoderskap har kunskap om vilka rättsliga konsekvenser detta kan få.

Utredaren ska mot denna bakgrund

- undersöka och analysera gällande regelverk och tillämpningen av detta i de fall ett barn tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands,
- belysa de internationellt privat- och processrättsliga aspekterna, samt

- ta ställning till om det ska införas särskilda regler för de barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands.

Om utredaren anser att särskilda regler ska införas eller befintliga regler ändras finns det flera tänkbara lösningar, t.ex. att utvidga möjligheterna att fastställa föräldraskapet genom bekräftelse eller dom, att möjliggöra överföring av föräldraskapet, att ändra reglerna för erkännande av utländska faderskapsavgöranden eller att möjliggöra erkännande av utländska moderskapsavgöranden.

Utredarens överväganden ska ta sin utgångspunkt i ställningstagandet om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige och under vilka förutsättningar det i så fall ska kunna ske. En reglering ska syfta till att undanröja den nuvarande osäkerheten om rättsläget och samtidigt motverka ett kringgående av förbud mot eller begränsningar av surrogatmoderskap i Sverige.

I den utsträckning barn som tillkommer genom surrogatmoderskap utomlands inte ska omfattas av en reglering ska utredaren

- ta ställning till om särskilda övergångsregler behöver införas för sådana barn som redan befinner sig i eller är på väg till Sverige och där det inte är möjligt eller förenat med svårigheter att fastställa annan än surrogatmodern som rättslig förälder eller vårdnadshavare till barnet.

Oberoende av om det föreslås en reglering för barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands, ska utredaren

- ta ställning till vilka informationsinsatser som behövs för att myndigheter och allmänheten ska få kunskap om innebörden av den svenska lagstiftningen, samt
- föreslå vem eller vilka som ska ansvara för dessa informationsinsatser.

Föräldraskap vid ändrad könstillhörighet

Riksdagen har på förslag av regeringen nyligen beslutat att kravet på sterilisering och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga inför ändring av könstillhörighet ska tas bort (prop. 2012/13:107, bet. 2012/13:SoU24, rskr. 2012/13:231). Förändringen innebär att det blir möjligt för personer som har för avsikt att ändra könstillhörighet att behålla möjligheten att själva genomgå graviditet och

föda barn eller att producera spermier samt att utnyttja sig av möjligheten att spara könsceller för att med hjälp av assisterad befruktning senare bli förälder.

Regeringen har bedömt att befintliga föräldraskapsrättsliga bestämmelser och principer kan tillämpas analogt utan att det medför rättsosäkerhet för de barn som föds i en familj där en av eller båda föräldrarna har bytt kön. Det är emellertid viktigt att rättstillämpningen följs upp.

Utredaren ska därför

- undersöka om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga kan medföra problem vid tillämpningen av den föräldraskapsrättsliga regleringen, och
- ta ställning till om det finns behov av ändring i den föräldraskapsrättsliga regleringen eller annan lagstiftning.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Utredaren ska utifrån de ställningstaganden som görs föreslå de författningsändringar som behövs för att genomföra de lämnade förslagen.

Utredarens arbete ska ske med utgångspunkt i att barnets bästa ska placeras i främsta rummet. Utredaren ska även i övrigt beakta de rättigheter som barn tillerkänns i FN:s konvention om barnets rättigheter. Utredaren ska redovisa vilka konsekvenser de förslag som lämnas får för barn, både på kort och på lång sikt.

Utredaren ska också beakta andra grundläggande mänskliga fri- och rättigheter och då särskilt de rättigheter kvinnor tillerkänns i FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor. Vidare ska utredaren redovisa vilka konsekvenser de förslag som lämnas kan få för jämställdheten mellan kvinnor och män samt för de eventuella surrogatmödrarna.

Utredaren ska i sina förslag även beakta konsekvenserna av avskaffandet av steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet.

Utredaren ska i den utsträckning som det bedöms nödvändigt inhämta synpunkter från berörda myndigheter och organisationer. Utredaren ska vidare ta del av relevant forskning inom området.

Utredaren ska göra de internationella jämförelser som anses befogade. Utredaren ska uppmärksamma och beakta Sveriges internationella åtaganden.

Utredaren är oförhindrad att ta upp sådana näraliggande frågor som har samband med de frågeställningar som ska utredas.

Utredaren ska bedöma förslagets ekonomiska konsekvenser för det allmänna. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras.

