

**Tjänsteutlåtande**  
Datum 2016-06-03  
Diarienummer SU 2016-01065

**Förvaltning/enhet**  
Handläggare: Per-Olof Sjöblom

Till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## **Slutbetänkandet SOU 2016:11. Olika vägar till föräldraskap (dnr Ju2016/01712/L2)**

### **Förslag till beslut**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutar:

1. Styrelsen antar tjänsteutlåtande 2016-06-03 att utgöra svar till Justitiedepartementet på SOU 2016:11 Olika vägar till föräldraskap.

### **Sammanfattning av ärendet**

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har fått slutbetänkande av utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet på remiss (SOU 2016:11) från Justitiedepartementet. Utredaren fick i uppdrag att överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att bli föräldrar.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset ställer sig positiv till huvudpunkterna i förslagen och de lagändringar som krävs. Utredningen innehåller dock vissa förslag där SU inte helt delar utredningens uppfattning och därför önskar ge specifika synpunkter enligt bifogat yttrande.

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET



Barbro Fridén  
Sjukhusdirektör

**Bilaga: Yttrande SOU 2016:11 Olika vägar till föräldraskap**

**Beslutet skickas till**  
Justitiedepartementet

**YTTRANDE**

2016-06-03

Justitiedepartementet  
13 33 Stockholm**Slutbetänkandet SOU 2016:11. Olika vägar till föräldraskap (dnr Ju2016/01712/L2)****Sammanfattning**

Sammanfattningsvis ger utredningen följande förslag:

- Ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor.
- Kravet på genetisk koppling bör avskaffas och man bör tillåta behandlingar med enbart donerade könsceller liksom behandling med donerade befruktade ägg inom svensk hälso- och sjukvård.
- Spermier från avliden donator får ej användas vid insemination.
- Frystiden för befruktade embryon höjs från fem till tio år.
- Varken kommersiellt eller altruistiskt surrogatmoderskap bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård.
- Regler tillskapas för barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands.
- Förslag på förändringar i den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen som följd av det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet.

Utredningen är mycket omfattande och uppfattas synnerligen noggrant genomförd. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) ställer sig positiv till huvudpunkterna i förslagen och de lagändringar som krävs. Utredningen innehåller dock vissa förslag där SU inte helt delar utredningens uppfattning och därför önskar ge specifika synpunkter enligt nedan.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset delar Utredningens förslag avseende:

- Ensamstående kvinnor
- Kravet på genetisk koppling bör avskaffas, tillåta donation av både ägg och spermier liksom donation av befruktade ägg.
- Spermier från avliden donator får ej användas
- Frystiden för befruktade embryon förlängs
- Surrogatmoderskap ej tillåtas generellt, möjligen i speciella fall efter central utredning
- Förenklade regler för barn tillkomna genom surrogatmoderskap

- Förslag på förändringar i den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen med avseende på föräldraskap vid ändrad könstillhörighet

Sahlgrenska Universitetssjukhuset motsätter sig Utredningens förslag avseende:

- Utvidgande av ångerrätten för donerade ägg och spermier, att gälla fram till återförande till livmodern
- Förbud mot återförande av befruktade, donerade embryon efter att donatorn avlidit

