

Remissvar "Olika vägar till föräldraskap" (SOU 2016:11)

Kvinnliga läkares förening lämnar härmed synpunkter på uppdraget till utredaren som berör följande delar av utredarens uppdrag, nämligen att

- 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

Sammanfattning

Surrogatmoderskap ökar acceptansen för att man använder sig av en annan människas kropp för att tillfredsställa sina egna begär. Det är omöjligt att kontrollera att altruistiskt surrogatmoderskap inte övergår i ett kommersiellt. Därtill finns sociala påtryckningar som en kvinna ska slippa om att ställa sin kropp till förfogande för en annan människas önskningar. En surrogatmoder utsätter sig för medicinska risker som beställarparet slipper. De är acceptabla om en väntar sitt eget barn men förefaller oetiskt att kräva av någon annan. Internationella erfarenheter går nu åt motsatt håll, där en sett konsekvenser av surrogatmoderskapet och vill hindra dess framfart för de här kvinnornas skull. Kvinnliga läkares förening anser att Sverige nog bör studera de internationella erfarenheterna innan ett beslut tas i Sverige, att Sverige bör arbeta efter försiktighetsprincipen och avråder därför bestämt från att beslut tas innan en utredning med internationellt perspektiv är klar. Det medicinska, etiska och jämförande ekonomiska perspektiv har åsidosatts för att i första hand hjälpa ofrivilligt barnlösa. Men barn är ingen rättighet och bör inte gå före andra etiska principer.

Medicinska risker för surrogatmodern

Kvinnliga läkares förening framhåller att graviditet och förlossning är förenade med risker. Globalt sett är graviditet och förlossning det farligaste en fertil kvinna kan utsätta sig för. Fler dör av graviditet- och förlossningsrelaterade orsaker än i krig, inbördeskrig, HIV, tuberkulos och malaria.

All statistik nedan är hämtad från Socialstyrelsen om inget annat anges.

Även i Sverige har vi medicinska risker, där de flesta ökar med antal graviditeter, t ex framfall, som vi i Sverige opererar 6000 kvinnor per år. Andra vanliga komplikationer är depression 15 %, blodpropp 1,7 %, bristningar av grad 3 eller 4 (vilket innebär att man spricker ända bak genom hela ändtarmsmuskeln) 3,5 %, urininkontinens drabbar 33 % första

året efter förlossningen, sköldkörtelsjukdomar 6 %, havandeskapsförgiftning 8 %, graviditetsdiabetes 2 % (där Sverige antagligen snart kommer att anpassa sig efter internationella riktlinjer från WHO med sänkta gränsvärden och fler med diagnosen som följd).

Omkring 1,5 procent av alla barn föds med missbildningar eller kromosomrubbingar som är så omfattande att de leder till att barnet dör eller får betydande funktionsnedsättningar. Den vanligaste är trisomi 21, Downs syndrom, som ofta, men inte alltid, går att förutse med hjälp av fosterdiagnostik. Antalet avbrutna graviditeter har ökat successivt, men andelen barn som föds med Downs syndrom har ändå varit stabil eftersom mödrarna blir allt äldre. Under 2003–2006 aborterades 49 procent av fostren där Downs syndrom hade identifierats. Av alla som föds i Sverige är det 6 procent som föds för tidigt och 1 procent föds mycket för tidigt, dvs innan utgången av graviditetsvecka 32. Komplikationer som associeras med att vara för tidigt född är nedsatt syn, CP-skador, koncentrationssvårigheter och lägre medelinkomst. Lika lite som vi kan veta något om vår egen framtid kan vi få fullständig kunskap om det väntade barnet. Inga undersökningar kan ge en garanti att barnet en väntar kommer födas friskt, lika lite som man kan veta om det blir vackert, musikaliskt, lyckligt eller olyckligt.

I Sverige har vi en spädbarnsdödlighet på ca 2,5 per 1 000 levande födda, dvs död inom det första året. (Barn som var döda vid födseln ingår inte i spädbarnsdödligheten, och de ligger stabilt på dryga 300/år.) Drygt 40 procent av dödsfallen har orsaker som är relaterade till graviditeten, förlossningen och omställningsprocessen därefter. Omkring 35 procent beror på medfödda missbildningar och 8–9 procent beror på plötslig spädbarnsdöd.

Familjens sociala levnadsvillkor påverkar barns hälsa redan från allra första början genom den gravida kvinnans livsvillkor och hälsovanor. Risken för dödföddhet och död efter den första levnadsveckan är 30–40 procent högre för barn till mödrar i hushåll med låga inkomster jämfört med barn till mödrar i hushåll med högre inkomster (tabell 1). De sociala skillnaderna är mindre i samband med förlossningen och under den första levnadsveckan då den medicinska vården är särskilt betydelsefull.