Utredaren ska i ett delbetänkande senast den 14 maj 2014 redovisa den del av uppdraget som avser ensamståendes möjlighet till assisterad befruktning och nödvändiga följdåtgärder. Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 24 juni 2015.

(Justitiedepartementet)

Hearing

Inledning

Som ett led i utredningens arbete anordnades en hearing i Stockholm den 5 februari 2014. Vid hearingen deltog företrädare för föreningen Barnlängtan, föreningen Ensamstående adoptivföräldrar, Familjerättsassocionomernas Riksförening, föreningen Femmis, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Socialstyrelsens rättsliga råd, Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Läkaresällskapet (gemensam representant med SFOG), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges kristna råd, Sveriges Kvinnolobby, Sveriges Psykologförbund och Sveriges Kvinnliga Läkares Förening. Ytterligare några myndigheter och organisationer var inbjudna, men deltog inte.

Syftet med hearingen var att inbjuda till en diskussion om de frågor som utredningen behandlar i delbetänkandet (dvs. frågor om assisterad befruktning för ensamstående kvinnor). Alla deltagare fick i förväg ta del av ett diskussionsunderlag med utredningens preliminära överväganden i dessa frågor. I vissa delar innehöll underlaget bara en redogörelse för den relevanta frågan och några centrala argument för respektive mot tänkbara lösningar.

Under hearingen fick deltagarna, efter en kort introduktion, framföra synpunkter på det utsända underlaget. De gavs också möjlighet att ställa frågor och lämna synpunkter på utredningens kommande arbete om bl.a. surrogatmoderskap.

I det följande ges en sammanfattning av hur vi har uppfattat de synpunkter som fördes fram under hearingen. Det bör tilläggas att deltagarna inte har getts någon möjlighet att lämna synpunkter på sammanfattningen. Det är därför möjligt att vi i något avseende kan

ha missuppfattat en synpunkt som förts fram. Det bör också tilläggas att *Familjerättsassocionomernas Riksförening* i efterhand har kompletterat de synpunkter som lämnades under hearingen. Även dessa synpunkter har tagits med i sammanfattningen.

Sammanfattning av deltagarnas synpunkter

Samtidig användning av donerade ägg och donerade spermier

Flera deltagare uttalade att de var positiva till samtidig användning av donerade ägg och donerade spermier (*RFSU*, *Femmis* och *Barnlängtan*). De hade samtidigt förståelse för att utredningen kan behandla denna fråga först i slutbetänkandet.

Terminologiska frågor

RFSL framförde att ordet ”kvinna” bör strykas i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., eftersom även personer som har ändrat könstillhörighet från kvinna till man numera kan genomgå en assisterad befruktning. *Sveriges Kvinnliga Läkares Förening* uttryckte tveksamhet till en sådan ändring och ifrågasatte vilka konsekvenser detta skulle få för regleringen i bl.a. föräldrabalken.

Prövningen inför en behandling

Majoriteten av de deltagare som uttalade sig i frågan ansåg att det inte bör införas någon särreglering för ensamstående kvinnor när det gäller den lämplighetsprövning som ska göras inför en behandling med donerade könsceller. Det anfördes bl.a. att en särreglering skulle kunna peka ut dessa familjer som sämre än andra familjer. *Femmis* anförde att det inte behöver vara svårare att leva som ensam förälder. Det kan däremot enligt *Femmis* vara annorlunda och vissa avseenden enklare.

Flera deltagare ifrågasatte om förfarandet borde betecknas som ”lämplighetsprövning” och föreslog att den nuvarande prövningen borde ersättas med en allmän bedömning av vad som är bäst för det blivande barnet. En sådan bedömning borde, enligt deltagarna, göras vid alla former av assisterad befruktning och oavsett om donerade könsceller används eller inte. *Psykologförbundet* höll med

om att man borde använda ett annat ord än lämplighetsprövning och tillade att en allmän bedömning alltid bör innefatta en psykosocial bedömning. Förbundet ifrågasatte också om en läkare verkligen är bäst lämpad att göra sådana bedömningar.

En del deltagare betonade vikten av att man i allvarliga fall kan vägra en behandling. Vissa framhöll också vikten av ökat psykologiskt stöd för de personer som genomgår en assisterad befruktning.

Familjerättssociomernas Riksförening har i en skrivelse efter hearingen angett att det även fortsättningsvis bör göras en prövning inför assisterad befruktning. Vid prövningen inför en behandling av en ensamstående kvinna bör man dessutom särskilt beakta kvinnans hälsa och sociala nätverk.