### Bakgrund

I kapitlet Kunskapsunderlaget, sid 239 10.2.3 står det att risken för IVF barn att drabbas av medicinska besvär eller sjukdomar inte är högre än för barn tillkomna genom spontan konception, undantaget flerbördsgraviditeter beroende på att flera embryon återförs åt gången. Detta är inte riktigt sant. Risken att födas för tidigt och vara lågviktig är förhöjd 2-3 gånger hos barn födda i enkelbörd efter IVF jämfört med barn födda i enkelbörd efter spontan konception (Helmerhorst *et al.*, 2004, Jackson *et al.*, 2004, McGovern *et al.*, 2004, Mc Donald *et al.*, 2009, Pandey *et al.*, 2012). Likaså skriver man att risken för missbildningar inte är förhöjd om man tar hänsyn till faktorer hos föräldrarna. Flera stora registerstudier och systematiska översikter/meta-analyser (Rimm *et al.*, 2004, Mc Donald *et al.*, 2005, Hansen *et al.*, 2013, Pandey *et al.*, 2012) har visat en liten men signifikant ökad risk för missbildningar hos IVF-barn jämfört med barn födda efter spontan konception, även när man justerat för mamma variabler (justerad odds kvot 1.3-1.7). Risken för cancer hos IVF-barnen har däremot, i två stora, nyligen publicerade registerstudier, varav en från de nordiska länderna (Williams *et al.*, 2013, Sundh *et al.*, 2014) inte visat någon ökad risk. Dessa studier inkluderade 106 000 respektive 92 000 IVF-barn samt kontroller. I texten står det att cancerrisken är något förhöjd vilket grundar sig på äldre studier med färre inkluderade barn.

### Assisterad befruktning till ensamstående kvinnor

Denna del är redan tidigare redovisad och från och med 1 april 2016 är det möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå insemination eller befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård varför detta inte kommenteras.

### Kravet på genetisk koppling bör avskaffas och man bör tillåta behandlingar med enbart donerade könsceller liksom behandling med donerade befruktade ägg inom svensk hälso- och sjukvård

En noggrann kartläggning av kunskapsläget har gjorts och trots att litteraturen angående barn som tillkommit efter donation av både ägg och spermier är sparsam så anser man att man kan dra paralleller med barn tillkomna genom donation av ägg eller spermier samt adoption. För dessa familjer finns inga indikationer att donation av könsceller skulle innebära några risker. Den sociala miljön och det rättsliga läget verkar vara viktigare för barns psykosociala utveckling än en rent genetisk koppling. Sahlgrenska Universitetssjukhuset stöder förslaget.

En del av förslaget rör återkallande av samtycke för donatorer. Idag kan donatorn återkalla sitt samtycke fram till att befruktning skett. Utredningen föreslår att rätten till återkallande ska utvidgas och gälla ända fram tills att de befruktade äggen återförts till livmodern. Det skulle innebära att om ett par eller en kvinna har befruktade embryon frysta, för att användas om

graviditet ej uppnås med färsk behandling eller om paret eller kvinnan senare önskar syskon, så kan de inte räkna med att kunna använda dessa befruktade ägg, istället kan de komma att behöva förstöras. Detta skulle vara olyckligt från recipienternas synpunkt som räknar frysta befruktade ägg som sina och som en mycket viktig reserv om första behandlingen inte lyckas. Detsamma gäller om donatorn avlider, redan skapade embryon bör då få användas av paret eller kvinnan. Sahlgrenska Universitetssjukhuset föreslår att man vidmakthåller den tidigare rutinen för återkallande av samtycke.

Ett speciellt avsnitt ägnas åt samkönade par. Inom ett par med två kvinnor ska således endast medicinska skäl kunna utgöra skäl för att ägg från den ena kvinnan i paret doneras till den andra. giltiga Detta på grund av att det är välkänt, också från svenska studier (Nejdet et al, 2016) att äggdonationsgraviditeter medför högre medicinska risker både för mamman och barnet. Sahlgrenska Universitetssjukhuset stöder detta.

### **Frystiden för befruktade embryon höjs från fem till tio år.**

Inga risker med längre frystider än fem år har noterats. Redan idag söker många par om förlängning av frystiden och detta beviljas så gott som alltid. En generell förlängning leder till förenkling och mindre administration.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset stöder förslaget.