När vi talar om medicinska risker får vi inte glömma frågan om epigenetik, det vill säga att fostret påverkas av mamman under graviditeten. Vi vet idag att arv och miljö börjar påverka barnet redan i livmodern. Den gravida kvinnan är alltså inte bara en "behållare", utan även en aktiv del av processen.

Den mest befarade komplikationen är naturligtvis död vilket numera är ovanligt i Sverige. Antalet dödfödda barn var 3,8 per 1 000 födda barn och den neonatala dödligheten 0–27 dygn efter förlossningen var 1,8 per 1 000 levande födda barn. Enligt Socialstyrelsens siffror dör ca 4 kvinnor per år i samband med graviditet och förlossning, vilket förmodligen är en underskattning, och den rätta siffran ligger förmodligen kring ca 8–10 kvinnor per år. (Läkartidningen nr 1–2 2013 volym 110 och nr 34 2008 volym 105) Siffror fattas om kvinnor avlider på andra verksamhetsområden än kvinnokliniken på ett sjukhus, vilket hon gör om hon t ex får en blodpropp i lungan, blir deprimerad, får en hjärnblödning eller får blodförgiftning. Depression är den dödligaste sjukdomen bland unga i Sverige och är ingen försumbar komplikation vid graviditet och förlossning. De flesta som dör genom självmord är deprimerade. Risken för självmord är 20 gånger högre vid depression, men den interindividuela variationen är stor. I åldersgruppen 20–59 år är dödligheten, oavsett dödsorsak, femfaldigt förhöjd bland patienter med depression.

Förlossningspsykos är en ovanligare men ännu farligare komplikation. Förlossningspsykos drabbar 1-2 promille av nyförlösta kvinnor och uppträder oftast inom fyra veckor efter förlossningen. Obehandlat ger tillståndet en ökad risk för självmord eller barnamord. Med adekvat behandling blir kvinnan ofta förbättrad inom ett par veckor, men kan vara påverkad i upp till ett år. Kvinnorna beskriver sin sjukdomsupplevelse som en känsla av överväldigande rädsla och skräck.

Sveriges kvinnliga läkares förening vill även betona att den stora majoriteten av kvinnor som dör under graviditeten hör till lågriskgruppen, varför WHO brukar tala om att *“all women are at risk”*.

De medicinska riskerna som graviditet och förlossning innebär är acceptabla om man väntar sitt eget barn. Att däremot kräva att någon annan ska utsättas för riskerna förefaller däremot oetiskt.

Ökad acceptans av köp av andras kroppar och kroppsdelar, en konsekvens

Surrogatmoderskap ökar acceptansen för att man använder sig av en annan människas kropp för att tillfredsställa sina egna begär. Surrogatmoderskap innebär alltid handel med människor, med kvinnors kroppar och med barn. Det finns alltid en beställare, en köpare, det vill säga den som ska ha barnet. Det finns alltid en producent, en säljare, det vill säga kvinnan vars hela kropp används för och vars liv regleras utifrån detta. Det finns alltid ett barn, produkten, som ska byta ägare. Handel med människor är förbjudet och strider mot grundläggande mänskliga rättigheter, FN:s slaverikonvention och Kvinnokonvention.

En del försöker argumentera för att ett altruistiskt surrogatmoderskap skulle minska den kommersiella relationen mellan beställarparet och surrogatmodern, men det finns inte ett enda exempel från hela världen där det har skett.

Lagar har som bekant en normerande verkan, och hos en del lagar är denna verkan mycket viktig. Om Sverige tillåter surrogatmoderskap innebär det också ett brott mot sexköpslagen som tillkommit för att hindra köp av en annan människas kropp. En acceptans av surrogatmoderskap kommer med nödvändighet att luckra upp Sveriges tidigare hållning att köp av andra människors kroppar och kroppsdelar är illegalt.

Altruistiskt surrogatmoderskap – ett ideal som i praktiken sällan förverkligas

Den hälsomässiga och fysiska situationen för surrogatmodern och beställarparet är diametralt olika. Surrogatmodern utsätter sig för alla de risker som exemplifierats ovan, samt sådana risker som vi avstått från att beskriva i detta sammanhang. Beställarparet däremot slipper dessa risker. Det för att förhållandet mellan beställarparet och surrogatmodern är asymmetriskt. Det gör att en altruistisk relation där surrogatmodern utan ersättning genomgår graviditet och förlossning kommer vara mycket ovanlig. En kropp utsätter sig för hälsorisker och kommer i de flesta fall att begära kompensation för dessa. En kropp slipper hälsorisker men lider av barnlöshet och kommer att därför vara beredd att ersätta surrogatmodern. Det normala kommer vara att surrogatmodern önskar ersättning för de risker hon utsätter sig för och därmed kommer en handel med kvinnors kroppar att

uppstå. Någon form av ekonomisk transaktion kommer normalt att bli följden, och denna transaktion kommer att bli öppen där kommersiellt surrogatmoderskap tillåts och dold (ej spårbar) där kommersiellt surrogatmoderskap är illegalt.