Åldersgränser

Ingen av deltagarna förordade under hearingen att det ska införas en särskild nedre eller övre åldersgräns för behandling av ensamstående kvinnor. Flera framhöll däremot vikten av enhetliga regler för landstingen. Företrädaren för *SKL* tillade att man nu arbetar med att ta fram enhetliga riktlinjer på detta område.

Familjerättssociomernas Riksförening har i en skrivelse gjort gällande att det behövs en övre åldersgräns vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor och tillagt åldersgränsen för adoption skulle kunna tillämpas i dessa fall.

Var ska behandlingarna få utföras?

En fråga som togs upp i diskussionsunderlaget var vilka sjukvårdsinrättningar som bör få utföra behandlingar av ensamstående kvinnor. De deltagare som uttalade sig i frågan var ense om att de regler som nu gäller för par också bör gälla för ensamstående kvinnor. Flera av dem framhöll visserligen vikten av forskning om kvinnorna och deras barn, men tillade samtidigt att forskning kan bedrivas även om behandlingen av ensamstående kvinnor inte begränsas till universitetssjukhusen. Forskningsargumentet måste därför, menade deltagarna, bedömas som relativt svagt vid en jämförelse med argumentet om tillgänglighet. Företrädarna för *Sveriges Kvinnliga Läkares Förening* tillade att det borde finnas ett riks-

täckande donationsregister som kan användas vid och underlätta forskningen.

Flera deltagare anförde att man bör överväga om inte IVF-behandlingar med donerade könsceller ska få utföras även vid andra sjukvårdsinrättningar än universitetssjukhusen. *RFSL:s* företrädare berättade att förbundet har frågat privata kliniker om varför de inte har ansökt om tillstånd för att få utföra givarinseminationer. Förbundet fick till svar att det var krångligt att ansöka om detta. Klinikererna var dessutom tveksamma till om det finns en marknad. *RFSL* ifrågasatte vid hearingen om det vid givarinseminationer verkligen måste krävas att sjukvårdsinrättningen har en läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi och anförde att kravet avhåller sjukvårdsinrättningar från att ansöka om tillstånd.

Företrädaren för *IVO* anförde att det i vissa avseenden är oklart vad som ska undersökas när en vårdgivare ansöker om tillstånd för att få utföra givarinseminationer.

Valet av spermiegivare

I diskussionsunderlaget ställdes frågan om det bör införas en särreglering för ensamstående kvinnor när det gäller möjligheten att använda spermier från en känd donator. De flesta deltagare som yttrade sig om detta ansåg att det inte bör införas en sådan reglering. *RFSL:s* företrädare tillade att det redan i dag är möjligt att genom assisterad befruktning åstadkomma andra familjekonstellationer än som åsyftas med regleringarna. *Psykologförbundets* företrädare ifrågasatte styrkan av det argumentet. Företrädaren för *IVO* lyfte frågan om det kan bli ett problem i sådana fall där en kvinna har valt att använda spermier från en känd givare i syfte att uppnå ett gemensamt föräldraskap med honom och sedan ändrar sig.

Samtycke från spermiegivaren

Ingen av deltagarna ansåg att det vid assisterad befruktning för ensamstående kvinnor bör krävas ett särskilt samtycke från spermiegivaren. Ingen av dem ansåg heller att spermiegivaren bör kunna välja bort ensamstående kvinnor som mottagare av de donerade spermerna.

Faderskapspresumtionen

Ingen av deltagarna ansåg att möjligheten till assisterad befruktning för ensamstående kvinnor förutsätter ett undantag från faderskapspresumtionen i 1 kap. 1 § föräldrabalken. *RFSL* ansåg däremot att utredningen i slutbetänkandet bör överväga frågan om inte faderskapspresumtionen ska göras könsneutral, eftersom det numera finns personer med kvinnlig könstillhörighet som har spermier.

Kvinnor som genomgår behandlingar som ensamstående

Femmis uppgav att det bland föreningens medlemmar, som alla är ensamstående, föds ca 50–70 barn per år efter assisterad befruktning. När möjligheten införs i Sverige, kommer det, enligt *Femmis*, inledningsvis att bli en ”topp” i antalet sökande kvinnor. *Familjerättssociomernas Riksförening* uppgav att man vid familjerättsbyrån i Göteborg förra året hade ca 20 ärenden om barn som tillkommit genom assisterad befruktning för ensamstående kvinnor.