### **Surrogatmoderskap**

Surrogatmoderskap är en stor och ytterst komplicerad fråga. Bland fördelarna med att tillåta surrogatmoderskap i Sverige är möjligheten att fler människor kan få uppleva att bli föräldrar. Ett hanterande inom svensk sjukvård skulle också innebära större trygghet och bättre garantier än vad många länder där surrogatarrangemang idag är möjliga. Det skulle t.ex. innebära en garanti för det blivande barnet att få information om sitt genetiska ursprung, något som i Sverige vad gäller andra delar av assisterad befruktning läggs stor vikt på. Utredningen föreslår dock att varken kommersiellt eller altruistiskt surrogatmoderskap bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård. Beslutet synes grunda sig på en noggrann genomgång av tillgänglig litteratur samt djupgående diskussioner där man belyst för- och nackdelar med ett eventuellt tillåtande av surrogatmoderskap i Sverige. Att ett kommersiellt surrogatmoderskap inte bör tillåtas är säkert ganska okontroversiellt för de flesta. Utredningen fastslår att kommersiella surrogatarrangemang är oförenliga med principen att människokroppen och dess delar inte får ge upphov till vinning och att sådana arrangemang starkt kan ifrågasättas med hänsyn till kvinnors och barns rättigheter. Frågan om ett altruistiskt surrogatmoderskap är oerhört mer komplex och svårhanterad. Det är tydligt att det är många parter att ta hänsyn till och utredningen redogör för dessa på ett föredömligt sett; surrogatmamman som upplåter sin kropp och livmoder till en graviditet och förlossning med dess välkända risker, risker som i vanliga fall tas av den blivande mamman. Litteraturen om de medicinska riskerna samt om surrogatmammors motiv och upplevelse är förhållandevis sparsam. Även om de flesta studier finner att surrogatmamman upplever surrogat arrangemanget positivt finns det också rapporter om svårigheter att lämna ifrån sig det nyfödda barnet, psykiska besvär och fall där surrogatmamman helt enkelt ångrat sig och velat behålla barnet, ibland med slitsamma rättegångar som följd. Utredningen anser att ett av de starkaste argumenten mot ett tillåtande av surrogatmoderskap i Sverige är risken för påtryckningar, uttalade eller underförstådda, att

ställa upp som surrogatmor. Det är svårt att försäkra sig om att det föreligger ett informerat samtycke. Den risken är sannolikt särskilt stor om kvinnan är en närstående till de som behöver hjälp av en surrogatmor. Utredningen påtalar också risken för kommersialisering, framför allt om en icke närstående skulle agera som surrogatmodrar.

Vad gäller psykosocial utveckling för barn som tillkommit genom surrogatmoderskap är även här litteraturen bristfällig. Kunskapen kommer från en eller två forskargrupper i Storbritannien. Studierna kan inte visa några påtagliga risker för barnen vad gäller fysisk eller psykisk hälsa eller utveckling men är begränsade i storlek och behäftade med påtagliga bortfall. Inga studier efter 10 års ålder existerar. Vad som händer med barnen om konflikt uppstår eller surrogat arrangemanget avbryts är okänt.

För de blivande föräldrarna är situationen inte heller okomplicerad. De kan knappast påverka surrogatmodern under graviditet beträffande livsstilsfaktorer t.ex. alkoholintag. Vad händer om svåra graviditetskomplikationer uppstår? Missbildningar hos barnet? Önskemål från någons sida om abort mm.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset håller med om att de viktigaste argumenten mot tillåtande av surrogatmoderskap är den påtagliga risken för påtryckningar för en närstående att ställa upp som surrogatmor, risk för kommersialisering och kunskapsbristen vad gäller barnen. Och att därmed surrogatmoderskap ej bör bli generellt tillåtet inom svensk hälso-och sjukvård. Man kan därmed knappast heller stimulera och underlätta för par och ensamstående att genomgå surrogat arrangemang utomlands. Ett sådant förfarande vore ologiskt. Däremot, och som utredningen föreslår, bör regelverket för de barn som redan fötts, förenklas. Mater-est regeln leder dock ofrånkomligen till att surrogatmoderskap inbegriper en adoption. Möjligen skulle man kunna tillämpa samma regler som på Nya Zeeland där altruistiskt surrogatmoderskap kan godkännas i enskilda fall efter särskild prövning av t.ex. Socialstyrelsen. Det kan jämföras med hur man i Sverige handlägger frågor om preimplantatorisk genetisk diagnostik där även vävnadsantigener analyseras (HLA-PGD).