Ekonomisk ersättning och effekter för samhällsekonomin

När det gäller ekonomisk ersättning till surrogatmodern har så kallad kostnadstäckning setts som rimlig. Frågan är dock vad som är rimligt. Ska den minskning av aktuell årsinkomst och framtida pension som blir följden av eventuell sjukskrivning under graviditeten ersättas? I så fall blir frågan om ersättningen ska betalas av beställarparet eller av offentliga medel genom Försäkringskassa eller annan myndighet. Eftersom ca en fjärdedel av alla gravida kvinnor är sjukskrivna under delar av graviditeten är detta ingen försumbar fråga. En annan fråga rör ersättning för komplikationer vid graviditet och förlossning? Vem ska avgöra vilken ersättning som ska betalas till surrogatmodern vid tillfällig urininkontinens? Vid permanent urininkontinens? Vid analinkontinens? Att KLF nämner dessa komplikationer har inget att göra med organisationens ståndpunkt att surrogatmoderskap inte bör tillåtas, utan är en nödvändig påminnelse från medicinsk sakkunnigt håll om att besvarandet av dessa och många andra liknande frågor blir en nödvändig följd om Sverige tillåter altruistiskt surrogatmoderskap.

Hittills har Sverige tillämpat politiken att det allmänna inte subventionerar adoption utan de blivande föräldrarna får stå för de kostnaderna själva. När det gäller surrogatmoderskap är inte det möjligt. IVF, mödravård, medicin, förlossningsvård är offentligt finansierad i Sverige och kostnadsfri eller starkt subventionerad. En surrogatgraviditet skulle inte komma till stånd utan surrogatkontraktet. Just en surrogatgraviditet och -förlossning går bara att hänföra till just surrogatmoderskapet och kommer därmed att omfattas av andra ekonomiska principer än vad adoption gör.

Genetisk koppling mellan beställarpar och barn

Av utredningen framgår att det ska finnas en genetisk koppling mellan beställarparet och surrogatmoderns barn. En intressant fråga är varför det är så viktigt att regeringen har infört detta villkor. En stor mängd forskningsresultat visar att adopterade barn i det stora hela har samma livsvillkor som barn som bor med sina biologiska/genetiska föräldrar.

Följden för barn som föds med skador och bestående handikapp

Ur ett barnperspektiv är det viktigt att tänka på konsekvenserna för det barn som föds av surrogatmodern och skadas under graviditet eller förlossning, eller har en genetisk avvikelse. Det finns en risk, och har skett, att beställarparet avvisar ett barn som inte är friskt och fritt från handikapp eller genetisk avvikelse. Det innebär en risk för att dessa barn, som är i extra behov av starkt föräldraskydd och långvarig omsorg, blir föräldralösa eftersom surrogatmodern varken har skyldighet eller beredskap att ta hand om barnet.

Erfarenheter från länder där surrogatmoderskap praktiserats länge

Flera länder där surrogatmoderskap har varit tillåtet, har den senaste tiden valt att avskaffa den möjligheten för beställarpar från utlandet. Indien, som tidigare varit centrum för surrogathandel har nu förbjudit utländska beställarpar då de bedömt att surrogatmödrarna utnyttjats. Alla nationer påverkas av stora befolkningsströmmar och familjebildning över nationsgränser. Det gäller därför att göra noggranna konsekvensanalyser av vad en förändring av svensk lagstiftning på detta område skulle medföra i ett internationellt perspektiv. Den socioekonomiska, psykologiska, juridiska och medicinska följderna av surrogatmoderskap i stor skala har först under senare år börjat studeras vetenskapligt och ett forskningsområde börjar växa fram. Följden av denna kunskapstillväxt har blivit att de länder som har störst erfarenhet av surrogatmoderskap såsom Indien och Thailand har skärpt lagarna mot surrogatmoderskap. Inget av dessa länder tillåter längre kontrakt mellan utländska beställarpar och inhemska mödrar. Kvinnliga läkares förening anser att Sverige nog bör studera de internationella erfarenheterna innan ett beslut tas i Sverige, att Sverige bör arbeta efter försiktighetsprincipen och avråder därför bestämt från att beslut tas innan en utredning med internationellt perspektiv är klar.

Sveriges Kvinnliga läkares förening