Femmis uppgav att det är svårt att uttala sig om vad som kännetecknar de kvinnor som väljer att genomgå assisterad befruktning som ensamstående. Enligt *Femmis* handlar det nämligen om en mycket heterogen grupp. En del kvinnor vill genomgå behandling på grund av att ”tiden håller på att rinna ut”. En del andra kvinnor vill genomgå en behandling eftersom de vet att de inte kan få barn även om de träffar en partner (t.ex. ensamstående homosexuella kvinnor). Det finns naturligtvis också kvinnor som av andra skäl vill genomgå en behandling som ensamstående.

Statens offentliga utredningar 2014

Kronologisk förteckning

1. Vissa bostadsbeskattningsfrågor. Fi.
2. Framtidens valfrihetssystem
– inom socialtjänsten. S.
3. Boende utanför det egna hemmet
– placeringsformer för barn och unga. S.
4. Det måste gå att lita på konsumentskyddet. Ju.
5. Staten får inte abdikera
– om kommunaliseringen av den svenska skolan. U.
6. Män och jämställdhet. U.
7. Skärpta straff för vapenbrott. Ju.
8. Översyn av statsskuldpolitiken. Fi.
9. Förändrad assistansersättning
– en översyn av ersättningsystemet. S.
10. Ett steg vidare – nya regler och åtgärder för att främja vidareutnyttjande av handlingar. S.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2014. Forskningsdebatt, alternativ och beslutsfattande. M.
12. Utvärdera för utveckling – om utvärdering av skolpolitiska reformer. U.
13. En digital agenda i människans tjänst
– en ljusnande framtid kan bli vår. N.
14. Effektiv och rättssäker PBL-överprövning. S.
15. Investeringsplanering för försvarsmateriel
En ny planerings-, besluts- och uppföljningsprocess. Fö.
16. Det ska vara lätt att göra rätt
Åtgärder mot felaktiga utbetalningar inom den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. A.
17. Genomförande av Seveso III-direktivet. Fö.
18. Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. Ju.
19. Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande. U.
20. Läkemedel för särskilda behov. S.
21. Bredband för Sverige in i framtiden. N.
22. Genomförande av EU:s nya redovisningsdirektiv. Ju.
23. Rätt information på rätt plats i rätt tid. Del 1, 2 och 3. S.
24. Olycksregister och djupstudier på transportområdet. N.
25. Internationella rättsförhållanden rörande arv. Ju.
26. Tillträde till COTIF 1999. Ju.
27. Svensk veteranpolitik. Ett ansvar för hela samhället. + Bilagor. Fö.
28. Lönsamt arbete
– familjeansvarets fördelning och konsekvenser. A.
29. Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. Ju.

Statens offentliga utredningar 2014

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Det måste gå att lita på konsumentskyddet. [4]
Skärpta straff för vapenbrott. [7]
Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. [18]
Genomförande av EU:s nya redovisningsdirektiv. [22]
Internationella rättsförhållanden rörande arv. [25]
Tillträde till COTIF 1999. [26]
Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor. [29]

Försvarsdepartementet

Investeringsplanering för försvarsmateriel
En ny planerings-, besluts- och uppföljningsprocess. [15]
Genomförande av Seveso III-direktivet. [17]
Svensk veteranpolitik. Ett ansvar för hela samhället. + Bilagor. [27]

Socialdepartementet

Framtidens valfrihetssystem
– inom socialtjänsten. [2]
Boende utanför det egna hemmet
– placeringsformer för barn och unga. [3]
Förändrad assistansersättning
– en översyn av ersättningsystemet. [9]
Ett steg vidare – nya regler och åtgärder för att främja vidareutnyttjande av handlingar. [10]
Effektiv och rättssäker PBL-överprövning. [14]
Läkemedel för särskilda behov. [20]
Rätt information på rätt plats i rätt tid. Del 1, 2 och 3. [23]

Finansdepartementet

Vissa bostadsbeskattningsfrågor. [1]
Översyn av statsskuldspolitiken. [8]

Utbildningsdepartementet

Staten får inte abdikera
– om kommunaliseringen av den svenska skolan. [5]
Män och jämställdhet. [6]
Utvärdera för utveckling – om utvärdering av skolpolitiska reformer. [12]
Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande. [19]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet
2014. Forskningsdebatt, alternativ och beslutsfattande. [11]

Näringsdepartementet

En digital agenda i människans tjänst
– en ljusnande framtid kan bli vår. [13]
Bredband för Sverige in i framtiden. [21]
Olycksregister och djupstudier på transportområdet. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Det ska vara lätt att göra rätt
Åtgärder mot felaktiga utbetalningar inom den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. [16]
Lönsamt arbete
– familjeansvarets fördelning och konsekvenser. [28]