### **Föräldraskap vid ändrad könstillhörighet**

Sedan 1 juli 2013 är kravet på sterilisering borttaget för de som ändrar kön. Det innebär att det är möjligt att få barn efter ett könsbyte med sina egna, eventuellt frysbevarade könsceller. En person som genomgått könsbyte från kvinna till man och som har kvar sin livmoder kan då bli gravid och föda barn. Enligt mater-est regeln bör då denna person räknas som barnets mor vilket skulle kunna anses logiskt och konsekvent. Utredningen föreslår dock att denna person ska betraktas som barnets far. Skälet till detta är att personen ifråga ju bytt kön och nu har ett manligt personnummer, vill betraktas som man och att det är den nya könstillhörigheten som ska styra rätt- och skyldigheter. Även ur barnets synpunkt anser man det mindre komplicerat att personen ifråga betraktas som barnets far. .

Däremot anser utredningen att en man som byter kön till kvinna ska ha samma rättigheter och skyldigheter vid graviditet och föräldraskap som om han varit kvinna och således mor. Sahlgrenska universitetssjukhuset stöder utredningens förslag.

### **Harmonisering av behandlingsmöjligheter och behandlingsprinciper**



Förslaget att varje landsting/region ska besluta om respektive behandling ska erbjudas inom den offentliga verksamheten eller om dessa typer av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna gagnar knappast en jämlik vård i ett nationellt perspektiv. Det bör vara en grundprincip att ha samma regler för behandlingsmöjligheter oavsett var i Sverige man bor.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset anser det viktigt att behandlings- och betalningsprinciper etc., harmoniseras mellan landstingen för denna grupp av patienter.

### Konsekvenser för vårdgivare

Utredningen anser att förslagen endast får marginella effekter på ekonomi och väntetider inom sjukvården. Flera av förslagen kräver dock en ökning i antalet ägg- och spermadonatorer. Det är redan idag svårt att rekrytera sådana, en ökad efterfrågan kräver ökade ekonomiska och personella resurser. En förlängning av frystiden för embryon medför naturligtvis också ett merarbete för klinikerna och ökade förvaringsutrymmen.

### Referenser

Helmerhorst FM, Perquin DA, Donker D et al. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2004;**328**:261-265.

Jackson RA Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2004;**103**:551-63.

McDonald SD, Han Z, Mulla S et al. Knowledge Synthesis Group. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;**146**:138-148.

Pandey S, Shetty A, Hamilton M Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2012;**18**(5):485-503.

Sundh KJ, Henningsen AK, Källen K, Bergh C, Romundstad LB, Gissler M, Pinborg A, Skjaerven R, Tiitinen A, Vassard D, Lannering B, Wennerholm UB. Cancer in children and young adults born after assisted reproductive technology: a Nordic cohort study from the Committee of Nordic ART and Safety (CoNARTaS). *Hum Reprod*. 2014; **29**(9):2050-7.

Williams CL, Bunch KJ, Stiller CA, Murphy MF, Botting BJ, Wallace WH, Davies M, Sutcliffe AG. Cancer risk among children born after assisted conception. *N Engl J Med*. 2013;**369**:1819-27.

Hansen M, Kurinczuk bJJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2013;**19**:330-53.

Nejdet S, Bergh C, Källen K, Wennerholm UB, Thurin Kjellberg A. Maternal and perinatal complications after oocyte donation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 (in press).

*I detta yttrande har nedanstående personer medverkat;*

Christina Bergh, professor Obstetrik och Gynekologi, Avdelningen för obstetrik och gynekologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Ann Thurin Kjellberg, överläkare, docent, Reproduktionsmedicinska enheten/  
Kvinnosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Kersti Lundin, docent, laboratoriechef, Reproduktionsmedicinska enheten/  
Kvinnosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Göteborg den 3 juni 2016